



ISBN (Versión digital pdf): 978-958-8943-85-5  
ISBN (Versión digital en Html): 978-958-8943-88-6

# Estrategias de intervención y posvención del comportamiento suicida

## **Autores**

John Jairo García Peña  
Gloria Cecilia Cardona Ríos  
Eliza Kratochvil Gil  
Sandra Isabel Mejía Zapata  
Jhoelen Sneyder Rojas Díaz  
Omar Augusto Amador Sánchez  
Marcos Fidel Vega Seña  
María Victoria Restrepo Tobón  
David Ignacio Molina Velásquez  
Ángel Augusto Vizcaya Castillo

## **Director del libro**

John Jairo García Peña



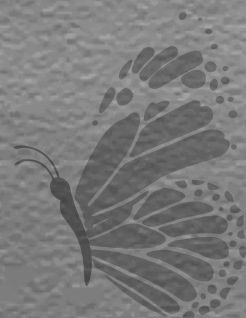
# Estrategias de intervención y posvención del comportamiento suicida

## **Autores**

John Jairo García Peña  
Gloria Cecilia Cardona Ríos  
Eliza Kratochvil Gil  
Sandra Isabel Mejía Zapata  
Jhoelen Sneyder Rojas Díaz  
Omar Augusto Amador Sánchez  
Marcos Fidel Vega Peña  
María Victoria Restrepo Tobón  
David Ignacio Molina Velásquez  
Ángel Augusto Vizcaya Castillo

## **Director del libro**

John Jairo García Peña



362.28 E82e

Estrategias de intervención y posvención del comportamiento suicida / Autores John Jairo García Peña, Gloria Cecilia Cardona Ríos, Sandra Isabel Mejía Zapata [et al.]; director del libro John Jairo García Peña; corrección de estilo Rodrigo Gómez Rojas. -- Medellín: Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó, 2022  
183 p.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN: 9789588943855

SUICIDIO - INVESTIGACIONES - COLOMBIA; SUICIDIO - PREVENCIÓN - COLOMBIA; CONDUCTA SUICIDA - INVESTIGACIONES - COLOMBIA; SUICIDIO - ASPECTOS SOCIALES; García Peña, John Jairo; Cardona Ríos, Gloria Cecilia; Kratoch Gil, Eliza; Mejía Zapata, Sandra Isabel; Rojas Díaz, Jhoelen Sneyder; Amador Sánchez, Omar Augusto; Vega Peña, Marcos Fidel; Restrepo Tobón, María Victoria; Molina Velásquez, David Ignacio; Vizcaya Castillo, Angel Augusto; García Peña, John Jairo, director; Gómez Rojas, Rodrigo, corrector de estilo.

Ubicación: Virtual. Libro del Fondo Editorial

Estrategias de intervención y posvención del comportamiento suicida  
© Universidad Católica Luis Amigó

**ISBN (Versión digital pdf): 978-958-8943-85-5**

<https://doi.org/10.21501/9789588943855>

**Fecha de edición: 4 de octubre de 2022**

**ISBN (Versión digital en Html): 978-958-8943-88-6**

**Fecha de edición: 3 de abril de 2023**

**Autores:**

John Jairo García Peña  
Gloria Cecilia Cardona Ríos  
Eliza Kratoch Gil  
Sandra Isabel Mejía Zapata  
Jhoelen Sneyder Rojas Díaz  
Omar Augusto Amador Sánchez  
Marcos Fidel Vega Peña  
María Victoria Restrepo Tobón  
David Ignacio Molina Velásquez  
Ángel Augusto Vizcaya Castillo

**Director del libro:** John Jairo García Peña

**Jefe Fondo Editorial:** Carolina Orrego Moscoso

**Asistente Editorial:** Luisa Fernanda Córdoba Quintero

**Diagramación y diseño:** Arbey David Zuluaga Yarce

**Corrección de estilo:** Rodrigo Gómez Rojas

**Editor:**

Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó  
Transversal 51A 67B 90. Medellín, Antioquia, Colombia  
Tel: (604) 448 76 66  
[www.ucatolicaluissamigo.edu.co](http://www.ucatolicaluissamigo.edu.co) – [fondo.editorial@amigo.edu.co](mailto:fondo.editorial@amigo.edu.co)

**Libro resultado de investigación**

Esta obra ha sido evaluada por pares, aprobada por el Fondo Editorial de la Universidad Católica Luis Amigó y editada bajo procedimientos que garantizan su normalización. Cumple, además, con el depósito legal en los términos de la normativa colombiana (Ley 44 de 1993, Decreto reglamentario N.º 460 de marzo 16 de 1995, y demás normas existentes).

Libro producto de la investigación institucional: “Hacia una comprensión integral e integradora del suicidio. La realidad no vista por unos y padecida por otros. La prevención del suicidio, una posibilidad de todos y todas”.

Hecho en Colombia / Made in Colombia  
Publicación financiada por la Universidad Católica Luis Amigó.

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en este libro, así como del respeto a los derechos de autor; por lo tanto, no comprometen en ningún sentido a la Universidad Católica Luis Amigó. Así mismo, declaran la inexistencia de conflictos de interés de cualquier índole con instituciones o asociaciones comerciales.

**Para citar este libro siguiendo las indicaciones de la cuarta edición en español de APA:**

García Peña, J. J. (Dir.). (2022). *Estrategias de intervención y posvención del comportamiento suicida*. Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó. [https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/745\\_Estrategias\\_de\\_intervencion\\_y\\_posvencion\\_del\\_comportamiento\\_suicida.pdf](https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/745_Estrategias_de_intervencion_y_posvencion_del_comportamiento_suicida.pdf)



El libro *Estrategias de intervención y posvención del comportamiento suicida*, publicado por la Universidad Católica Luis Amigó, se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivar 4.0 Internacional.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden encontrarse en <http://www.funlam.edu.co/modules/fondoeditorial/>

# Índice general

## PRESENTACIÓN

## INTRODUCCIÓN

### 1. ANTECEDENTES

1.1 Posvención y grupos de apoyo .....	22
1.2 Vínculos emocionales y redes sociales .....	24
1.3 Atención psicoespíritu religiosa .....	28
1.4 Estrategias de intervención en escenarios educativos .....	31
1.5 Los medios de comunicación en la prevención del suicidio .....	35

### 2. MOMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 Enfoque de la investigación .....	39
2.2 Procedimiento en campo .....	40
2.3 Instrumentos .....	41
2.4 Análisis de la información .....	43

### 3. IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

3.1 La intervención del suicidio desde la institucionalidad para las comunidades	45
3.1.1 Las competencias institucionales y la necesaria intersectorialidad .....	46
3.1.2 Estrategias de acción .....	48
3.1.3 Cualificación desde el acompañamiento técnico .....	48
3.1.4 Formación a los servidores públicos de la institucionalidad .....	49
3.1.4.1 <i>La importancia de trabajar en salud mental</i> .....	50
3.1.4.2 <i>El énfasis en la psicoeducación</i> .....	52
3.1.5 Formación a la comunidad .....	53
3.1.5.1 <i>Formación a líderes comunitarios</i> .....	54
3.1.5.2 <i>El apoyo al apoyo</i> .....	55
3.1.6 Lo que necesita conocer la comunidad sobre el suicidio .....	56
3.1.6.1 <i>Reconocimiento de señales de alerta</i> .....	56
3.1.6.2 <i>Funcionamiento de la ruta</i> .....	57
3.1.6.3 <i>Los primeros auxilios psicológicos y la contención emocional</i> ....	58
3.1.6.4 <i>Y del seguimiento</i> .....	59

3.2 Grupos de apoyo. Una estrategia para la posvención con sobrevivientes del suicidio .....	60
3.2.1 El valor de los grupos de apoyo o de ayuda mutua para sobrevivientes del suicidio .....	60
3.2.2 Epidemiológicamente, ¿cómo va el suicidio? .....	63
3.2.3 Sobre la técnica de los grupos de apoyo .....	63
3.2.4 Implementación de los grupos de apoyo en el contexto de la investigación ..	65
3.2.5 La logística propuesta para los grupos de apoyo .....	67
3.2.6 Sobre la psicoeducación en los grupos de apoyo .....	69
3.2.7 ¿Cómo acompañar a los sobrevivientes? .....	70
3.2.8 Aportes de los participantes .....	71
3.3 Vínculos, virtualidad y suicidio .....	75
3.3.1 Generalidades en torno a la virtualidad .....	76
3.3.2 Resultados .....	77
3.3.2.1 <i>El uso de los dispositivos electrónicos</i> .....	78
3.3.2.2 <i>Justificación para su uso</i> .....	79
3.3.2.3 <i>Tiempo de conexión</i> .....	80
3.3.2.4 <i>Ventajas y desventajas de la tecnología</i> .....	81
3.3.2.5 <i>Cuestiones en torno al vínculo y la virtualidad</i> .....	83
3.3.2.6 <i>La virtualidad vs el comportamiento suicida</i> .....	87
3.3.2.7 <i>Mediación parental</i> .....	93
3.4 Protocolo Psico-Pastoral para la Evaluación de Comportamiento Suicida ....	95
3.4.1 Resultados .....	98
3.4.1.1 <i>Los datos arrojados</i> .....	99
3.4.2 Propuesta de Protocolo Psico-Pastoral para la Evaluación de Comportamiento Suicida .....	103
3.4.2.1 <i>Lineamientos para la atención del comportamiento suicida</i> .....	107
3.5 Procesos de intervención del comportamiento suicida en entornos escolares	116
3.5.1 Procesos de articulación .....	118
3.5.1.1 <i>Articulación intersectorial para la familia y la escuela</i> .....	119
3.5.2 Estrategias de atención integral del comportamiento suicida .....	122
3.6 Campañas para la prevención del suicidio. Generar comunicados enfocados al cuidado de la vida .....	125
3.6.1 El efecto Papageno como modelo de intervención en salud mental .....	125
3.6.1.1 <i>El efecto Papageno vs el efecto Werther</i> .....	126

3.6.2 En los territorios .....	127
3.6.2.1 <i>Los medios deben proveer apoyo social</i> .....	129
3.6.2.2 <i>En búsqueda del efecto Papageno</i> .....	132
3.7 Una reflexión sobre la implementación jurisprudencial de la salud mental para la prevención del suicidio .....	141
3.7.1 El protagonismo de la salud mental .....	142
3.7.2 Concerniente a una política pública en salud mental .....	145
3.7.3 Acerca de una política pública para la prevención del suicidio .....	148

## CONCLUSIONES

## RECOMENDACIONES

## REFERENCIAS

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

# Índice de tablas y figuras

## Tablas

Tabla 1. Caracterización de los participantes .....	71
Tabla 2. Mitos y realidades .....	106
Tabla 3. Escala de evaluación de riesgo suicida .....	112
Tabla 4. Recomendaciones para la publicación de un evento .....	129
Tabla 5. Recomendaciones para nota informativa sobre el contexto de la salud mental	130
Tabla 6. Estrategias y enfoques .....	131
Tabla 7. Instructivo de mensajes psicoeducativos para campañas de prevención local	134

## Figuras

Figura 1. Ruta de atención para la conformación de grupos de apoyo .....	65
Figura 2. Género .....	77
Figura 3. Edad .....	78
Figura 4. Dispositivos de mayor uso .....	79
Figura 5. Usos relevantes de los dispositivos digitales .....	80
Figura 6. Tiempo de conexión .....	81
Figura 7. Ventajas de la tecnología .....	82
Figura 8. Desventajas de la tecnología .....	83
Figura 9. Impacto negativo en las relaciones .....	84
Figura 10. Frecuencia phubbing .....	85
Figura 11. Afectación en la pareja .....	86
Figura 12. Víctimas de acoso .....	89
Figura 13. Contenido suicida .....	91
Figura 14. Tipo de contenido .....	91
Figura 15. Sentimientos de desencanto .....	92
Figura 16. Frecuencia de atención de comportamiento suicida .....	99
Figura 17. Frecuencia en recibir información .....	100
Figura 18. Frecuencia de capacitaciones sobre comportamiento suicida .....	101
Figura 19. Frecuencia de investigaciones o consultas .....	101
Figura 20. Ocurrencia de suicidios en el último año .....	102
Figura 21. Evaluación del riesgo .....	111
Figura 22. Estrategia efecto Papageno .....	133

# PRESENTACIÓN



Presentamos el segundo libro producto de nuestra investigación sobre la comprensión, prevención e intervención del comportamiento suicida, financiada por la Universidad Católica Luis Amigó (sede Medellín, Colombia), la cual se ha efectuado de manera presencial en ocho localidades del Departamento de Antioquia y, a partir de mediaciones virtuales, con otros países de Latinoamérica. Con cada una de las localidades se ha ofrecido un acompañamiento mediante asistencia técnica para el fortalecimiento de competencias institucionales y comunitarias en la intervención integral del comportamiento suicida.

En este momento histórico es necesario tener claro lo importante de visibilizar y posicionar esta problemática como un asunto de interés general que tiene que ser asumido por la institucionalidad pública. Es claro desde los lineamientos de organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que el suicidio es una problemática compleja que exige una intervención integral desde la comprensión que aporta la interdisciplinariedad.

Este libro se acoge a dichos lineamientos y amplía sus alcances desde la contextualización que aporta un trabajo empírico realizado conjuntamente con los territorios; de tal manera se reconoce que el suicidio es un comportamiento que implica un proceso con características particulares según cada caso, no solo porque es una decisión personal, sino porque responde a las situaciones específicas de un contexto.

Por ello es oportuno que los profesionales de diferentes áreas del conocimiento, desde la institucionalidad pública, pero también desde la comunidad, conozcan sobre esta temática de manera detallada, pues conocer sobre el comportamiento suicida no solo permite tener sensibilidad con el tema, sino aprender de nuestro contexto y entender sus singularidades. Es la forma más expedita de comenzar a derribar prejuicios y estigmas sociales que acompañan al suicidio, los cuales persisten por el miedo a lo desconocido.

Esa es la pretensión de este libro, llevar a un público amplio nuestras comprensiones del tema, desde diversas miradas profesionales que cada vez más consideramos es pertinente contemplar al analizar o enfrentarnos con un evento de suicidio. La interdisciplinariedad es fundamental como un aporte de las perspectivas posmodernas que nos posibilita tener análisis integrales y amplios de las problemáticas humanas, siempre complejas, y nos permite trabajar en equipo en función de un objetivo que beneficie a las comunidades.

Desde esta óptica realizamos este libro, con la pretensión de ofrecer estrategias de acción para la intervención integral del comportamiento suicida. Si bien el primer libro trataba una perspectiva conceptual, en este nos interesa aportar, de una forma más práctica, a la interven-

ción como tal, desde las contribuciones específicas de cada mirada profesional que componen nuestro equipo de trabajo y que se han convertido en cada uno de los componentes o líneas de la investigación.

Así, el libro se constituye a partir de los siguientes apartados. Una introducción temática donde se expone el objeto de estudio y su relación con el contexto sociocultural contemporáneo. Seguidamente están los antecedentes de estudio, en donde se presentan investigaciones recientes sobre las categorías de análisis que guían los capítulos de resultados. Luego, se relatan los momentos metodológicos que dan soporte a nuestra investigación, desde una apuesta de investigación acción de construcción conjunta a partir de un abordaje interdisciplinar. Posteriormente se exponen los resultados de investigación a través de un apartado grueso que se denomina: Implementación de las estrategias de acción, que consta de 7 capítulos descritos a continuación.

El primer capítulo brinda recomendaciones sobre acciones de intervención preventiva del comportamiento suicida en el entorno de lo público, a partir de las cuales se oferten espacios formativos para las comunidades. El segundo trata sobre los grupos de apoyo mutuo como una estrategia de posvención para los sobrevivientes del suicidio, tanto en la elaboración del duelo como en la adquisición de herramientas psicoeducativas que aporten elementos para la prevención de un nuevo caso. El tercer capítulo trabaja una temática de total actualidad, que hoy es imposible ignorar: los efectos en los vínculos humanos de la tecnología digital, y cómo esta, cuando se utiliza de manera inadecuada, puede convertirse en un elemento coadyuvante al comportamiento suicida. El cuarto capítulo aborda un elemento trascendental en nuestra investigación que tiene que ver con el componente espiritual, tan necesario de ser tenido en cuenta en la intervención del comportamiento suicida; en este se hace una propuesta de protocolo de evaluación del comportamiento suicida dirigida a los líderes religiosos en su ejercicio pastoral. En el quinto capítulo se expone un acercamiento al manejo del comportamiento suicida en los entornos escolares, lo cual es fundamental, ya que en el ámbito de las instituciones educativas se manifiestan comportamientos suicidas, por lo que es necesario consolidar las herramientas de afrontamiento. En el sexto capítulo nos referimos a un ejercicio empírico realizado con los medios de comunicación en las localidades, a partir del cual se ha sugerido el efecto Papageno como una propuesta de intervención en salud mental desde el diseño de campañas para la prevención del suicidio, a partir de comunicados que motiven el cuidado por la vida. Y para finalizar, en el séptimo capítulo hacemos una reflexión, derivación de todo lo formulado a priori, acerca de la importancia de la implementación en Colombia de una política pública para la prevención del suicidio. El libro cierra con dos acápites finales, conclusiones y recomendaciones, consecuentes con el recorrido abordado.

# INTRODUCCIÓN

Este libro recoge estrategias de intervención y posvención del comportamiento suicida en los niveles de promoción de la salud mental y prevención de problemáticas socialmente relevantes que puedan desencadenar en eventos de suicidio. Expone la salud mental como un equilibrio multidimensional, factor protector ante el suicidio.

En esta medida, aborda la intervención del comportamiento suicida desde la perspectiva de la salud mental basada en la comunidad y su institucionalidad, con el propósito de que el comportamiento suicida sea una temática relevante de ser difundida en los contextos territoriales en aras de su comprensión y adquisición de herramientas de afrontamiento. De tal forma, propone una intervención positiva donde el enfoque transversal de salud mental consiste en promover la vida. De ahí que la investigación que da origen a este libro plantee procesos formativos de psicoeducación en diferentes localidades mediante temas que aportan al fortalecimiento de los factores protectores, tales como: vínculos psicoafectivos familiares y comunitarios, convivencia, bienestar psicológico, espiritualidad y, herramientas técnicas desarrolladas desde distintas orillas para el cuidado de la salud mental como primeros auxilios psicológicos para la contención de una crisis emocional, reconocimiento de señales de alerta ante un suicidio, mirada psicojurídica del suicidio, costo socioeconómico ante un evento de suicidio, importancia de la articulación intersectorial y su consecuente conformación, así como activación de una ruta local de atención y de prevención del suicidio.

Así mismo, con el fin de proponer una mirada interdisciplinaria, intersectorial, integral y situada de la compleja problemática del suicidio, la investigación ha sido enmarcada desde distintos contextos del desarrollo, como salud pública, políticas públicas, educación para la vida y protección.

Todas estas estrategias formativas han sido abordadas de una manera contextualizada, reconociendo las particularidades de cada territorio intervenido. La importancia de una lectura contextual como reconocimiento de la comunidad es el inicio de toda intervención (Ovejero Bernal, 1999); esto se ha concretado en la escucha de los participantes en cada municipio, teniendo en cuenta los saberes populares, las experiencias vitales y los aportes personales.

Esta forma de acción es la que se ha nombrado intervención situada, sobre ella dice Ovejero Bernal (1999) que involucra necesariamente una lectura de los contextos que reconozca las diversas realidades comunitarias que habitan los entornos territoriales. El contexto es un marco de referencia que tiene que ver con un conjunto de circunstancias y eventos o situaciones que rodean un asunto en particular. El contexto también es un escenario espacial físico o simbólico, como el contexto sociocultural e histórico, lo que conlleva a entenderlo como una unidad de análisis a estudiar, en este caso el suicidio y sus implicaciones.

Consideramos, por tanto, que para una mejor comprensión en contexto de lo que contiene el suicidio como problemática humana es necesario este enfoque transversal sobre la promoción de la vida que soporta este libro. Es decir, rescatar el valor por la vida desde la promoción de la convivencia, los vínculos afectivos, el bienestar personal y la calidad de vida son aspectos cotidianos de las comunidades que contienen lo que desde los lineamientos de la OMS (2013) se entiende por salud mental. Así que, siguiendo estos preceptos, al fomentar la salud mental se promueve la vida y, a su vez, se puede proteger del suicidio.

Entonces, para hablar de la intervención del comportamiento suicida, la *prima ratio* ha de ser la promoción de la salud, esto es, robustecer las herramientas para vivir con una salud mental positiva. Destacar la salud mental positiva es una apuesta que requiere posicionamiento para desplazar las miradas psicopatológicas y de culpabilidad del suicidio, y comenzar a prestar atención a la salud integral, permitiendo que la sociedad entienda cada vez más las dimensiones sociocultural e institucional que compromete el suicidio.

En esta senda es importante tener presente que la promoción de la salud viene siendo tema de la OMS desde 1986 con la carta de Ottawa, en la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud, en la que esta se precisa como la posibilidad de que los seres humanos adquieran consciencia respecto de un mejor control de su salud a partir del apoyo institucional brindado por los sistemas de salud estatales. La promoción de la salud incluye una extensa variedad de acciones sociales y ambientales en favor de la protección de la salud y de la calidad de vida de las personas en sociedad, que incluyan la prevención y tramitación de las causales más relevantes de las dificultades de la salud; esta concepción de promoción trasciende la idea de curar un problema o de tratar una enfermedad.

Es claro que el éxito de esta vasta gama de intervenciones sociales tiene que ver, como pilar de la promoción de la salud, con la buena gobernanza sanitaria, que ha de contener las políticas públicas y la entrada a los servicios de salud de una manera oportuna. Por tanto, la educación sanitaria se relaciona con labores de salud pública y salud comunitaria, así como con el concurso del sector educativo, el desarrollo comunitario y las ciudades saludables, en los que se cuida de los factores ambientales que posibilitan una convivencia armónica (OMS, 2016a).

Es de acentuar, como asunto fundamental, que la promoción de la salud favorece la salud mental. La OMS (2013) precisa a la salud mental como un estado de bienestar subjetivo y colectivo en el que cada persona, consecuente con sus capacidades propias, puede asumir las tensiones cotidianas de la existencia y producir de una manera beneficiosa para sí misma y para su comunidad. Esta concepción se refiere a la mirada positiva de la salud mental y se trabaja hoy como un logro de los avances de la salud a partir de su institucionalización como elemento fundamental de la calidad de vida de las poblaciones; es de anotar que este cambio se da en los años 40 del siglo

XX y conllevó, desde la OMS, empezar a contemplar en su agenda institucional lineamientos que promulgaran responsabilidades de los Estados para la obtención oportuna del bienestar psicológico de las comunidades (Muñoz et al., 2016; Seligman et al., 2004), relativizando desde ese momento los enfoques centrados en la morbilidad, que eran parte de la tradición manicomial.

La promoción de la salud mental está inserta en las políticas de salud pública y, a su vez, en los principios de la salud colectiva. En este punto es importante especificar en qué consisten la salud pública y la salud colectiva. La primera se refiere a los saberes propios de las comunidades que en sus prácticas vinculares procuran estados colectivos de bienestar y salud que les permiten organizarse en beneficio de su promoción (Morales Borrero, 2017). Así, si estamos considerando en este libro que el suicidio es una problemática de salud pública, exige de una mirada caleidoscópica cercana, tanto sobre las políticas estatales, como sobre la experiencia de los saberes de las comunidades. De otro lado, la salud colectiva se define como una estrategia que reúne un conjunto de acciones en salud con perspectiva poblacional y territorial desde el reconocimiento profundo de los derechos humanos, lo que implica relaciones políticas y económicas dentro de una sociedad, con las consecuencias que impliquen en la salud y el bienestar de la colectividad en general y de sus miembros en particular (Morales Borrero, 2017). Además, la salud colectiva, desde una óptica transversal, considera para el análisis de las problemáticas sanitarias la perspectiva interdisciplinar (Casas Patiño et al., 2013). El enfoque de salud colectiva se centra en la reflexión comunitaria sobre los determinantes de la salud y su cuidado, trascendiendo la epidemiología y teniendo en cuenta las construcciones y responsabilidades de la comunidad en su proceso de salud y bienestar (Morales Borrero, 2017); desde este enfoque, se justifica también la perspectiva investigativa de este libro, una investigación *in situ*, de acción-participación, como posibilidad de identificación de factores que influyen en el comportamiento suicida, pero también como oportunidad de crear juntos las alternativas para intervenir esta problemática.

Así pues, la intervención del comportamiento suicida, como fenómeno complejo, ha de ser mirada desde una perspectiva integral e integradora, de allí el nombre del proyecto de investigación: “Hacia una comprensión integral e integradora del suicidio. La realidad no vista por unos y padecida por otros. La prevención del suicidio una posibilidad de todos y todas”. Esta mirada retoma puntos de vista desde la salud pública y la salud colectiva, la epidemiología, la salud mental comunitaria, la educación en salud y las perspectivas espirituales, con el fin de ofrecer al lector un caleidoscopio de posibilidades de comprensión y respuestas.

Por tanto, esta propuesta investigativa tiene por objetivo incentivar la construcción de sentido de vida a favor de la vida, que motive un cambio de actitudes para el afrontamiento saludable de los conflictos y dificultades. En una época en que se evidencian tantas afectaciones de la salud

mental, es necesario tener conocimiento de las formas contemporáneas globales de asumir la existencia, como una herramienta argumentativa para entender y superar las vicisitudes relacionadas con las múltiples causales del suicidio.

Diversos estudios antropológicos, sociológicos, psicológicos y filosóficos contemporáneos hacen análisis de las formas de vida humana actual, poniendo en evidencia cómo las personas están viviendo en una constante insatisfacción. Estas teorías pueden aportar al entendimiento del suicidio como flagelo social y su incremento exponencial en la actualidad.

En tal sentido, Lipovetsky (2000) habla de la era del vacío, reflejada en una insatisfacción continua que se busca reemplazar con los objetos, aunque es evidente que esta es una elección fallida que no supe el malestar, pues los medios de comunicación siguen reportando infinidad de conflictos sociales. Este autor sostiene que hoy existe una tendencia a objetivizar, todo se superficializa y se consume mediante vínculos sin compromiso, a partir de formas de relacionamiento con la espiritualidad desde premisas económicas disociadas, actitudes individualistas, egocéntricas y hedonistas, que conciben a los otros solo como objetos que en un momento dado pueden ser útiles.

Como plantea Ovejero Bernal (1999), la época contemporánea se caracteriza por lo efímero, lo instantáneo, lo fugaz, debido al predominio de la apariencia, de la imagen, de un presente hiperpresente donde difícilmente se reflexiona sobre el pasado y se planifica para el futuro; no obstante, se vive una continua incertidumbre donde nada es seguro ni estable. En la misma vía Byung-Chul Han (2012) plantea:

La moderna pérdida de creencias, que afecta no solo a Dios o al más allá, sino también a la realidad misma, hace que la vida humana se convierta en algo totalmente efímero. Nunca ha sido tan efímera como ahora. Pero no solo esta es efímera, sino también lo es el mundo en cuanto tal. Nada es constante y duradero. Ante esta falta de *Ser* surgen el nerviosismo y la intranquilidad ... Incluso las religiones en el sentido de técnicas tánáticas, que liberen al hombre del miedo a la muerte y generen una sensación de duración, ya no sirven. (p. 16)

Byung-Chul Han (2015) arguye que esa inmediatez de los contemporáneos ha llevado a que seamos superfluos, que no valoremos la capacidad contemplativa que ha caracterizado a los espíritus evolucionados; hay una queja actual de que no alcanza el tiempo para todo lo que tenemos por hacer, todo pasa rápido, nunca estamos satisfechos, esto tiene que ver, afirma el autor, con una incapacidad para la demora, por la presencia permanente de estar acumulando o consumiendo vivencias. No nos damos tiempo para acumular experiencia o conocimiento de las cosas que vivimos, ese es el tiempo vacío, desarticulado.

En esta misma vía el autor asevera que la actual es una época en la que los objetos, incluyendo a las personas, rápidamente se vuelven obsoletas y se tienen que reemplazar; sostiene que en nuestra cultura valores como la cordialidad, el respeto, que permiten las relaciones, son menospreciados. Han (2014) expone que en los tiempos actuales hay una crisis de la libertad que lleva al sujeto a un malestar continuo, a un desencuentro consigo mismo. Este filósofo plantea que se es libre cuando asumimos un proyecto de vida, personal y autónomo, libre de cualquier coacción externa. Pero hoy vivimos constantemente sometidos a coacciones de afuera que limitan la libertad; por ejemplo, habla de que en la actualidad se asiste a una autoexplotación subjetiva en búsqueda del rendimiento, lo cual nos hace esclavos de sí mismos, “trabaja y rinde” es la premisa social hegemónica. Por eso la exacerbación de la fatiga crónica, del estrés, de la ansiedad generalizada, de la prisa, donde no valoramos nada, ni nos conmueve nada, hasta llegar a estados de depresión y, en general, a toparse con el sinsentido, el vacío y la desazón personal.

Los proyectos, las iniciativas y la motivación reemplazan la prohibición, el mandato y la ley. A la sociedad disciplinaria todavía la rige el *no*. Su negatividad genera locos y criminales. La sociedad del rendimiento, por el contrario, produce depresivos y fracasados. (Han, 2012, p. 11)

El acelere se volvió lo cotidiano, Han (2014) relaciona esta actitud con el tipo de consumo efecto de las políticas del mercado neoliberal como sistema óptimo para explotar la libertad y el bienestar de los contemporáneos. Sostiene que el neoliberalismo explota prácticas como la emoción, el juego, la comunicación, mediante una explotación voluntaria, inculcando que la libertad es una virtud individual, personal, cuando lo que tenemos que entender es que ser libres siempre es una realización mutua: somos libres cuando encontramos nuestro lugar en el mundo, es decir, solo en comunidad podemos considerarnos libres, cuando logramos cumplir unos objetivos comunes propuestos entre todos.

Han (2012) nos dice que en estos tiempos de exagerado consumismo se impone la sociedad del rendimiento, en donde el trabajo se torna en presión social que implica por sobre todo producción, consumo y destrucción del entorno. La exigencia implícita es consumir el tiempo y producir materiales sin importar si acabamos nuestros recursos planetarios, llegando, según Han, a una hiperactividad letal que nos está trastornando psicológicamente por el imperativo de rendimiento y subsecuente autoexplotación.

La sociedad disciplinaria de Foucault, que consta de hospitales, psiquiátricos, cárceles, cuarteles y fábricas, ya no se corresponde con la sociedad de hoy en día. En su lugar se ha establecido desde hace tiempo otra completamente diferente, a saber: una sociedad de gimnasios, torres de oficinas, bancos, aviones, grandes centros comerciales y laboratorios genéticos. La sociedad del siglo XXI ya no es disciplinaria, sino una sociedad del rendimiento. (p. 11)



Cambiar el ritmo del tiempo actual, que nos enferma mentalmente, exige un tiempo diferente. Han (2015) hace una disertación sobre la forma en que los contemporáneos estamos manejando el tiempo, la cual denomina disincronía, un fenómeno de dispersión y atomización del tiempo en donde los espacios de duración desaparecen, la sucesión del tiempo desaparece, cada instante se vive igual al que viene y no se tiene sensación de duración, es decir, no hay un marco temporal, lo que hace que se pierda el sentido de las cosas, pues ya nada concluye, y así nada comienza. En esta pérdida de consciencia temporal no hay un fin preestablecido para nuestras acciones, por lo cual no hay una percepción teleológica, hoy carecemos de un sentido de trascendencia, esa es la pérdida de sentido, según Han, un tiempo atomizado, sin sentido, porque no tiene final, todo es inmediato, lo que genera una desazón por la falta de trascendencia, dejando un vacío, como afirma Lipovetzky (2000), una angustia existencial.

Solo estamos expuestos, afirma Han (2015), a una continua e infinita exigencia de rendimiento, lo cual supone el fin de la vida contemplativa, como la proponía Aristóteles; ahora lo único real que nos queda es el “yo mismo”, por eso el sujeto contemporáneo tiende a no reparar en su entorno, y a más bien encerrarse en su propio cuerpo, percibiendo el mundo exclusivamente desde su dispositivo celular, como una realidad que lo sostiene, pero que también lo agobia, de ahí que estemos obsesionados con la salud corporal y la estética física como meta de una eterna juventud, negando inclusive a la muerte que siempre en la existencia humana ha sido un límite que da sentido a la vida (Morin, 2007). La muerte es un elemento clave que dota de sentido a la vida.

Sobre este asunto, Morin (2007) refiere que es la muerte, como parte del ciclo vital, la que da cuenta de la existencia humana, porque “la muerte está presente toda la vida” (p. 23). Es decir, la muerte existe como efecto de nuestra condición de seres de la cultura, que nos permite reconocer los símbolos y representarnos ahí. Esa es la verdad de la civilización, si no fuéramos seres culturales, no estaríamos conectados a la muerte y su consecuente dejar de existir.

Pero si bien esto hace parte de nuestro destino humano, que nos determina desde que el *Homo sapiens* se asentó como cultura, hoy se hace inédita una exacerbación de un sentimiento de ser seres eternos que quieren dominar la naturaleza y pretenden conservar la eterna juventud, desconociendo cualquier tipo de vulnerabilidad; esto, según Lipovetzky (2000), nos hace sujetos entre absurdos e ingenuos, que estamos negando nuestra condición de ser parte de la naturaleza. Al respecto, Han (2015) razona que hoy envejecemos sin hacernos mayores, sin madurar; contrario al precepto de la psicología, el sujeto actual es un individualista, egocéntrico, hedonista extremo, que anhela tener una vida extensa de juventud eterna, con el único objetivo de evadir la muerte, a costa inclusive de que sea una existencia aburrida. Propósito que es desgastante, porque en este afán de conservar la perfección, de pretender cumplir con todo para quedar eternamente bien y perfectos, nos perdemos; ello hace que nuestros ritmos sean desbordados, que nuestras

acciones no tengan estructura, pues hacemos mil cosas a la vez sin un hilo conductor, atiborrándonos de acciones y obligaciones que no alcanzamos a desarrollar a cabalidad y muchas veces ni siquiera a culminar, dejamos todo en pausa para ir a otra situación en la misma serie, como la apremiante virtualidad, donde podemos cerrar el *link*, ir a otro y regresar luego.

Han (2012) ya lo denunciaba en su texto *La sociedad del cansancio*, esta época pierde el ritmo del tiempo, por eso somos acelerados, superficiales, repletos de información sin procesar, incapaces de llevar procesos que posibiliten transformaciones verdaderas. Este autor dice que hoy somos turistas de la vida, ya que solamente se transita el aquí y el ahora, hacia otro aquí y ahora, siempre se está en un momento transitorio, sin ahondar en nada, sin vincularse con nada, sin realmente conocer nada. No hay memoria ni esperanza, porque este mundo actual no tiene memoria, todo es presente; a diferencia de la Modernidad, cuando nuestros antecesores planificaban su futuro desde el trabajo, por el progreso y por el cambio. Ese fue un tiempo lineal que permitía autonomía y sentido histórico, en que se valoraba el legado de lo transmitido por generaciones anteriores. Hoy la autonomía se pierde, no hay un orden que dé permanencia, por eso no planeamos y le damos poco sentido al futuro. Se vive así atrapados en un yo individualista al que solo le preocupa evitar la muerte.

Muchos de los trastornos de la salud mental tienen que ver con estas formas como se asume la vida, pues ya difícilmente se pueden hacer planes o se realizan acciones a largo plazo con metas en el tiempo, que nos permitan llevar un proceso formativo de cambio, evolución y deleite de la vida, entendiendo que esta es finita y que tanto más se disfrute y se aproveche, tanto más tranquilo se llega a su final.

Necesitamos dotar de sentido nuestro diario vivir para que no todo se viva eterna y monótonamente igual, necesitamos poner límites entre el ayer, el hoy y el mañana. Tenemos que otorgarle rumbo a nuestro presente, a nuestro actual vivir, de manera que nos permita tener esperanza, planes de vida, acumular vivencias que trascienden y nos haga tener experiencias beneficiosas y satisfactorias. Es una decisión para poner control al malestar consigo mismo y con la vida.

A este respecto, Han (2014) hace una crítica a Zygmunt Bauman (2004), en su *Modernidad líquida*, donde este último afirma que la libertad del sujeto contemporáneo radica en no tener vínculos emocionales, ni compromisos; al contrario, propone Han que la libertad verdadera está en los vínculos y en la integración con otros, ya que no tener relación con otros, ni ser parte de algo, es lo que genera miedos. Se trata, pues, de tener metas, de hacer un proyecto que nos conecte con el futuro, lo que da sentido a nuestras vivencias presentes: “allí donde la indefinición provoca inquietud, pero también esperanza” (Han, 2015, p. 132). Desafortunadamente, hoy estamos creyendo que la espera es negativa, lo que implica renegar de cualquier momento de

espera, cuando todo intervalo no es un tiempo perdido sino “organizadores de la vida” (p. 135); sin estos intervalos de tiempo es que todo se vuelve una alocada sucesión de acontecimientos sin transición, sin principios, sin trascendencia, sin final.

La cuestión es que la vida exige la lentitud, la espera de la contemplación, requiere del pasado, de los recuerdos, de confrontarnos con nuestras verdades, para darle un lugar a lo bello, a lo estético que, a su vez, implica unos procesos que permitan su renacimiento. En cambio, la inmediatez del hoy impide esto que da sentido.

Es por esto por lo que tendremos que retornar a Aristóteles (2001) en su *Ética a Nicómaco*, quien, en el libro décimo y último, sobre el deleite y la felicidad, aborda (caps. VII y VIII) su premisa de la vida contemplativa como la más perfecta, por cuanto se valora lo bello. Aristóteles plantea que la vida se compone de ocio y falta de ocio, es decir, tranquilidad y falta de tranquilidad, lo cual para nada podía entenderse como una actitud pasiva; todo lo opuesto, se refiere a una contemplación de la verdad, una sabiduría con la vida, un deleite de vivir, de ahí que considerara la contemplación como la acción suprema que enaltecía el alma.

El ocio para Aristóteles no es no hacer nada, sino reconocer el amor a la verdad, el sentido de la vida. Hoy creemos, consecuencia de la industrialización moderna de la vida humana, que el ocio es solo el espacio entre el trabajo, porque desde la Modernidad el trabajo es la meta de la vida humana; se transmitió así la idea de que la contemplación es no hacer nada, hasta el punto de que a los contemporáneos nos cuesta entender el sentido de la contemplación porque consideramos que solo la actividad del trabajo es el ejecutor y el sentido de la vida. Trabajo y más trabajo, producir y producir, hoy todos quieren ser emprendedores, empresarios, influenciadores, de tal manera que el ocio solo es considerado como un intervalo para volver al trabajo (Han, 2015).

Consideramos, por lo tanto, que programas que motiven estrategias para la vida posibilitan nuevas formas de afrontamiento de la desesperanza, del sinsentido. Creemos, desde nuestra experiencia investigativa, que es más pertinente y efectivo, en vez de insistir sobre el suicidio como acto de muerte y enfatizar en la depresión y en los problemas que pueden estigmatizar o incentivar al acto, reforzar la psicoeducación, de manera que permita, además de aprender a contener las crisis que generan el suicidio, también concentrarnos en fortalecer las actitudes de sentido con la vida que hacen posible darse un lugar en el mundo, por medio del fortalecimiento de valores, la promoción de propuestas integrales para el fortalecimiento personal y el equilibrio social.

En la experiencia vivida con este proyecto de investigación hemos podido corroborar que los comportamientos autodestructivos son a menudo revestidos desde diferentes mitos y prejuicios que tienen que ver con los valores, creencias y normas de los grupos humanos, por eso conside-

ramos que es necesario rescatar la importancia de los valores. Existe una creencia generalizada de que hoy las personas no poseen ningún tipo de valores; sería interesante analizar esta premisa, pensando en que cada momento histórico conlleva unos valores y, por tanto, más que rechazarlos, es necesario incorporarlos al lado de las nuevas generaciones, o sea, los valores de los jóvenes con los valores que nos han sostenido tradicionalmente como cultura.

Es decir, valores como el respeto, la solidaridad, la cordialidad, la responsabilidad, la empatía, que son transhistóricos y a los cuales recurrimos ante una crisis o vulneración vital, nos interesa fomentarlos desde nuestras acciones formativas de psicoeducación, para que sean replicados de forma explícita o implícita en la familia y en la comunidad en general, para así favorecer procesos de construcción personal que contribuyan a la re-creación y transformación social.

Promover valores para la vida permite entender que es posible alcanzar las metas propuestas, disfrutar de la presencia de los otros que nos enriquecen y nos complementan como sociedad. Los valores permiten reconocer la postura trascendental humana, en su carácter axiológico implican preguntarnos por el sentido de la vida y cuestionarnos por dos asuntos: ¿por qué vivo? Y ¿para qué vivo?, ante lo cual toda persona, en un momento u otro de la vida, tiene que responderse de alguna forma desde la libertad subjetiva (Acero, 2011). Lo anterior requiere de un conocimiento de sí mismo, el cual parte del auto reconocimiento; tener en cuenta este principio hace posible entender la importancia de los proyectos de vida como una apuesta personal del desarrollo, tanto en lo personal como en lo social. Max-Neef et al. (1986) sustentan que la construcción de un proyecto personal de vida es una necesidad que surge de las circunstancias contextuales que se concretan en las condiciones de lo ambiental, cultural y socioeconómico de cada persona, y la manera como dichas condiciones se conjugan en su singular espontaneidad y creatividad. Una adecuada construcción del proyecto de vida permite a cada ser humano tener metas claras que impriman razones para vivir y más elementos y medios para alcanzarlas.

**ANTECEDENTES**

Si bien acerca del suicidio existe una multiplicidad de investigaciones en el ámbito académico científico, específicamente sobre el tema de la intervención del suicidio, que es el objeto de estudio de este libro, no existe tal vastedad. Desde esta perspectiva, interesa poner el acento en los antecedentes que abordan particularmente los ejes de discusión que contienen los apartados subsiguientes, en aras de tener un acercamiento a las variables posibles que aportan a una intervención integral de la problemática humana del suicidio; dichas variables temáticas son: posvención y grupos de apoyo; redes sociales y vínculos emocionales; atención psicoespíritu religiosa; estrategias de intervención en escenarios educativos y campañas de comunicación para la prevención del suicidio.

## 1.1 Posvención y grupos de apoyo

Sobre este tema Ospina Velasco (2003) propone un estudio en Colombia titulado “Los grupos de apoyo: Una alternativa para la elaboración del duelo”, en donde sostiene que los grupos de apoyo fundan una valiosa alternativa para promover la adhesión al tratamiento en programas de salud con enfermos crónicos (diabetes, hipertensión, artritis, pacientes renales, pacientes oncológicos y población afectada por el VIH, entre otras patologías), en procura, además, de su adaptación a la dolencia para aprender a vivir con la enfermedad de una manera digna. Afirma que, en tanatología la utilidad de los grupos de apoyo es de primer orden en la intervención según diferentes niveles de afectación como, por ejemplo, enfermos terminales y sus familias, o población en duelo, agudo o crónico; así mismo, plantea que los grupos de apoyo buscan una calidad de vida para el aquejado y su núcleo inmediato como un afrontamiento a sus circunstancias de salud vital y como una posible adaptación a la muerte. Como conclusión relevante sostiene que un esquema completo de cuidados paliativos tendría que implicar la existencia de grupos de apoyo que, necesariamente, sean conformados en los programas de salud, algunos directamente con los pacientes, otros extensivos a los familiares y en otros casos grupos constituidos por el paciente y la familia, compartiendo algunas sesiones grupales.

Por su parte, Pedroza Zúñiga (2020), en su estudio monográfico denominado “Abordaje en salud a familias en duelo asociado a suicidio”, sustenta que, en Colombia, indiscutiblemente, es una realidad el aumento de muertes por suicidio, lo que pasó a ser una problemática de salud pública que debe ser abordada sin aplazamientos y prioritariamente. Reseña que, en el año 2018, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) reportó 2.696 casos de suicidio, lo que representa un aumento de 4,86 % (125 casos), ante lo cual expone como resultados

que cada muerte por suicidio deja supervivientes, familiares o amigos que, de manera imposterable, deben afrontar un duelo, situación que los confronta de múltiples formas, muchas veces inesperadas. Como conclusiones deja en evidencia que el dolor por la pérdida de una persona amada, en muchos casos de forma inexplicable, se suma a la escasa y muchas veces difusa atención oportuna e integral por parte del sistema de salud y bienestar social, lo cual implanta un desajuste en el núcleo familiar que reclama un equilibrio en las funciones y roles que definen su organización.

A su vez, Bravo-Andrade et al. (2018), desde México, argumentan en su investigación “Factores sociales de riesgo y protección del suicidio adolescente”, que no hay que pensar de ninguna manera que el suicidio es en sí mismo una enfermedad. Para ello se fundamentan en lo que también plantea la OMS desde 1996, en buscar e implementar políticas de prevención, toda vez que se ha constatado que las muertes voluntarias superan a las provocadas por homicidios y guerras –de hecho, este organismo internacional pronostica que, para la década del 2020, las muertes por suicidio ascenderán significativamente–. A pesar de esta realidad que se está imponiendo, los autores señalan que, en México, ningún programa se ha puesto en marcha para prevenir o atender de manera urgente a los supervivientes y sus afectaciones generadas por la problemática del suicidio. Concluyen que para lograr este propósito de atención a los supervivientes son necesarios la creación y el desarrollo de grupos de apoyo en las diferentes poblaciones o comunidades como una estrategia necesaria en la actualidad para fortalecer los procesos de acompañamiento a los sobrevivientes y a la comunidad en general.

Así mismo, Barrón López de Roda y Sánchez Moreno (2021) en España, con su investigación “Estructura social, apoyo social y salud mental”, se interesan por definir el concepto contemporáneo de apoyo social, pues, afirman, está muy difundido, pero poco teorizado en lo referente al uso de las redes sociales que están haciendo las personas con trastornos mentales crónicos, lo que pone en evidencia que la red social de este grupo poblacional es más pequeña que la de la población promedio. Estas personas suelen tener escasas amistades, lo cual hace que su proceso de socialización sea menos efectivo en satisfacer sus necesidades por medio del apoyo social; su entorno está dominado primordialmente por la familia y, probablemente, esta red social, además de ser reducida, muchas veces es sobre utilizada por el paciente; además, las relaciones en red se definen por la asimetría y falta de reciprocidad, ya que este grupo poblacional son más receptores, esperando que les proporcionen atención, lo que puede generarles, frecuentemente, tensión, estrés. Además, la red social del paciente, previa a su hospitalización, suele disminuir significativamente o hasta desaparecer en esta fase. Por su parte, un centro psiquiátrico proporciona una red social transitoria y artificial que difícilmente se conserva luego del alta del paciente.

Finalmente, González Sábado et al. (2016) en su estudio en Cuba, “Salud familiar en adolescentes con antecedentes de intento suicida” trabajaron con un grupo de adolescentes sobrevivientes del intento suicida, y plantearon una intervención con las familias desde la mitigación de daños psicológicos y físicos causados por la disfunción familiar y la consecuente violencia intrafamiliar. Allí plantean que la familia influye en la aparición de comportamientos que afectan la salud como la manifestación o reparación de la enfermedad, también que ella influye en el proceso de adherencia al tratamiento si se conforma en una red de apoyo relevante y eficaz en el acompañamiento de los miembros afectados por un intento suicida. Los autores reflexionan sobre la importancia del acompañamiento a las familias desde los entes profesionales en salud, aspectos que son nodulares para un buen diagnóstico, atención y planificación integral de la intervención. Así, la funcionalidad de la familia depende de factores múltiples que median de manera constante en las relaciones del núcleo familiar. Como conclusión, los autores indican que investigar a la población joven con riesgo suicida y a su red familiar consiente una amplia comprensión de la problemática y ayuda a organizar acciones que optimicen el apoyo familiar que brindan los profesionales de la salud.

## 1.2 Vínculos y redes sociales

El estudio titulado “Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet”, realizado en España por López Martínez (2020), tiene como finalidad abordar el tema del ciber-suicidio, entendido como la probabilidad de quitarse la vida motivado o apoyado por las redes sociales, plataformas de contenido o chats relacionados con el tema, en las que indudablemente, afirma el autor, se establece un vínculo con el otro que determina tal decisión. Dicho estudio indica que el contenido pro-suicida de mayor tráfico se encuentra en servidores de Europa y América, entre un 60 % y un 40 % respectivamente, y que su autoría es de tipo personal en un 80 %, con un contenido profesional de un 15 % –en el que tan solo un 5 % se encuentra relacionado con la prevención del suicidio y la salud mental–. Asimismo, señala que un 65 % de la información alojada proporciona información objetiva y generalidades sobre el suicidio, mientras que solo un 35 % figura en pro de las estrategias de afrontamiento y medidas preventivas. En cuanto a los contenidos de tipo personal (80 %), se evidenció que tienen que ver con experiencias vividas, métodos compartidos en conversaciones o videos, y que además están atravesados por contenido de tipo religioso (55 %). Se concluye que se encuentra mucha información al respecto, sin embargo, la mayoría puede operar de manera incitadora y afirmativa en la comisión del suicidio, más que de forma preventiva.



De otro lado, Aznar Díaz et al. (2020) realizan en España su estudio “Patologías asociadas al uso problemático de internet. Una revisión sistemática y metaanálisis en WoS y Scopus”. Con esta investigación se proponen establecer las patologías asociadas al uso equívoco de Internet, allí encuentran que la depresión es la de más alta prevalencia (40 %), y presentan como resultados que la adicción a Internet se asocia con una mayor tasa de suicidio. Se concluye, por tanto, la necesidad de abordar a profundidad las patologías derivadas del uso problemático de Internet.

Otra investigación denominada “Series e internet: ¿en qué medida interfieren en la ideación suicida? (Séries e internet: ¿até que ponto elas interferem na ideação suicida?)” de autoría de Barbosa et al. (2018), realizada en Paraná, Brasil, pretende comprender y correlacionar el fenómeno de suicidio: cómo se presenta y cuál es su significado en una sociedad rodeada de tecnología. Como resultado, se encontró que el 99,6 % de los entrevistados utilizan Internet con frecuencia y el 89,1 % considera que Internet influye en el comportamiento suicida. Se reconoce como el factor de riesgo predominante para el suicidio el ciberacoso, seguido del ideal de perfección y felicidad que promueven las redes sociales. La Internet también fomenta el acceso irrestricto a métodos y procedimientos que conducen al suicidio; en un 83,9 % se identificó que las personas que publican algún contenido relacionado con la pérdida de sentido y la ideación suicida intentan activar sus redes de apoyo. Se concluye que, si bien la tecnología y el Internet, en general, posibilitan el comportamiento suicida asociado a los factores de riesgo mencionados, también podrían establecerse como factores protectores en tanto permiten reconocer la intención desde las mismas publicaciones.

“La influencia de Internet en adolescentes con comportamiento suicida (A influência da internet nos adolescentes com ações suicidas)” es otro estudio realizado por Abreu y Souza (2017) en Coimbra, Portugal; en él se investiga la relación entre Internet y el contingente de información sobre ideas suicidas en adolescentes y se encuentra que el contenido sobre suicidio es mayormente visitado por usuarios adolescentes (nativos digitales); asimismo, se establece que a través de Internet los adolescentes practican y son víctimas de agresiones y exposiciones, causas estas incidentes en el aislamiento social y la depresión; así como el alcance de una contundente información sobre la práctica del suicidio o el apoyo social y emocional al respecto. Este estudio concluye que en la actualidad el Internet ha cambiado las formas de relacionarse entre las personas, especialmente en la adolescencia, pudiéndose considerar en esta etapa, inclusive, como un factor de desarrollo, ya que la interacción es necesaria y está en constante transformación. En la adolescencia suelen surgir sentimientos de desesperanza y de depresión que pueden evolucionar hasta ideaciones suicidas de origen múltiple; de tal forma, el contenido *online* disponible puede en un momento dado ser un factor precipitante para el acto cuando se vienen teniendo ideaciones suicidas. Sería necesario, promueve el estudio, que la web sirviera como plataforma de información sobre las propias prácticas suicidas, promoviendo la vida.

Por su parte, Barrón López de Roda y Sánchez Moreno (2021), con su investigación “Estructura social, apoyo social y salud mental”, publicada en España, también aportan a este aparte, ya que se preguntan por la influencia de las redes sociales en las personas con dificultades mentales crónicas. Allí afirman que esta población hace un uso menos profuso de dichas redes que la población normal, ya que tiene menos amigos o contactos sociales, quedando reducidos sobre todo a la familia; además, dicen que probablemente el uso es reducido porque de manera poco efectiva les permite indagar sus necesidades apremiantes a través del sostén social. Concluyen los autores que las redes sociales son utilizadas en esta población de forma dispersa, cuando no son sobre utilizadas, y que sus vínculos se caracterizan por la desigualdad, la dependencia y la falta de reciprocidad, lo que ocasiona estrés, tensión y desgaste; en otros casos, son redes sociales tipo muleta, que dan soporte exclusivamente durante el proceso de atención médica, lo que suele desaparecer posterior a la hospitalización.

El estudio “Correlación entre ideación suicida y adicción a Internet en estudiantes universitarios de Ciencias Computacionales”, presentado por Castañeda et al. (2020), tuvo como propósito identificar si el juego patológico<sup>1</sup> en Internet puede volverse en un factor de riesgo para el comportamiento suicida en jóvenes universitarios de la Universidad Autónoma de Aguascalientes-México. A partir del estudio se estima que el 6,86 % de la población participante ha tenido un apresto para el suicidio, mientras que el 5,88 % ha pensado en realizar una nota suicida y el 0,98 % ha realizado acciones definitivas para arreglar la muerte. Asimismo, se reconoce que el 18,63 % manifiesta abiertamente la idea de intentos suicidas, mientras el 5,88 % ha realizado un intento suicida y el 34,31 % de la muestra se localiza en el grupo de riesgo para ideación suicida y adicción a Internet. La investigación concluye que es notable la correlación baja pero estadísticamente significativa entre la adicción al Internet y las ideaciones suicidas.

En la misma vía, también en México, la primera evaluación de la violencia digital en Yucatán, presentada por el Gobierno del Estado de Yucatán en 2020, constituye un informe relevante con la pretensión de identificar la prevalencia de la victimización por violencia digital en jóvenes y adultos. El instrumento fue aplicado a una muestra de 1.229 personas, y permitió reconocer que en su mayoría se presentan burlas y acoso en un 30,7 %, seguido de acoso sexual en un 27,9 %, y menores porcentajes en otros tipos de conductas tales como: difamación 19,5 %; sextorsión 7,3 %; cibersuicidio 2,8 %. También se encuentra una prevalencia de la violencia digital en un 58,1 % de las víctimas. En cuanto al sexo, se encontró que las formas de violencia evidenciadas están en una proporción del 67,9 % para las mujeres estudiadas (643) y de 47,4 % para los hombres (586). El grupo etario donde más se presenta es durante la preparatoria o bachillerato, en un 70,1 % equivalente a la población de referencia (adultos y jóvenes). La violencia cibernética es ejercida en un 23,8 % por

---

<sup>1</sup> Se entiende como un uso excesivo, recreativo o no, que causa obstáculos serios en la vida porque lleva a la dependencia enfermiza, a la adicción.

parte de la expareja; en un 21 % por parte de un amigo; en un 16,7 % por un desconocido; en un 4,8 % por un familiar y en un 4,8 % por parte de la pareja. Se concluye que este tipo de violencias es más complejo de descifrar por cuanto posibilitan el anonimato.

De otro lado, “Características del ciberacoso y psicopatología de las víctimas”, de Torres Montilla et al. (2018), realizado en Maracaibo, Venezuela, es un estudio cuyo objetivo fue evaluar las posibles asociaciones entre las características del ciberacoso y la psicopatología de las víctimas, dando cuenta de algunos de sus efectos, como aquellos referidos al comportamiento suicida, y encontrando factores de riesgo asociados tales como: estrés, ansiedad social, consumo de sustancias psicoactivas, sintomatología depresiva e intentos suicidas; asimismo, refiere la posibilidad de establecer pactos ciber suicidas, mayor probabilidad de comportamiento suicida en víctimas o victimarios de ciberacoso, y presencia de la depresión como precursora, en algunos casos, de la conducta suicida –que, según el estudio, se presenta 1,7 veces más en mujeres que en hombres, cuando se está expuesto al acoso–. Al respecto se concluye que urge el reconocimiento por parte de los profesionales en salud acerca de la relación entre estos fenómenos asociados a la tecnología y el desarrollo de patologías mentales y comportamientos suicidas.

Por su parte, Polanco Díaz (2020), en la investigación denominada “Caracterización de información disponible sobre suicidio en Internet, de páginas en español en Colombia” se propone caracterizar la información sobre suicidio disponible en Internet; una de las categoría revisadas en el estudio, sobre sitios web “pro-suicidio”, identificó que en el 8,08 % de las direcciones se reconocen algunos blogs que dan cuenta detalladamente de los diversos métodos para la práctica suicida, tales como elementos autolíticos necesarios y su grado de efectividad, además de encontrarse comentarios incitadores a la comisión del acto suicida. Como aspecto concluyente, llama la atención que de las 25 direcciones web más visitadas, tres de ellas están relacionadas con información prosuicida, evidenciando así la facilidad de acceso a este tipo de contenidos.

También en Colombia, la investigación presentada por Larrota Medrano et al. (2018), “Idea-ción suicida en una muestra de jóvenes víctimas de cyberbullying”, realizada en Bucaramanga, Colombia, pretende indagar por las causas y consecuencias del *cyberbullying* respecto de la ideación suicida en el ámbito escolar. Al respecto se evidenció que la víctima de *cyberbullying* presenta tendencia a configurar razones, actitudes, intentos y pensamientos suicidas, afirmando la probabilidad de un intento suicida en 12,8 % de la muestra. La victimización a través del celular o de Internet presenta correlación significativa entre todas las escalas de medición para comportamiento suicida aplicadas (Escala de Ideación Suicida de Beck y Cuestionario de Cyberbullying de Ortega, et al.), a partir de lo cual se identifican asuntos conexos como humillación, acoso e intimidación, que conllevan, en muchos casos, ideación y comportamientos suicidas.

En Colombia, García Peña et al. (2013) presentan su estudio “El bullying y el suicidio en el escenario universitario”, el cual hizo parte de una línea de acción específica nombrada “Acoso y suicidio” de la investigación nacional “La prevención del suicidio en el escenario universitario: acciones, vínculos y significaciones”, realizada por la Universidad Católica Luis Amigó, en la que participaron 17 universidades del país. El objetivo fue contextualizar el *bullying* en los escenarios universitarios desde sus concepciones históricas. Este estudio permitió reconocer que el acoso en los ámbitos académicos sigue estando presente en las universidades, muy frecuentemente, entre otros motivos, por condiciones culturales o de estrato socioeconómico, aunque en los espacios universitarios el *bullying* puede tener otras formas de presentación, como muy puntualmente el *ciberbullying*. Los autores afirman que el ciberacoso o *ciberbullying* se vuelve agobiante porque es un acoso reiterativo en redes sociales, aún por fuera de la universidad, que puede hasta llegar a precipitar acciones suicidas. El estudio plantea ciertas formas de prevención e intervención para estos asuntos en los entornos familiar, educativo y social.

Asimismo, la investigación denominada “Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿cuál es la conexión?”, presentada por Molina y Restrepo (2018) en Medellín, Colombia, cuyo objetivo fue reconocer la relación entre Internet y el comportamiento suicida en adolescentes, arroja como resultados que las redes sociales son imprescindibles para el relacionamiento social contemporáneo, siendo las más utilizadas Facebook, WhatsApp, e Instagram. Pero, a la vez, estas formas de relacionamiento contemporáneo, especialmente entre los adolescentes y adultos tempranos, se han convertido en formas de agresión tales como acoso y *cyberbullying*, que llegan a desatar sintomatologías de tipo depresivo, incluso con intento suicida en una persona que no reportaba antecedentes psicopatológicos de ninguna índole. Se concluye con la necesidad de explorar sobre estos nuevos fenómenos, lo que llevaría a diagnósticos pertinentes y, por tanto, con mayor acierto en su tratamiento.

### 1.3 Atención psicoespíritu religiosa

Verhagen (2017), en su estudio de revisión titulado “Religión y salud mental: una reflexión crítica como consecuencia de cuatro revisiones (1969-2013)”, realizado en los Países Bajos y cuyo objetivo fue reconocer la relación entre religión y salud mental mediante un método empírico de contrastación. Como resultados, el estudio refiere que es importante resaltar el incremento significativo de una serie de investigaciones empíricas que ha proliferado durante las últimas décadas sobre las relaciones entre religión, espiritualidad y salud mental. Como conclusión, apunta a

que los aspectos religiosos, junto con las creencias y prácticas religiosas, pueden convertirse en un factor beneficioso porque permiten disminuir la tendencia hacia comportamientos suicidas, depresión, abuso de psicoactivos, entre otros padecimientos.

Igualmente, Koenig (2015), en Estados Unidos, realiza un estudio llamado “Religión, espiritualidad y salud: una revisión y actualización”, basado en una investigación que este autor realizó en 2012 sobre el mismo tema y que actualiza con datos de relevancia. El método utilizado es una revisión sistemática de estudios cuantitativos originales basados en datos publicados en revistas revisadas por pares entre 1872 y 2010, a partir de la cual considera que, a pesar de las limitaciones metodológicas en los estudios empíricos sobre religión y salud mental, es indiscutible la presencia de literatura significativa que defiende los beneficios de la religiosidad y la espiritualidad en la salud mental y en la vida de los seres humanos. Manifiesta como conclusión de su exhaustiva revisión que diversos estudios hechos por equipos de investigación de la Universidad de Columbia, la Universidad de Harvard, la Universidad de Duke y otros centros médicos académicos, han encontrado relaciones positivas entre religión y salud mental, enfocados en suicidio, adicciones, ansiedad, depresión, estrés, esquizofrenia y trastornos bipolares.

También en Estados Unidos, en Chicago, Pearce et al. (2015) hacen una investigación con enfoque psicoterapéutico, “Terapia cognitivo-conductual integrada religiosamente: un nuevo método de tratamiento para la depresión mayor en pacientes con enfermedades médicas crónicas”. Su objetivo fue desarrollar e implementar una nueva adaptación religiosa integrada a la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión en personas con enfermedades médicas crónicas; metodológicamente, dicho enfoque terapéutico fue diseñado para ayudar a personas deprimidas a desarrollar pensamientos y comportamientos que reduzcan la depresión. Este estudio encontró que las intervenciones psicoterapéuticas que integran creencias espirituales y religiosas son más efectivas para reducir la depresión que aquellas que carecen de dicha integridad. Concluyen que aquellas técnicas espirituales o religiosas como la oración, la lectura de textos sagrados como la biblia y el afrontamiento religioso pueden funcionar como estrategias efectivas en el manejo adecuado de las emociones y los problemas cotidianos de la vida.

En Puerto Rico, González-Rivera et al. (2017) investigan sobre el impacto de las prácticas religiosas en la salud mental y el bienestar psicológico de las personas mediante su estudio “Relación entre la espiritualidad y el bienestar subjetivo en una muestra de adultos puertorriqueños”, con el objetivo de entender el impacto de la religiosidad en los puertorriqueños. Para ello, se basan en una metodología correlacional mediante una muestra accidental y no probabilística constituida por 323 adultos de ambos géneros, enganchados electrónicamente, a quienes se les administró una versión breve de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) –adaptada y validada en Puerto Rico–, la Escala de Religiosidad Personal y la Escala de Satisfacción con la vida, obteniendo como resultados diferencias significativas entre quienes practican la oración y

la meditación diariamente y los que no lo hacen con la misma disciplina; y aunque no encuentra relación directa entre religiosidad y bienestar psicológico subjetivo, si se evidencia que a mayor periodicidad de la oración y la meditación, mayor bienestar con la vida. También concluyen que cuando las prácticas religiosas se realizan consuetudinariamente, apartan los desasosiegos o pensamientos intrusivos relacionados con dificultades estresantes, ya que generan regulación emocional.

De igual modo, en Argentina, Yoffe (2015) realiza un estudio denominado “Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido”, enfocado en la elaboración del duelo por pérdida; allí pone en evidencia cómo las creencias y prácticas religiosas espirituales influyen en el afrontamiento de la pérdida por muerte de una persona cercana. El objetivo central de este estudio fue analizar el afrontamiento religioso espiritual de un suceso negativo y estresante, como lo es la pérdida de un ser querido. El método usado fue el estudio de caso bajo entrevista a profundidad. Como resultado se halló que para las personas que padecen situaciones estresantes, orientarse a lo sagrado les permite solucionar, afrontar y manejar efectivamente los problemas complejos de la vida. Sumado a ello, las creencias y prácticas religiosas contribuyen a anticipar situaciones críticas que podrían presentarse a posteriori. La autora concluye que los factores espirituales y rituales religiosos son un método efectivo para la prevención y suman positivamente al momento de tener que afrontar una pérdida significativa.

Por su parte, De Olivera-Maraldi (2018), en Brasil, realiza un estudio denominado “Sesgo de respuesta en la investigación sobre religión, espiritualidad y salud mental: Una revisión crítica de la literatura y recomendaciones metodológicas”, cuyo objetivo fue examinar críticamente la literatura que aborda el papel del sesgo de respuesta en la relación entre religión, espiritualidad y salud mental. Mediante un método de revisión monográfica plantea como resultados que se hace necesaria la discusión de la validez y generalización de la evidencia, así como lo correspondiente a la atención en la salud mental. El estudio concluye que es necesario hoy reconocer los beneficios psicológicos de la religión y la espiritualidad, lo cual requiere más evidencia y soporte científico para comprender mejor los mecanismos que perturban la salud mental, y denuncia el descuido que en la investigación empírica se ha tenido sobre la relación entre la espiritualidad y la religiosidad con la salud mental.

## 1.4 Estrategias de intervención en escenarios educativos

En España, la *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares* (2010), elaborada por el Servicio Andaluz de Salud, expone orientaciones dirigidas a familiares y allegados sobre aquellas expresiones verbales y no verbales que se sugieren cuando alguien presenta ideación suicida, brinda información sobre lo que se debe hacer cuando se presenta un intento de suicidio, informa sobre los grupos de apoyo y las escuelas de familia y, finalmente, expone información sobre dónde buscar ayuda.

En la misma línea, en Valencia, España, se presenta la propuesta de intervención titulada *Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*, desarrollada por la Generalitat Valenciana (2018), en la que se exponen, además de datos epidemiológicos, algunos factores determinantes, mitos sobre la conducta suicida y todo un protocolo o plan de prevención que promueve con determinación la importancia de abordar la promoción de la salud mental. Finalmente, presentan señales de alarma de riesgo de suicidio, escalas de valoración de dicho riesgo y un algoritmo de atención.

Del mismo modo, desde Gante en Países Bajos, Dumon y Portzky (2014) publicaron las “Directrices de actuación para la prevención, intervención y posvención del suicidio en el entorno escolar”. Allí proponen cuatro estrategias centrales cuyo objetivo es proporcionar una herramienta dirigida a gestores, dirigentes políticos en el sector de la educación, directores, profesorado y orientadores escolares. El énfasis está en brindar orientaciones para lo que llaman escuelas saludables, a partir de programas de psicoeducación en donde se prioriza el desarrollo de habilidades. Además, plantean programas de formación para orientadores escolares, profesores y *gatekeepers* que incluyen también programas de detección; además, una de las estrategias está dirigida a la necesidad de procurar atención especial al personal y estudiantes vulnerables. Finalmente, se expone la importancia de la limitación a métodos letales.

Por su parte, el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2019), generó mediante la Subsecretaría de Salud Pública y la División de Prevención y Control de Enfermedades, una *Guía para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales* con el objetivo de sensibilizar, educar y entregar herramientas a directivos, docentes, asistentes de la educación y equipos de salud, para el despliegue de una estrategia integral de prevención del suicidio. Allí se expone una propuesta de abordaje integral que estipula siete componentes o ejes fundamentales

de trabajo: escuela con ambientes protectores, prevención de problemas en salud mental, sensibilización y formación sobre comportamiento suicida, reconocimiento de estudiantes en riesgo, pasos a seguir ante un intento o suicidio, acciones de posvención y finalmente la coordinación y acceso a la red de salud.

En la ciudad de La Plata, Argentina, Kaplan y Szapu (2019) publican el artículo resultado de investigación titulado “Jóvenes y subjetividad negada. Apuntes para pensar la intervención socioeducativa sobre prácticas autolesivas y suicidio”; allí hacen un acercamiento, desde la mirada singular de la persona afectada, a problemáticas sociales relacionadas con autoagresiones físicas y tentativas de suicidio. Dicho estudio, de tipo socioeducativo, tuvo un enfoque interpretativo-cualitativo de carácter exploratorio para constituir la relación entre lo teórico y lo empírico. Los resultados más importantes apuntan a dos aspectos: en el primero surgen declaraciones de exclusión y rechazo; en el segundo se exponen distintas estrategias para hacer circular el sufrimiento ocasionado por el rechazo y la inferiorización. Se concluye que, al aumentar la recurrencia de autolesiones físicas en los jóvenes escolarizados, se comienzan a evidenciar una problemática que es necesario incluir en la agenda política mediante estrategias destinadas a la intervención socioeducativa.

Sandoval-Ato et al. (2017) publican el estudio titulado “Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente” en el que contextualizan sobre las características de la etapa evolutiva del adolescente, a la vez que relacionan dicha población frente al diagnóstico de depresión y a la conducta suicida asociándola a un 0,25 % en cifras de suicidio consumado. Dicha publicación presenta un estudio respecto a la búsqueda de programas de prevención o guías de manejo en estatus depresivo y consecuencias suicidas consultadas en nueve países a nivel mundial. Reseñan como impacto generado a partir de dichas guías que, en algunos países, como Australia, Chile y México, se evidencia disminución del número de suicidios, posibilidad de reconocimiento precoz de los signos de alarma y, finalmente, disminución del riesgo suicida. Los autores concluyen que se evidencia también la escasez de instrumentos adecuados a nivel internacional y latinoamericano y que se requieren estrategias innovadoras de prevención y de sostén con adolescentes afectados por depresión y comportamiento suicida.

En este mismo sentido, Carmona et al. (2010) presentan el *Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas. ¿Qué hacer en casos de suicidio consumado, intento de suicidio o ideación suicida de nuestros estudiantes?* publicado en Medellín, Colombia. Es un instrumento útil para la conducción de la temática en establecimientos educativos, diseñado desde un estudio con enfoque psicosocial interaccionista que posibilitó un marco comprensivo en donde el suicidio se concibe como una construcción social, tanto en lo individual como en lo colectivo, situación en



la que las relaciones son determinantes. El método usado fue el análisis interaccionista a partir de la participación de diez instituciones educativas de la ciudad de Medellín con reportes de suicidio o de intentos. El manual se ofrece a toda la comunidad educativa, docentes y personal administrativo con la intencionalidad de dar orientaciones acerca del tema y suministrar herramientas para una intervención adecuada y responsable al interior del establecimiento educativo de un modo reflexivo y crítico.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2011) publica el *Módulo de habilidades para la vida: Guía para el trabajo con adolescentes y jóvenes*. Esta es una estrategia de habilidades para la vida que nace como proposición de la OMS en 1993, desde una perspectiva educativa, y se concentra en la enseñanza de diez destrezas psicosociales que se vuelven un soporte para enfrentar las exigencias y desafíos de la cotidianidad. Con este módulo se pretendía, desde la Gobernación de Antioquia, Colombia, fortalecer alternativas para una mejor convivencia en las comunidades.

Otro estudio que aporta a la comprensión del tema es el libro *Competencias ciudadanas. De los estándares al aula*, de Chaux et al. (2004), el cual contiene dos apartados. El primero expone unas estrategias pedagógicas institucionalizadas que fomentan las competencias ciudadanas en los alumnos; dichas estrategias son denominadas: aulas en paz, dilemas morales, juegos de roles, aprendizaje cooperativo, proyectos, aprendizaje a través del servicio y estrategias institucionales. El segundo apartado presenta la implementación de algunas de esas estrategias en los programas o cursos disciplinares del currículo mediante actividades que buscan lograr objetivos de conocimiento específico de cada una de las disciplinas de estudio, así como objetivos relacionados con el desarrollo de competencias ciudadanas.

El Ministerio de Educación Nacional de Colombia (2013), por su parte, presenta la *Guía N.º 49*, un conjunto de guías pedagógicas para la convivencia escolar en las cuales se proponen herramientas para los establecimientos educativos y su comunidad que les facilite el proceso de acoplarse a los manuales de convivencia desde su propia participación, poniendo en marcha la ruta de promoción, prevención, atención y seguimiento para la convivencia escolar y las situaciones que la afectan. La *Guía* facilita la operativización de la Ley 1620 de 2013, conocida como *Ley de Convivencia Escolar*, y brinda conceptos sobre esta y las competencias ciudadanas, además de los derechos humanos sexuales y reproductivos. Aparte de ello, presenta ejercicios para el diagnóstico escolar de convivencia, así como la ejecución de acontecimientos pedagógicos que posibiliten el uso de situaciones que afecten la convivencia escolar a favor de los procesos de aprendizaje.

Al respecto del tema, Cañón et al. (2018) publicaron un artículo llamado “Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia)”, en el cual, además de hacer una presentación de diferentes escalas de medición de riesgo de la conducta suicida, proponen un plan de intervención educativo para la prevención de dicha conducta en población escolar. Este estudio se realizó a partir de un método cuasi experimental en el que participaron 103 estudiantes de los grados sexto a octavo de una institución educativa de Manizales, Colombia. Los autores realizaron el proceso en diferentes fases, entre las que vale la pena destacar, además de la aplicación de instrumentos de medición, una secuencia de actividades relacionadas con la autoestima: “Taller, ¿Quién soy y como me gustaría ser?”; “Taller Otros significativos”; “Taller ¿Qué hago yo para merecer esto?”; “Terapia a través del arte”; “Expresión corporal” y; finalmente un ejercicio evaluativo pos-test. Se concluye que el ejercicio realizado mostró resultados positivos al disminuir de manera significativa los factores de riesgo suicida en adolescentes. Además, se sugiere que este tipo de iniciativas puedan llevarse a cabo de manera continua, no como actividades aisladas, sino como procesos formativos.

En su artículo “Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: La escuela como contexto”, Piedrahita et al. (2012) se proponen fomentar conductas protectoras a partir de los factores de riesgo en el intento de suicidio identificados en adolescentes. Buscan difundir el conocimiento de los factores de riesgo y brindar herramientas que ayuden en el trabajo conjunto con los educadores y padres de familia. La muestra del estudio se conformó por 30 estudiantes entre 9 y 14 años de Cali, Colombia, entre septiembre de 2009 y junio de 2010, y por siete adultos, educadores y padres. El trabajo fue planeado en cuatro fases: la primera pretendía identificar factores de riesgo en el estudiantado; la segunda consistió en elaborar un programa educativo con base en la educación para la salud; en la tercera se implementó el programa y; en la cuarta fase se evaluó el impacto de las acciones ejecutadas. Entre los resultados destacan la falta de conocimiento de las personas adultas acerca del suicidio como problemática actual con base en los cuales, luego de la intervención, se precisó el conocimiento respecto de los conceptos básicos del suicidio y se informó sobre las intervenciones posibles con adolescentes en riesgo. Las conclusiones afirman que la intervención educativa permitió el reconocimiento de los factores de riesgo en los estudiantes y descubrió una significativa efectividad al aumentar el nivel de conocimientos en los padres y educadores, demostrando que, a mayor información, mejor identificación e intervención oportuna que permita un decrecimiento del evento. Desde esta perspectiva resalta el rol de la escuela como un entorno privilegiado para la implementación de estas intervenciones.

Sánchez Estévez (2021) realiza un trabajo titulado “Creencias, actitudes e intervenciones psicoeducativas frente al suicidio en el contexto educativo: una revisión de la literatura” en el que presenta el resultado de un estudio cualitativo, tipo narrativa, desarrollada en Barranquilla,

Colombia. A partir de indagar literatura de diferentes bases de datos como Taylor & Francis Online, Dialnet, hogrefe eContent, Scielo, Conicyt y, la revisión de tesis magistrales; encontró 30 estudios distribuidos en Australia, Noruega, Estados Unidos, México, Costa Rica, Chile, Perú, Brasil y Colombia, referentes a la temática del suicidio. El propósito del estudio fue hacer una revisión de literatura que permitiera identificar evidencia en relación con los factores protectores y factores precipitantes de comportamiento suicida en los adolescentes, además, reconocer las percepciones y actitudes de otros actores sociales como la familia, los profesionales del sistema educativo y del sistema de salud, así como la eficacia en la implementación de intervenciones psicoeducativas para estudiantes y personal docente. El estudio logró conocer acerca de las áreas que requieren profundizar el conocimiento, ya que ubica las investigaciones que muestran eficacia en la elaboración de intervenciones sobre la prevención del suicidio en entornos educativos. No obstante, se plantea también la necesidad de seguir trabajando en otras estrategias que beneficien los resultados, en especial lo que tiene que ver con la formación de adultos y grupos de pares en la identificación de señales de alerta.

En Cuba, Rodríguez Abrahantes et al. (2017) efectúan un estudio descriptivo transversal para la construcción de una intervención educativa que permita a las familias y a la comunidad trabajar en el suicidio a partir de un conocimiento expedito de los factores de riesgo. Los autores afirman que el término suicidio conlleva violencia, por lo cual se tiene que intervenir desde una perspectiva integral que haga posible influenciar todos los factores asociados en el suicidio. Como conclusión, sustentan que cualquier persona bien informada acerca de este tema puede contribuir en la detección y prevención de casos y propiciar la conformación de redes de apoyo con población adolescente, por ser estos los más vulnerables a la violencia y, en consecuencia, al suicidio, asunto puntual que exige mejor acompañamiento de la familia y del contexto social.

## 1.5 Los medios de comunicación en la prevención del suicidio

En Castilla-La Mancha, España, Pérez Lucas y Galindo Bonilla (2018) presentan su *Guía de información responsable sobre suicidio y medios de comunicación* como parte del *Plan de Salud Mental 2018-2025* –en cumplimiento de la Línea Estratégica 1 sobre generación y gestión del conocimiento para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas– en el que insisten en no recurrir al efecto Werther y abogan por un enfoque informativo respetuoso y

prudente en donde se apliquen la ética y los criterios de importancia de la información, pues solo se debe publicitar un suicidio cuando se tenga información veraz y fehaciente. De igual modo, aconsejan que el profesional de la comunicación puede trabajar en la prevención de la conducta suicida acudiendo al efecto Papageno con un lenguaje “responsable, preciso y matizado, equilibrado y respetuoso” (p. 5).

Por su parte, Álvarez Torres (2012), desde el País Vasco, España, en su artículo “Efecto Werther: una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales de la Comunicación (UPV/EHU)” tiene por propósito recordar la importancia del aspecto sociológico del suicidio en los eventos de suicidio por imitación, también llamado efecto Werther. La autora propone como resultados una intervención que responda a las necesidades de las poblaciones desde las sugerencias de los medios de comunicación, donde los futuros comunicadores conozcan las repercusiones que una información específica puede ocasionar y tengan herramientas para su adecuado manejo. Este estudio concluye que el suicidio, como problemática multifactorial, demuestra que la imitación de una conducta publicitada puede volverse el detonante de una situación adversa en una población afectada o vulnerada en la salud mental.

En la misma línea, igualmente en España, Olmo López y García Fernández (2015), en su estudio “Suicidio y libertad de información: entre la relevancia pública y la responsabilidad” concluyen que las evidencias científicas sobre el riesgo de contagio por la publicación de informaciones sobre suicidios son latentes. Sobre el efecto Werther, afirman que existen argumentos a favor de una opinión pública libre donde se ofrezca la posibilidad de transformar el efecto Werther negativo en un efecto Papageno, lo cual permitiría sortear suicidios y mejorar el discurso de la prevención en las comunidades. Por ello, es importante informar responsablemente, sin sensacionalismos, sin eufemismos, tratando al suicidio como una temática de salud pública.

En Venezuela, el Centro Comunitario de Aprendizaje, Cecodap, y el Observatorio Venezolano de Violencia (OVV) publican en el periódico nacional *El Diario* (Georgette, 2021) el informe “Suicidio infantil, una realidad en Venezuela ignorada por las políticas públicas”. En este se plantea al suicidio infantil como un problema olvidado en los medios de comunicación, carente de políticas públicas, y se denuncia que las organizaciones oficiales no divulgan información sobre el tema, hecho que vulnera la vida ciudadana. A pesar de lo anterior, se afirma que la academia, así como las organizaciones sociales, periodísticas y ciudadanas estudian esa realidad con investigaciones autónomas: “En este contexto, las noticias publicadas en los medios de comunicación, ya de por sí una importante fuente para la investigación hemerográfica, adquieren un valor adicional; aunque solo representan un pequeño fragmento de la realidad” (p. 1).

Por último, se referencia como aporte a este tema la tesis monográfica en psicología de Reyes Moreno (2017), titulada *Adolescencia, suicidio y políticas públicas* en Uruguay, la cual propone desde su objetivo una guía de prevención del suicidio en la adolescencia y un cuadro comparativo entre mito, significado y criterio científico para poder comprender el suicidio en su multicausalidad. Entre sus conclusiones, refiere en el criterio científico que los medios de comunicación tienen que ser un aliado poderoso en la prevención del suicidio, cuando se enfocan en divulgar una información de manera responsable, cautelosa y con base científica. Esta es una manera, además, de establecer criterios educativos hacia la población en general y muy particularmente en la juvenil, que es más susceptible.



# MOMENTOS METODOLÓGICOS

## 2.1 Enfoque de la investigación

La metodología propuesta es la investigación acción desde una postura investigativa de construcción de conocimiento con un abordaje interdisciplinar, a partir del acompañamiento directo a las localidades del Departamento de Antioquia, Colombia, donde ha habido un acercamiento, desde la Universidad Católica Luis Amigó, de la academia a la municipalidad desde la asistencia técnica dirigida a la institucionalidad local. Este acompañamiento se ha realizado desde el 2018 en diferentes fases de acción y en varios municipios que han reportado prevalencia en el evento suicida, como Andes, El Carmen de Viboral, Envigado, Rionegro, Santa Rosa de Osos, La Unión y la denominación religiosa “Verdad y Vida”, con sede en Bello, Antioquia. Es de resaltar que con esta denominación religiosa se ha realizado también, en los tiempos de la pandemia por covid-19, un acompañamiento de asistencia técnica a diferentes sedes ubicadas en distintos países de América Latina, como Chile, Bolivia, Ecuador, Costa Rica, Nicaragua y Guatemala, gracias a las posibilidades ofrecidas por las mediaciones virtuales, que han hecho viable un acercamiento con estos territorios de la región.

Como se plantea en el párrafo inmediatamente anterior, este estudio se ha basado en un enfoque de investigación acción soportado en una metodología mixta de corte comprensivo holístico. La elección de este enfoque metodológico obedece a una construcción propia del equipo de trabajo de investigación de la Universidad Católica Luis Amigó, derivado de un amplio debate del grupo de investigadores con formación en diferentes áreas profesionales, convocados para abordar el comportamiento suicida desde la convicción de que es una problemática compleja y multidimensional que exige de atenciones integrales e interdisciplinarias.

### ***La importancia de comprensiones interdisciplinarias para intervenciones intersectoriales***

Como académicos de diferentes miradas disciplinares, nos lanzamos a los municipios desde una acción de investigación empírica apoyada en un componente importante de intervención situada o contextualizada, tanto institucional como comunitaria, con el propósito de dar alcance, de forma pertinente, a las necesidades de las localidades desde el reconocimiento de los recursos propios y estados de desarrollo de nuestros territorios. Este equipo de trabajo necesitó llegar a consensos hasta poder poner en común los intereses sobre la temática del suicidio y compartir un enfoque de investigación desde la acción situada, donde cada uno se sintiera aportando a la mirada integral que como proyecto procuramos. De tal manera, el equipo interdisciplinario está constituido por profesionales en psicología, comunicación social, teología, derecho penal

y contaduría pública, con intereses múltiples en temáticas sociológicas, psicológicas, históricas, filosóficas, económicas y políticas que han complementado la comprensión multidimensional de la problemática del suicidio.

Esta modalidad de trabajo ha permitido un enfoque amplio, inclusivo y holístico de la investigación en campo que permite reconocer humanamente los procesos que intervienen en el desarrollo institucional, para poder incorporar las problemáticas humanas como objeto de la atención integral. De tal forma, proponemos amplificar, según las necesidades de nuestro momento histórico actual, la investigación tradicional hacia una postura mixta y abierta que permita el acercamiento tanto a la naturaleza tradicional de la investigación como generadora de conocimiento, como a las necesidades reales de las comunidades en su cotidianidad (Galeano Marín, 2018; Hurtado, 2010).

Desde esta perspectiva, se acompaña a las instituciones locales para que incorporen un enfoque integral y logren fortalecer las competencias institucionales desde una articulación intersectorial. Se trata de fortalecer una investigación situada como la manera de reconocer la diversidad de cada territorio y sus comunidades complejas, al momento de comprender las múltiples causales posibles en la aparición de un caso de suicidio. En sintonía con Creswell (2013), este proceso investigativo reivindica la necesidad de hacer lecturas contextuales que hagan posible un esclarecimiento amplio del objeto de estudio que incluya una comprensión del territorio observado, para así ampliar las diferentes perspectivas sobre la temática estudiada, haciendo posibles comparaciones *in situ*.

## 2.2 Procedimiento en campo

Este enfoque metodológico holístico permite el uso de datos cualitativos y cuantitativos para un análisis lo más profundo posible de la situación; como lo sostienen Guelmes Valdés et al. (2015), el uso de metodologías mixtas permite una recolección y análisis de la información más ajustada a las realidades de los contextos de estudio.

Desde la aplicación de metodologías mixtas se seleccionan unas categorías de análisis, resultado de las estrategias implementadas en campo durante el proceso formativo con las localidades, que dan lugar a los posteriores capítulos de resultados que presenta este libro: 1. La intervención del suicidio desde la institucionalidad para las comunidades; 2. Grupos de apoyo. Una estrategia para la posvención con sobrevivientes del suicidio; 3. Vínculos virtualidad y suicidio; 4. Proto-



colo Psico-Pastoral para la Evaluación de Comportamiento Suicida; 5. Procesos de intervención del comportamiento suicida en entornos escolares; 6. Campañas para la prevención del suicidio. Generar comunicados enfocados al cuidado de la vida; 7. Una reflexión sobre la implementación jurisprudencial de la salud mental para la prevención del suicidio, que muestra la importancia de poner en la agenda pública la temática del suicidio en nuestros territorios.

Estas categorías de análisis permiten dar cuenta de las estrategias de intervención y de posvención del suicidio, que son el fundamento de este segundo libro producto de nuestra investigación y que se desarrollan como capítulos de resultados en el siguiente aparte denominado Implementación de las estrategias de acción.

Desde estos principios formativos, nuestra investigación procura orientarse por unos principios éticos requeridos por la Declaración de Helsinki (1964) y la Ley 1090 de 2006, código deontológico y bioético del ejercicio de la psicología en Colombia –de manera específica los artículos 50 y 51, referentes a la investigación con seres humanos–, basada en los valores del respeto y la dignidad para salvaguardar a los participantes y el consecuente uso de consentimiento informado. Asimismo, con base en estos criterios se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión, que consistieron fundamentalmente en ser parte de las localidades, la institucionalidad y la comunidad, con las que se hizo convenio interadministrativo. Es de anotar en esta vía que en este trabajo de investigación acción no se presenta ningún tipo de conflicto de intereses.

Como parte del ejercicio en campo, es necesario presentar los instrumentos definidos para la recolección y posterior análisis de la información.

## 2.3 Instrumentos

La generación de la información se obtuvo desde la combinación de instrumentos que permitieran, desde el enfoque holístico expuesto, entender las dinámicas acerca del abordaje integral del comportamiento suicida; dichos instrumentos se presentan seguidamente.

1. Grupos focales. Espacios grupales que motivaron la discusión con los actores sociales de la institucionalidad local y de la comunidad. Este instrumento cualitativo fue insumo para los siguientes capítulos: La intervención del suicido desde la institucionalidad para las

comunidades; Campañas para la prevención del suicidio. Generar comunicados enfocados al cuidado de la vida; y, Una reflexión sobre la implementación jurisprudencial de la salud mental para la prevención del suicidio.

2. El diario de campo para la sistematización de los grupos de apoyo. Esta estrategia es fundamentalmente una propuesta participativa de intervención para incluir en el proceso formativo a las comunidades directamente afectadas por el suicidio, que se denominan en este contexto sobrevivientes. Los grupos de apoyo son encuentros planificados con periodicidad para trabajar desde la psicoeducación los procesos de duelo efecto de situaciones de exposición al suicidio. La sistematización de la estrategia en el contexto de la investigación acción participación posibilita evidenciar, mediante diarios de campo, el análisis de las categorías que posibilitaron identificar y sistematizar la experiencia de los grupos de apoyo. Para Cifuentes (2011), “supone comprender la realidad como totalidad, para dar cuenta de procesos, estructuras, manifestaciones culturales, que definen la dinámica y organización social; clarificar las concepciones, comprensiones y sustentos referidos a las problemáticas, sujetos, contextos, intencionalidades e interacciones” (p. 24). Este instrumento fue insumo para el capítulo: Grupos de apoyo. Una estrategia para la posvención con sobrevivientes del suicidio.
3. Entrevistas semiestructuradas. En primera instancia con integrantes de los equipos de comunicación y los periodistas para identificar su manejo informativo del suicidio, el conocimiento que tienen en la creación de contenidos informativos para fortalecer la salud mental comunitaria e incentivar la participación ciudadana en la inclusión de los temas de comunicación ética y efectiva en pro del comportamiento suicida en los municipios. Y en segunda instancia con diez agentes educativos seleccionados aleatoriamente, pertenecientes a las instituciones educativas municipales en calidad de docentes, directivos u orientadores escolares que han tenido experiencia previa en su ejercicio laboral en promoción de la salud mental o prevención, atención y seguimiento del comportamiento suicida. Se prefiere este tipo de entrevista, de acuerdo con Díaz Bravo et al. (2013) y Hernández Sampieri et al. (2014), porque permite recoger información esencial para la recolección de datos cualitativos cuando el problema de estudio no es observable por su complejidad, lo que implica tener presente aspectos éticos, como es el caso de la salud mental y sus múltiples manifestaciones. Se hace uso de este instrumento para explorar las experiencias y conocimientos que estos actores sociales tienen sobre esta temática. Este instrumento fue insumo para los capítulos: Generar comunicados enfocados al cuidado de la vida; y, Procesos de intervención del comportamiento suicida en entornos escolares.
4. Encuesta en línea mixta auto administrada, de tipo escala Likert y de tipo temporalidad, aplicada a población en general de todas las localidades participantes: 456 personas con edades entre 16 a 59 años; el criterio único de selección para ello fue que hicieran uso cotidiano de redes y medios tecnológicos. Esta encuesta se diseñó con base en las siguientes

categorías emergentes tras revisión documental: generalidades en torno a la tecnología (seis preguntas); cuestiones en torno al vínculo y la tecnología (ocho preguntas); uso de tecnología y comportamiento suicida (cinco preguntas); y dos preguntas de caracterización, que incluyeron una respecto al género asumido por quien responde, y otra orientada al grupo etario; para un total de 21 ítems. Las cuestiones abordadas consisten en preguntas de tipo cerrado que posibilitan, en su mayoría, elegir entre un listado de alternativas tipo Likert, alusivas a la pregunta respectiva (López-Roldán & Fachelli, 2016; Díaz de Rada, 2012), y en otros casos la respuesta está asociada a temas de temporalidad en su uso (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca). Este instrumento sirvió de insumo para el capítulo Vínculos, virtualidad y suicidio.

5. Cuestionario auto administrado con opción de respuesta dicotómica, que se aplicó mediante plataforma en línea y recogió datos cuantitativos orientados a indagar sobre: frecuencia de atención de casos de suicidio; estrategias de prevención e intervención del suicidio; formación y capacitación sobre fundamentos psicológicos y teológicos aplicados a la prevención del suicidio; conocimiento de rutas de atención y participación en encuentros sobre salud mental. Con base en este instrumento, se llevó a cabo un muestreo no probabilístico discrecional de la población de líderes religiosos de diferentes comunidades religiosas de distintos países. Para este propósito se consultó a 163 líderes religiosos de diferentes corrientes teológicas de Colombia, Guatemala, Nicaragua, Chile y Bolivia; la información recogida fue registrada en una base de datos en Excel. Este instrumento fue insumo para el capítulo Protocolo Psico-Pastoral para la Evaluación de Comportamiento Suicida.

## 2.4 Análisis de la información

La información cualitativa generada en los grupos focales, entrevistas y registro de los grupos de apoyo fue transcrita y vaciada en matrices de análisis, para luego categorizarla de manera detallada mediante lecturas horizontales y transversales como insumo para la interpretación y análisis de los aportes de cada localidad. Es de aclarar que las categorías de análisis enfatizan en algunos tópicos, dependiendo de su emergencia y el interés temático de cada investigador, según la línea de acción a resaltar.

Los datos cuantitativos recogidos de los cuestionarios en línea se sistematizaron y analizaron a partir del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) V. 24, el cual permitió el cruce entre las categorías establecidas para optimizar los resultados.



# IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

En este apartado presentamos las estrategias de intervención del comportamiento suicida, construidas a partir del trabajo de implementación de nuestra propuesta de investigación acción. Puntualmente, en el primer capítulo presentamos la propuesta de investigación en su implementación en las localidades y cómo de esta han nacido unas estrategias puntuales; en los subsecuentes capítulos mostramos los resultados de su ejecución en campo desde los aportes de los participantes, que en nuestro proyecto son los servidores públicos representantes de las instituciones y las comunidades; y en el último apartado proponemos una reflexión acerca de la importancia de la salud mental como política pública que incluya la prevención del suicidio. Este recorrido tiene el propósito de que cada uno de los siguientes capítulos sirvan de guía técnica, que sean de utilidad para un correcto accionar de los profesionales interesados en esta temática.

## 3.1 La intervención del suicidio desde la institucionalidad para las comunidades

El objetivo de este capítulo es aportar recomendaciones sobre acciones de intervención preventiva del comportamiento suicida en el ámbito institucional público en una localidad o municipio. Recomendaciones que hagan posible unos espacios formativos para las comunidades acerca de este flagelo contemporáneo. El capítulo consta de dos apartes principales que se presentan como resultados del proceso participativo de acción investigativa: uno inicial, dirigido a las instancias institucionales con el ánimo de reforzar las competencias a las que por normatividad en vigencia deben responder, lo cual pretende generar un marco para una política pública en salud mental para la prevención del suicidio en nuestros territorios; y un segundo aparte, que busca ofrecer estrategias de acción para los profesionales servidores públicos y para los líderes comunitarios, encargados de hacer contención y atención directa de esta problemática. Este segundo apartado ofrece elementos de detección de casos de eventos suicidas, acercamiento a los primeros auxilios psicológicos o plan de crisis, propuestas de intervención efectivas tras el intento de suicidio o acto consumado, campañas de promoción de la vida y prevención del suicidio. Así, se pretende proporcionar una estructura para la prevención de suicidio en la esfera de una institucionalidad local.

Este capítulo es el resultado del ejercicio de asistencia técnica prestada a los municipios que han participado de la investigación sobre la prevención del comportamiento suicida, que da origen a este libro, la cual desde la Universidad Católica Luis Amigó ha venido trabajando en

diferentes municipios de Antioquia desde el año 2018, mediante encuentros participativos de acompañamiento y asistencia técnica a las instituciones locales en representación de un comité de salud mental conformado en cada localidad para estos fines; los municipios participantes son: Envigado, Rionegro, Andes, El Carmen de Viboral, Santa Rosa de Osos y La Unión. Esta investigación reconoce la particularidad de cada municipio en sus dinámicas territoriales y culturales.

Desde la implementación de los Sistemas de Protección Social y la incorporación del enfoque de derechos como un marco guía de las acciones estatales, a partir de la constitución política de Colombia de 1991, la integralidad en los programas sociales se convierte en el país en una directriz presente en los lineamientos públicos de la atención social. Desde esta perspectiva de trabajo, la atención integral conlleva el reconocimiento de la multidimensionalidad, es decir, el abordaje de las múltiples dimensiones que configuran las problemáticas humanas.

De tal forma, como ya lo anunciaba *Haz paz* (CONPES, 2000), para el posicionamiento de las políticas de acción social es necesario el reforzamiento de las competencias intersectoriales en la detección, atención y seguimiento de una problemática social, en nuestro caso, los asociados al comportamiento suicida, lo cual demanda una constante cualificación de los profesionales que sirven en los sectores salud, justicia, protección y educación, de manera que les permita reforzar sus competencias al momento de prestar un servicio de calidad a las comunidades.

En nuestro primer libro se denunció sobre las dificultades que los profesionales en nuestras localidades deben asumir al momento de efectuar los servicios institucionalizados, lo cual muchas veces no hace efectiva la atención; como exponen Muñoz Arce y Larraín Salas (2019), se pretende, en primera instancia, que las actividades realizadas para la prevención, atención y seguimiento de los programas sociales sean articuladas. De ahí el interés en este nuevo libro, por presentar unas estrategias de acción que buscan fortalecer a la intersectorialidad municipal para realizar abordajes integrales del suicidio.

### **3.1.1 Las competencias institucionales y la necesaria intersectorialidad**

Una problemática compleja como el suicidio, entendida en esta investigación como multidimensional, necesita de una atención integral fundamentada en la participación articulada de los diversos sectores de la política social, como el de la salud, la educación, la justicia y la protección; asimismo, desde esta acción integral y organizada se requiere analizar esta problemática desde diversos enfoques disciplinares, tales como la psicología, el trabajo social, la psiquiatría, el derecho, la comunicación social, la terapia ocupacional, entre otros enfoques profesionales posi-

bles que se requieren en las instituciones para complementar saberes y puntos de vista a la luz de una lectura sensible, no excluyente ni estigmatizadora. Estos enfoques profesionales tienen que ser asumidos desde las distintas entidades que cubren los mencionados sectores de la atención, tanto a nivel público y privado, como de las organizaciones de la sociedad civil.

Los servicios institucionales tienen que optimizar sus competencias en beneficio de la integralidad y la articulación intersectorial para que las instituciones encargadas de la atención sean percibidas por las comunidades como un factor protector, que realmente apoyen las dificultades de los conglomerados humanos a partir de servicios de atención pertinentes y efectivos. Esta tiene que ser la misión estatal; para ello, plantean Casas Patiño et al. (2013) que es imperativo nutrir los operadores en salud mental mediante centros locales, con infraestructuras adecuadas y personal cualificado que proporcionen un proceso de atención integral acorde con las necesidades de la población.

Sobre este aspecto, en nuestras visitas de asistencia técnica a los municipios participantes siempre se ha reiterado y se observa que han ido incorporando el mensaje, hay más apropiación en el discurso de la intersectorialidad y su articulación como un ejercicio del trabajo institucional en la actualidad.

Al respecto, por ejemplo, como un experiencia exitosa podemos exponer el caso en Andes, Antioquia, que implementó a partir de este proceso, en julio de 2019, su modelo de salud mental, coordinado desde la alcaldía municipal con el apoyo técnico de la Universidad Católica Luis Amigó. Esta experiencia permitió que en la localidad se integrara, como un centro de bienestar, el trabajo de la atención primaria en salud mental desde la intersectorialidad en una granja comunitaria en donde se comienzan a articular acciones desde distintos frentes en torno al objetivo compartido de la salud mental y el bienestar de la población.

En esta vía, Cameron (2016) y Muñoz et al. (2014) proponen un reforzamiento de la institucionalidad para que tenga la capacidad de brindar posibilidades de atención oportuna, en este caso, ante el suicidio. Estos autores sostienen que la institucionalidad tiene que estar articulada en sus acciones para que sea un factor protector ante una problemática compleja, y no un factor expulsor que pone en riesgo a sus usuarios porque no asume sus obligaciones.

En definitiva, para desarrollar propuestas integrales, pertinentes y efectivas de prevención del suicidio desde las instituciones públicas, estas deben estar enmarcadas en una política pública de prevención y atención integral del suicidio desde un abordaje integral e intersectorial. Dicha política ha de contener múltiples estrategias de prevención que actúen en distintos niveles de la intersectorialidad local, desde donde se logre reconocer a las personas de la comunidad que tienen dificultades de diverso orden, para prestarles la atención y apoyo pertinentes.

Se necesita, por tanto, robustecer los procesos de atención y seguimiento del suicidio, con la intención explícita de no quedarse exclusivamente en la atención inicial en salud, según lo manda la Resolución 3202 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), y donde se subsanen los daños inmediatos en las urgencias, médica o psicológica. Se requiere, además, que se consolide una red de atención integral articulada con los demás sectores de la intervención, como protección, justicia y educación. De tal manera, procurar por una atención de calidad, direccionada a las familias y su comunidad circundante. Además, que incluya un seguimiento y monitoreo constantes de las condiciones de vida de los sobrevivientes para mantener en observación todos los factores de riesgo posibles que pueden converger al momento de una potencial reincidencia del acto suicida.

### **3.1.2 Estrategias de acción**

Ahora, y en continuidad con el apartado anterior, los resultados se exponen como estrategias que a lo largo del proceso de investigación acción hemos implementado en las localidades participantes. Como se viene exponiendo, una atención integral demanda que las instituciones garanticen los derechos de las comunidades en todas sus dimensiones, por lo que se tienen que exigir políticas públicas desde los requerimientos de un sistema estatal de salud pública intersectorial, lo cual justifica abordar al suicidio desde la institucionalidad como una problemática de salud pública con un énfasis en la salud mental.

### **3.1.3 Cualificación desde el acompañamiento técnico**

Con base en esta perspectiva, nuestra investigación ha trabajado la cualificación al personal participante en dos entornos: el primero, la formación a profesionales y servidores públicos de la institucionalidad local; y el segundo, la formación a la comunidad en general, en la que se incluyen tanto las comunidades de base, como la formación a líderes comunitarios. Formar a estos grupos poblacionales permite fortalecer competencias en toda la municipalidad, favoreciendo los procesos comunitarios y dejando capacidad instalada en la institucionalidad pública, lo cual robustece los procesos de atención a las poblaciones, convirtiéndose en facilitadores de la salud mental y promotores de la vida.



### 3.1.4 Formación a los servidores públicos de la institucionalidad

La investigación ha propuesto a cada localidad conformar un comité de salud mental con la participación de los diversos actores de la intersectorialidad que, en un momento dado, puedan asumir la atención integral de un evento suicida y activen la ruta de atención. Se trata de consolidar un espacio de articulación de diversos profesionales servidores públicos que, dentro de la municipalidad, en un momento determinado, puedan responder ante una crisis suicida para optimizar los procesos de atención y prevención de esta problemática, generando acciones conjuntas e integrales a nivel interdisciplinario.

Se propone un comité con enfoque estratégico que haga su énfasis en la promoción de la vida, que unifique y articule, sin uniformar de manera rígida. La propuesta, más que diseñar programas de intervención, es que la institucionalidad se organice desde su propia experiencia para dar un orden coherente y articulado a la intervención del suicidio como un asunto de salud pública. Este comité está conformado por lo que hemos denominado la intersectorialidad local, que son profesionales de diversas instituciones y profesiones como: personal médico y otro personal de la salud, enfermeros, promotores de la salud; personal que debe estar capacitado en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la conducta suicida –según lo define la *Guía N.º 60* (Ministerio de Salud y Protección social, 2017). También es importante, para consolidar una atención integral local, que este comité de salud mental esté constituido por todos los sectores de la atención local: trabajadores psicosociales tales como psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos; sacerdotes y pastores religiosos; personal voluntario de bomberos y Cruz Roja; personal de la policía y del sector justicia y protección; así como también personal de las instituciones educativas.

Este equipo interdisciplinar local hace posible la promoción efectiva de la salud mental como una estrategia para la vida que posibilita atender a las personas que en el municipio están en riesgo de presentar trastornos mentales o comportamientos suicidas. Equipo de trabajo que se convierte en el nicho local para una política pública de fortalecimiento de la salud mental que permita prevenir conductas de riesgo en la población.

### 3.1.4.1 La importancia de trabajar en salud mental

Desde la asistencia y el acompañamiento técnico impartidos en los municipios, que permiten dar cuenta de estos resultados de investigación, se ha motivado la promoción de la salud mental como un factor protector ante el suicidio en estas localidades, con el ánimo de promulgar por una política pública local en salud mental con una línea de acción explícita en comportamiento suicida.

Sobre este tema, desde el inicio de la asistencia técnica se ha propuesto como una meta a lograr que cada municipio construya su política local en salud mental con una línea de acción específica en prevención y atención del suicidio. Esta acción explícita se implementa amparados en la Ley 1616 de 2013 (título VII), que exige la expedición de una política nacional en salud mental a partir de un conjunto de lineamientos desde la intersectorialidad (Art. 5). Esto en correspondencia con el *Plan Decenal de Salud Pública (2012 -2021)*, que obliga al traspaso de tales políticas y lineamientos por medio de procesos de asistencia técnica y formación continua a la intersectorialidad, por medio del reforzamiento de las capacidades institucionales y comunitarias, tal como nuestra investigación ha venido realizando.

Según la OMS (2013), invertir en salud mental exige:

1. Formación permanente en salud mental que suministre información fehaciente para que las comunidades tomen consciencia de la importancia de la salud mental como parte de la vida cotidiana desde la promoción de redes de apoyo social, que consientan en un momento dado con encontrar formas de ayuda y apoyo mutuo, pero también que sepan buscar solución a las problemáticas en las instituciones locales.
2. Incrementar la inclusión social y la cohesión comunitaria e institucional en búsqueda de ambientes sociales más seguros y equitativos, con menos estigmas sociales y de exclusión.
3. Fortalecer en los miembros de la comunidad, la autoestima y la inteligencia emocional, contribuyendo a la disminución de la vulnerabilidad por alteraciones de la salud mental, lo cual exige que, desde la atención ofrecida por las instituciones, se afiance el bienestar psicológico desde estrategias como resolución de conflictos vitales y capacidad de adaptabilidad ante situaciones difíciles. Es decir, fomentar ambientes positivos para la vida.
4. Fortalecer los servicios de la institucionalidad local desde las competencias de cada sector de atención, cumpliendo de forma pertinente con la atención a las necesidades de la población, según esta demande.

Nuestra investigación promueve que, en cada municipio, el comité de salud mental sea el ente intersectorial que represente la atención integral del suicidio. Es decir, que los servidores públicos de cada institucionalidad municipal estén lo suficientemente sensibles y capacitados para ser los posibilitadores que acompañen a las personas de las comunidades afectadas por comportamiento suicida. Esto ha exigido a nivel municipal que se fortalezcan alianzas intersectoriales, que nutran la articulación entre las instituciones, sin celos en sus funciones y, por el contrario, robusteciendo sus competencias en la atención de problemáticas complejas como el suicidio.

Al respecto se compilan, en diferentes municipios, algunas ideas de los profesionales participantes frente a lo que puede ser la articulación intersectorial al momento de atender la salud mental:

- » Para articular se requiere tener voluntad, necesidades y objetivos comunes, claridades, empatía, coherencia, respeto por el trabajo en equipo y los aportes de los otros, comunicación, disponibilidad, tolerancia y concertación.
- » Hay temas que se trabajan desde distintos frentes, es necesario homologar conceptos, tener claridades compartidas, más se hace necesario diferenciar que, aunque se busque unidad esto no implica homogenizar.
- » Se puede crear una serie de lineamientos o conceptos unificados como propuesta de salud mental, que atiende a personas desde los diferentes sectores de atención como salud, justicia, protección y educación.
- » Se hace necesaria una construcción conjunta al interior de los comités de salud mental para que todos, independientemente de su especificidad, apunten a estrategias que privilegien el desarrollo humano y la calidad de vida de las comunidades como objetivo común. Así, la articulación es una armonización de voluntades, una coordinación de esfuerzos.

Los profesionales participantes manifestaron también unos compromisos frente a la articulación:

- » La articulación permite la armonía de voluntades e implica corresponsabilidad y materialización de formas reales de trabajo en equipo.
- » En las instituciones es necesario ser flexibles, permitir las dinámicas de cada parte. Esto hace complicado el trabajo desde la articulación, sin embargo, trabajar coordinadamente exige conocer lo que cada parte aporta, para hallar puntos de encuentro que faciliten una labor conjunta.

- » Construir una unidad de criterio frente a la promoción, la prevención, la atención integral e interdisciplinar, la vigilancia y el seguimiento del comportamiento suicida.

Una parte fundamental del ejercicio de la articulación tiene que ver con la labor de difusión, como una vía óptima de posicionar, bajo un mismo criterio de comunicar, un objetivo común desde diferentes perspectivas; esta acción integral permite en una localidad, desde un punto común, que cada sector aporte a unas acciones integrales que se dirijan a impulsar políticas públicas locales e integradas en salud mental a favor de la vida y en contra del suicidio. Se logra, así, una política que sea definida tras acuerdo municipal y que dé lugar al diseño y operativización de programas y proyectos en salud mental que aborden diferentes estrategias de afrontamiento acerca de la promoción para la vida y la prevención del suicidio. Dichas acciones articuladas posibilitan la implementación de un plan de acción orientado a toda la institucionalidad local a manera de una ruta de atención.

### 3.1.4.2 El énfasis en la psicoeducación

Y es que nos hemos dado cuenta de que todas estas acciones públicas se logran desde la formación continua de los profesionales que conforman una institucionalidad. Por eso, desde nuestra investigación hemos adoptado el término psicoeducación como un proceso formativo continuo que consiste en proponer a la institucionalidad la incorporación de un enfoque de promoción para la vida y construcción de sentido.

Así, aunque nuestro proyecto es sobre el suicidio, el propósito desde la psicoeducación con las localidades no ha sido concentrarnos solo en la conducta suicida, con temas como señales de alarma, factores de riesgo y precipitantes, o métodos autolíticos, mitos sobre el suicidio, estadísticas epidemiológicas a nivel mundial y local; asuntos que, si bien es importante conocer y enunciar, es necesario matizar porque pueden en un momento dado generar reacciones adversas al objetivo de la promoción, como por ejemplo desesperanza y aumento de actitudes negativas y desadaptativas en personas afectadas por suicidio. Por ello, es urgente desde la institucionalidad –y es el propósito de nuestra investigación *in situ*– brindar espacios de encuentro personal y de fortalecimiento relacional, lo cual siempre nutre la pertenencia al mundo con la posibilidad de construir en compañía de los otros desde la solidaridad, lo que permite compartir y brinda razones para vivir, manteniendo la esperanza como valor que da sentido a lo que se hace.

De ahí que en el acompañamiento a las localidades nos ha interesado poner el énfasis en temáticas de formación que apunten a la consolidación del bienestar psicológico y la salud mental de las comunidades, por eso nuestras temáticas son, entre otras: vínculos emocionales, fortalecimiento de las relaciones familiares y sociales, espirieducación, influencia de las redes sociales, mirada psicojurídica del suicidio, resolución de conflictos y búsqueda de sentido y primeros

auxilios psicológicos. Estas temáticas refuerzan estrategias para la vida, tales como aprender a tomar consciencia de las situaciones difíciles y sus opciones de solución, aprender a acompañar a otras personas que están atravesando momentos complicados, reconocer los recursos propios y los recursos locales para el afrontamiento de una crisis, a identificar señales de alerta –en sí mismo y en otros– que nos ponen en riesgo, a buscar ayuda cuando se requiere y, en general, a ser más solidarios y acompañar a otra persona si nos necesita.

Estos preceptos para la vida implican también aprender a planificar el tiempo, pues el estar demasiado ocupados o libres hace que se den insatisfacciones. Un buen empleo del tiempo en actividades que nos permitan la construcción de sí mismos, mediante la exploración de habilidades y formas de proyección de la vida, es una alternativa de prevención, una forma de sentirse gestor del cambio y de potenciar nuevas competencias para afrontar la vida.

Es decir, cada persona necesita de una planificación de su vida que le permita, en el momento de tomar sus decisiones, explorar las capacidades y potencialidades que fortalezcan una autovaloración, un sentimiento de aceptación y aprecio por sí misma como actor activo en la sociedad, como un ser equilibrado. En esta apuesta tiene mucho que ver su entorno familiar y su grupo de pares, pues muchos sentimientos de minusvalía tienen como fundamento relaciones familiares fragmentadas que son afianzadas en el ámbito escolar o laboral.

### 3.1.5 Formación a la comunidad

Al final, todos estos procesos descritos para fortalecer a la institucionalidad son el insumo para, en cada localidad, formar a su comunidad en una temática tan sensible y poco tenida en cuenta en nuestros territorios como es el suicidio, procesos formativos que, además, son un aporte al desarrollo social. Se trata de visibilizar el suicidio, no de satanizarlo, sino de entenderlo como una situación de la vida humana. La comprensión y documentación de la problemática del suicidio hacen posible su manejo oportuno y adecuado. La sociedad hoy debe tener elementos para el reconocimiento de factores de riesgo y estar atenta a determinadas características propias de la conducta suicida que hacen viable su intervención.

Para esta estrategia es fundamental la buena relación de las instituciones con la comunidad y, como consecuencia, la confianza de esta con las primeras; así la comunidad recibirá de buen agrado y con provecho los procesos formativos brindados acerca de la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio. Esta interacción pública, desde nuestra experiencia investigativa, ha sido favorable a partir de la participación de líderes comunitarios que sirven de intermediarios.

### *3.1.5.1 Formación a líderes comunitarios*

Específicamente, esta estrategia de formación a líderes de la comunidad ha sido implementada desde la experiencia del trabajo público y ha permitido reconocer personas con características de liderazgo, quienes son invitadas al proceso formativo del comité de salud mental local para que en un momento dado sean apoyo en la activación de la ruta de atención. Es decir, hemos considerado pertinente que los profesionales de la localidad se acompañen de personas de la comunidad que se destacan por su cercanía con las familias, para trabajar en conjunto una temática tan sensible como es el suicidio.

En los contextos comunitarios, los líderes ayudan a tejer confianzas y prevenir dificultades de convivencia, interceden en situaciones de conflicto y procuran acompañamiento y apoyo emocional, influyendo positivamente en las relaciones y dinámicas sociales, facilitando la información y la participación desde el acercamiento de la comunidad tanto a programas estatales como a no gubernamentales que favorecen el trámite de dificultades (Wyman et al., 2010).

Por ello, recurrimos a esta modalidad de trabajo que hemos llamado liderazgo afectivo. Concretamente en esta investigación, trabajar con líderes en lo que compete a la prevención e intervención del suicidio ha cobrado un acento importante, ya que el trabajo con los líderes posibilita un acompañamiento emocional, pues con el suicidio está afectada la relación con el mundo. Es decir, las personas orientan sus acciones en función de lo que estas le significan, como efecto de la vinculación emocional que cada quien imprime a las cosas de la vida. De ahí que en el suicidio intervienen una serie de circunstancias y relaciones contextuales del tipo de representaciones afectivas de la realidad. Este aspecto es importante porque permite comprender el suicidio como una problemática que pone en evidencia cómo se presentan las interacciones en un contexto determinado y de qué forma específica los vínculos afectivos con la vida pueden tornarse disfuncionales o desadaptativos, desencadenando efectos como el acto suicida.

Entonces, trabajar las alteraciones emocionales es una parte fundamental en la atención del suicidio, pues la persona afectada no siempre tiene que padecer un trastorno mental o psicológico, pero sí está manifestando una renuncia por la vida por motivos de desesperanza o pérdida de sentido en donde la historia emocional siempre juega un papel primordial. Entender esto permite reconocer el compromiso personal de esta afectación, por lo que se requiere de la compasión de la red familiar y comunitaria con un acompañamiento permanente que le permita a la persona afectada sentir que tiene un espacio y que puede expresar sus sentimientos y validarlos con sus seres cercanos y significativos, y donde se entienda la importancia de tener un apoyo para comenzar a construir nuevos sentidos.

Por parte de quienes lideran una intervención del suicidio, es necesario hacer manifiesto tal aspecto al indagar por cómo la persona afectada suele afrontar los retos de la vida para alcanzar sus metas o qué tipo de valoraciones hace de sus circunstancias vitales, lo que siempre permite conocer la percepción de la persona sobre sí misma y su mundo, su habilidad para tramitar sus emociones y operar en su contexto desde la solidez de sus vínculos, hasta la forma de asumir sus creencias y significados de vida.

Desde esta perspectiva, se requiere de un liderazgo que se caracterice por un contenido afectivo fuerte, con vocación de acompañar y saber escuchar, consistente en imprimir fortaleza a los sobrevivientes y servir de sostén para toda la comunidad que queda tan afectada ante un evento de suicidio. Así, una de las cualidades de un líder tiene que ser la capacidad de movilizar emocionalmente a las personas de su comunidad y de la zona de influencia.

El liderazgo afectivo se origina en circunstancias caracterizadas por la participación, lo cual puede tornarlo como transformador en su acción, si se imparte el liderazgo con sensibilidad y empatía. En esta vía, un líder afectivo debe ostentar las siguientes habilidades: saber aportar a la calidad de vida de las personas desde el apoyo a sus tareas e inquietudes, saber conciliar problemáticas al interior de las familias, saber trabajar en equipo, proponerse cuando se requiere como puente mediador entre las familias y la institucionalidad.

En nuestros contextos, los líderes afectivos han desempeñado una labor de contención, pues no siempre están presentes los profesionales; los eventos críticos suelen pasar en horas extremas donde los profesionales no están laborando, pero el líder suele ser un vecino más cercano de contactar; las familias muchas veces sienten más tranquilidad en sostenerse de su líder, que de un profesional, y desde su conocimiento del entorno los líderes han servido de contacto con la institucionalidad, ayudando a las familias a facilitar trámites en los procesos de atención.

### *3.1.5.2 El apoyo al apoyo*

Tanto con los profesionales como con los líderes afectivos vale resaltar también otra estrategia implementada desde nuestra investigación, el apoyo al apoyo, para fortalecer la salud mental de quienes atienden en primera línea las afectaciones por suicidio. En todos los municipios participantes se han abierto espacios para brindar cuidado y apoyo al personal de la institucionalidad local con el fin de que se conserven en óptimas condiciones de salud mental. Esta iniciativa está dirigida a prevenir y manejar comportamientos contra la vida en los lugares de trabajo, permitiendo que cada uno de los integrantes de la institucionalidad se sienta útil y valorado como parte importante del engranaje institucional. Así, fortalecer los servicios públicos de atención integral para las comunidades es fundamental para que haya ambientes seguros y saludables a favor de la vida y para que la institucionalidad sea un factor protector.

En este sentido, es de capital importancia, si de prevención se trata, atender en cada localidad las conductas suicidas desde el trabajo en las redes de apoyo social que, en gran medida, permiten construir estrategias de afrontamiento. En síntesis, respecto al suicidio no basta con abordar a la persona individualmente, sino que es necesario intervenir su contexto, su familia, el ámbito escolar o laboral y el mismo ambiente social en que se desenvuelve; todas estas instancias, de una u otra manera, han forjado el comportamiento de cada persona y, por lo tanto, deben ser intervenidas desde una atención integral si se quiere que se transformen en factores protectores y sean generadoras de vivencias de valores que lleven a una estimación por la vida.

### **3.1.6 Lo que necesita conocer la comunidad sobre el suicidio**

Este último aparte presenta cómo desde la cualificación profesional este proceso llega a su gente desde cada localidad. Allí la institucionalidad aporta herramientas mediante el apoyo y acompañamiento a eventos de comportamiento suicida a partir de la implementación de la ruta de atención local, que es el proceder concreto que incorpora todo el proceso explicado.

#### *3.1.6.1 Reconocimiento de señales de alerta*

Las comunidades de los municipios participantes han aprendido a detectar en sus integrantes cuándo aparece un riesgo de suicidio y a saber luego hacia dónde direccionar la situación. Para que esto sea posible ha sido fundamental que la comunidad entienda que el suicidio es una problemática humana que hace parte de la vida y que en cualquier momento puede manifestarse. Si se asume con esta perspectiva, se rebajan estigmas ante su aparición y, por el contrario, se tiene más disposición de reconocer la situación y sus implicancias.

Para identificar señales de alerta es necesario vigilar, sin aprehensión, el estado de salud mental de las personas de nuestro entorno, este es un paso primordial para el acompañamiento y cuidado de los otros. La idea es observar en la persona que percibimos en riesgo, en sus actividades cotidianas, el equilibrio consigo misma, o sea, si la persona está de manera exacerbada retraída, aislada, ausente, distraída, mal humorada, resentida, inconforme, quejumbrosa, con expresiones negativas, de desesperanza sobre sí misma, la vida o el mundo, o manifestando sentimientos contradictorios y ambiguos, con problemas relacionales (de pareja, familiares, laborales o de amistad), dificultades de rendimiento en sus actividades cotidianas, demasiado impulsiva o con conductas que generan un riesgo inminente, como por ejemplo, el incremento del consumo de alcohol o de psicoactivos, los cambios en los hábitos de sueño o alimentación.



Todos estos indicadores se pueden convertir en señales de alerta de un cambio de actitud con la vida que hay que monitorear y donde la comunidad puede ser de gran apoyo; si, además, conocemos que esta persona tiene un histórico de antecedentes de comportamiento suicida, es decir, ideaciones, planes o intentos, ello inmediatamente exige la activación de la ruta de atención.

### *3.1.6.2 Funcionamiento de la ruta*

Es primordial ser eficaces y sensibles a la vez. Una ruta de atención es un patrón o guía que se propone desde la apuesta de una red institucional dispuesta para la atención integral y la prevención de una problemática psicosocial (García Peña, 2016). En el funcionamiento de una ruta de atención local, todos los actores de la municipalidad tienen que ver. Por eso, este proceso de ruta es el resultado de todo el camino recorrido por la formación municipal a los profesionales de las instituciones y la comunidad en general, representada en sus líderes afectivos, como los hemos denominado en este contexto.

Activación de la ruta de atención: la atención de una persona con riesgo suicida comienza con una estabilización o contención inicial, lo que se denomina primeros auxilios psicológicos, lo cual prepara a la persona para el proceso institucional que prosigue. Este primer momento se conoce como la activación de la ruta y necesariamente no siempre es realizado por un profesional, sino que puede hacerse por la persona cercana que conoció el evento y su posible desenlace. Por eso, en esta investigación somos insistentes en que como comunidad, todos y todas debemos estar capacitados para asumir dicha eventualidad.

Luego de esta primera contención, que ayuda a que la persona reflexione en un momento inicial sobre sus actitudes de riesgo, se puede pasar a la valoración médica, en la que el profesional de la salud es fundamental para dar una continuidad efectiva a la ruta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) y, a posteriori, a una estabilización por parte del profesional en psicología o psiquiatría, quien también evalúa el riesgo de recurrencia de la conducta y asesora sobre las alternativas de remisión y el procedimiento a seguir.

Para saber a dónde direccionar un caso es obligatorio mantener actualizado el directorio con los contactos de apoyo directo y de las instituciones competentes en brindar los servicios de atención integral en la localidad, también conocer los grupos de apoyo local que la comunidad haya conformado para el fin de contener y acompañar a las personas afectadas y sobrevivientes. Es fundamental que en la localidad esté en continua disponibilidad la ruta de atención, soportada en un directorio constantemente actualizado con los contactos que tienen la capacidad de contener estos eventos y hacer las remisiones pertinentes.

Otro aspecto primordial que configura la ruta local es que se haga difusión de la misma. Sobre la temática del suicidio hay que hablar; dialogar al respecto no incrementa el riesgo de suicidio, todo lo contrario, hablar tranquiliza, permite la toma de consciencia y pone límite a los actos que perjudican, de ahí la importancia de hacer una difusión pertinente por medios de comunicación para una apropiación popular del tema.

### *3.1.6.3 Los primeros auxilios psicológicos y la contención emocional*

En este acompañamiento inicial es importante mostrar verdadero interés en apoyar a la persona que está en crisis por suicidio, en un ambiente confidencial, lo más privado posible. Sin embargo, es importante dejarle claro a la persona que por estar en riesgo la vida, esta conversación no es totalmente confidencial, es decir, que en un momento dado habrá que hacer comunicación con otra persona de su confianza o de un profesional capacitado.

En ese primer contacto hay que afrontar el tema de una manera cautelosa pero no evasiva, manteniendo el control y encontrando las palabras precisas para hacerle saber que conocemos de su situación y le hemos observado cambios de actitud, preguntarle, más que por lo que está pensando, por lo que está sintiendo. Es recomendable comenzar indagando por lo general, para ir de a poco llegando a lo más específico, hasta la situación del posible suicidio.

Cuando hablamos de lo general es recomendable empezar preguntando por el estado de salud mental, es decir, pensamientos repetitivos, si los hay, sentimientos por la vida, por el futuro, qué le da esperanza o desesperanza, qué es lo que ve más complicado de la vida... hasta llegar a algo específico como lo que está sintiendo en este momento. Cuando llegamos a eso más específico, podemos preguntar de forma directa si la persona identifica qué lo tiene afectado o en crisis, luego si ha pensado en la muerte, qué siente de pensar no estar más en la vida, si ha planificado cómo quitarse la vida, qué siente ante su posible decisión acerca de las personas que ama, qué siente de cómo ellas quedarían a posteriori y, por último, siempre hay que preguntar si cree que su situación actual pudiera mejorar y qué opciones posibles ve.

Esta conversación inicial exige de una escucha activa sin ningún tipo de juicios de valor. Es necesario reiterar que toda amenaza de suicidio es un asunto de importancia, no hay que minimizarla jamás, ni prejuizar o culpabilizar, tampoco enaltecer el valor por la vida desde prejuicios personales o religiosos de quien está intentando contener. Más bien de lo que se trata es de identificar la cosmovisión y posibles creencias de la persona que está en crisis. No hay que mostrar angustia a la persona en crisis, todo lo contrario, mostrar calma ayuda a tranquilizar y a que la persona empiece a confiar en que hay un genuino interés de acompañamiento y apoyo.

Como venimos exponiendo, luego de esta contención inicial es necesario remitir a los servicios profesionales. Esto requiere ser informado con claridad a la persona y asegurar que en la localidad haya disponibilidad para la atención. Así mismo, complementar con el conocimiento sobre las líneas telefónicas o páginas web de apoyo, o la línea de emergencias si la situación llegara a desbordarse. Si la crisis es aguda, exige ser tratada como una urgencia, y por tanto la persona debe ser llevada a unas urgencias médicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Igualmente, es fundamental brindar acompañamiento hasta estar seguros de que la persona se derivó y fue acogida por la institucionalidad para iniciar un proceso de atención integral con su debido seguimiento.

### *3.1.6.4 Y del seguimiento*

Es de utilidad que cuando ocurre un suicidio o un intento de suicidio en la comunidad, como una forma de apoyo social se realicen encuentros donde se pueda socializar de una forma catártica todo lo relacionado con el evento. Es importante que no se presenten señalamientos a la persona afectada, ni a su núcleo familiar; este encuentro permite cohesionar al grupo comunitario que puede resentirse ante tal acontecimiento. Es recomendable que este encuentro se haga posteriormente a una contención para la familia (ver capítulo 2) y que esta sea consultada sobre si acepta o no participar del encuentro comunitario.

Con nuestra experiencia ha sido satisfactorio que estos encuentros de la comunidad sean moderados por los líderes afectivos y, si es necesario, por un profesional de apoyo. Los encuentros comunitarios pueden tener varios propósitos, tales como fortalecer los lazos de convivencia comunitaria mediante el desahogo y la catarsis por las afectaciones resultantes del evento, generar un ambiente de intercambio e interacción desde un encuentro honesto de confianza y confidencialidad que haga posible afrontar rumores que afectan la memoria del occiso (en caso de haberse consumado el suicidio) y el bienestar de su familia, posibilitar un acercamiento formativo a la temática del suicidio y ofrecer desde la institucionalidad los servicios profesionales a quienes lo requieran.

Con acciones integrales y humanizadas las comunidades sobrevivientes del suicidio pueden sentirse acompañadas durante el evento y posteriormente en el seguimiento, lo cual hace posible que adquieran elementos para conformarse como red de apoyo de una manera autónoma: “Se necesita de una red de intervención, que acompañe con la atención y la psicoeducación oportunas para comprender lo que pasa a alguien cercano afectado por este asunto y poder así encontrar resolución” (García Peña et al., 2020, p. 131).

La red social es una forma eficaz de activar una atención integral, de tal manera se fortalecen los lazos o vínculos comunitarios para un bien común (Michelmore & Hindley, 2012). Formar a unos para acompañar a otros es multiplicar el conocimiento y construir redes de apoyo que permitan un acompañamiento continuado en presencia y ausencia de la institucionalidad, así, con confianza se activa la ruta de atención y entre pares se contiene la crisis.

## 3.2 Grupos de apoyo. Una estrategia para la posvención con sobrevivientes del suicidio

*Un punto de apoyo para sobrevivir a lo inexplicable*

### 3.2.1 El valor de los grupos de apoyo o de ayuda mutua para sobrevivientes del suicidio

En principio, es importante definir el término sobrevivientes del suicidio, que valga decir es el término que acogemos en este libro. Al respecto, afirma Blanco (2020) que existen dos formas de concebir el término sobreviviente o superviviente, como también lo denomina, en lo que se relaciona con el suicidio: la primera se refiere a las personas que han sobrevivido a sus tentativas propias de suicidio, la segunda a las personas que han perdido a un familiar o ser amado por causa de un suicidio. Ambos grupos se denominan sobrevivientes, pero sus características, necesidades y problemáticas pueden variar.

El Ministerio de Educación Pública de Costa Rica (2018) acentúa que sobrevivientes son:

Todas aquellas personas cercanas, con un vínculo afectivo hacia la persona suicida; familia, amistades, personas compañeras, docentes y allegadas. En este mismo sentido, podríamos llamarles también “dolientes” o “persona afectada”, ya que, por el dolor de lo vivido, podrían estar conmocionadas en ese momento particular o en otro. (p. 21).

La Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y de Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (2019), en su *Guía para familiares en duelo por suicidio* habla de acompañar y hacer seguimiento a los sobrevivientes, cobrando allí particular sentido el concepto de posvención. Según Chavez-Hernández y Leenaars (2010), se refiere a un concepto acuñado en 1971 por Shneidman para referirse al apoyo que precisa una persona que intentó suicidarse, así como sus familiares o allegados, y las personas cercanas, familia y amigos, de quien alcanzó el suicidio.

Dicho con otras palabras, la posvención busca aliviar los daños generados en un contexto tras un suicidio, mediante un apoyo consuetudinario que se puede prestar desde lo institucional o lo comunitario. La posvención, desde la implementación de los grupos de apoyo en nuestra investigación, ha buscado asumir dos frentes: el primero, que se construya como grupo un apoyo social y emocional, el segundo, que estos grupos sean un espacio para impartir estrategias de psicoeducación, sobre todo en lo relacionado con la prevención del comportamiento suicida, con el objetivo de evitar otros casos posibles en ese contexto.

Así, la posvención ayuda a responder esas preguntas que nos hacemos cuando ocurre un suicidio, tales como: ¿después del suicidio qué?, ¿cómo quedan los sobrevivientes?, ¿cómo sigue la vida?... Inquietudes que es cada vez más frecuente tener en consideración en nuestros contextos vitales, pues un suicidio, como nos confirma el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2018), deja en promedio 140 personas afectadas en su entorno.

Las estadísticas de suicidio en el mundo, según este Ministerio, dan cuenta de que cada año se suicidan 800 mil personas de todas las edades en el mundo, por lo que nuestros contextos están cada día muy afectados por este flagelo.

En el año 2020, derivado de las consecuencias psicosociales por el manejo de la pandemia por covid-19, se incrementaron los trastornos de salud mental hasta el punto de considerarse como una pandemia paralela, precipitante de factores de riesgo que conllevan, entre otras dificultades psicológicas, la muerte por suicidio; la desesperanza, las pérdidas de personas amadas, las noticias de muertes y tragedias personales de otros lejanos, sumado al déficit económico producto del confinamiento obligatorio, causó enormes cifras de estrés, trastornos de ansiedad generalizada y sentimientos de desesperanza y vacío por la incertidumbre de toda la situación acaecida.

A todo esto, se sumaron las cotidianas limitaciones y falta de libertades sociales, la imposición de nuevas reglas de comportamiento que obligaron a quedarse en casa y trabajar desde allí con el mismo rendimiento, en muchos casos, más del que la institucionalidad pudiera haber previsto. Se acrecentaron las problemáticas en relación con los hogares disfuncionales que, en

vez de ser factores protectores, surgieron como factores de riesgo por las dinámicas de vulneración, tales como violencia física, emocional y sexual, encontrándose la población, en gran parte, con una inmensa soledad que evidenció la ausencia de red de apoyo económico, socioafectivo y hasta familiar (Cazares, 2021).

La cuestión es que se han incrementado los factores de riesgo, biológicos, económicos, sociales, emocionales, donde el suicidio se presenta como posibilidad. Situación general de malestar que requiere de apoyo y acompañamiento, por ser una emergencia que ha afectado los vínculos, el lazo social. De ahí que, en concordancia con Bravo Andrade et al. (2018) y González Sábado et al. (2016), cuando la situación se vuelve extrema, como el suicidio de un familiar o de una persona cercana, no es nunca una opción el aislamiento. La soledad no puede ser la conducta de afrontamiento, por el contrario, es ahí donde requerimos del grupo de apoyo.

Ante la estigmatización, el aislamiento social y el autoestigma, es importante reconocer la importancia del apoyo social; en esta vía, Alegre Martí (2018) afirma que el suicidio “va asociado a barreras continuas que se dan en muchos ámbitos provocando de esta manera que se ralentice el desarrollo de servicios comunitarios y la integración en la sociedad de las personas afectadas” (p. 6).

Aunque el tema del apoyo social ha sido estudiado desde distintas disciplinas sociales y relacionadas con la salud, no hay un consenso en cuanto su definición, más bien existe una multiplicidad de conceptos que se agrupan bajo el término “apoyo social” y se entiende como la participación en asociaciones comunitarias, proporcionar un objeto, demostrar cariño, ser atento y empático con los demás, estar casado o en sociedad conyugal, entre otras definiciones posibles. Como afirman Gracia y Herrero (2006), se trata de un concepto complejo que incluye tanto aspectos estructurales como funcionales, emocionales y cognitivos, y de diversos niveles de análisis; en la misma línea, Barrón López de Roda y Sánchez Moreno (2021) conceptualizan el apoyo social como un término multidimensional con suministros instrumentales o expresivos, reales y percibidos, aportados por los amigos, la comunidad en general y las redes sociales.

Lo cierto es que el apoyo social y la conformación de grupos de apoyo para la atención de la salud mental y, en especial, para la posvención de los sobrevivientes del suicidio se vuelve una estrategia fundamental en el proceso de rehabilitación emocional y psicológica tan necesaria para la comprensión y afrontamiento del suicidio.

### 3.2.2 Epidemiológicamente cómo va el suicidio

Para poder contextualizar los grupos de apoyo para sobrevivientes del suicidio es importante, en aras de su pertinencia, pasar a reconocer algunas cifras con respecto al fenómeno del suicidio hoy, de lo macro a lo micro, es decir, reseñando algunos datos en nuestro continente, pero enfatizando en el departamento de Antioquia que es el epicentro de nuestra investigación.

En esta vía, según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2018b), en nuestra región hay “en general proporciones mayores de suicidio en tres conglomerados subregionales: Suriname, Guyana y Trinidad y Tobago; Uruguay, Chile y Argentina; y Canadá y Estados Unidos” (p. 34). Pero de manera puntual, en nuestro Departamento de Antioquia, según los datos de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2020), se presentaron un total de 470 casos de suicidio durante 2019. Por subregión y municipios de ocurrencia, los eventos fueron así: Magdalena Medio (7), Bajo Cauca (10), Urabá (26), Nordeste (13), Occidente (17), Norte (20), Oriente (57), Suroeste (19), Valle de Aburrá (301). Este informe de la Gobernación de Antioquia da cuenta de que los casos reportados por suicidio en el Departamento presentaron un aumento: pasaron de 434 en 2018 a 470 en 2019.

### 3.2.3 Sobre la técnica de los grupos de apoyo

Es en este contexto donde tenemos que enmarcar los grupos de apoyo como estrategia de prevención terciaria; estos son un conjunto de personas reunidas con cierta periodicidad de forma voluntaria y con un objetivo que las convoca: acompañarse en un tránsito difícil de la vida. Así las cosas, los grupos de apoyo permiten una interacción social y son conformados por personas que estuvieron o están atravesando por una situación en común. El Ministerio de Salud y Protección Social (2018) plantea que su propósito es brindar formas de afrontamiento como red de apoyo, mejorando la adherencia a un proceso de vida o tratamiento profesional para permitir la rehabilitación de una problemática específica en una comunidad que asiste y propone que estos grupos sean “convocados por un profesional con el fin de crear un ambiente acogedor donde gestionar los recursos de los miembros para afrontar la situación de cambio conflictiva o amenazante” (p. 58).

En Colombia, los grupos de apoyo pueden ser establecidos por una entidad territorial de salud como parte de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) que hacen parte de la educación grupal en salud, lo que en esta investigación denominamos psicoeducación. Los grupos de apoyo se caracterizan por ser un espacio de

conversación focalizada en una temática elegida por un profesional moderador, o por la participación de sus integrantes, cuando ya se lleva un proceso de encuentros continuos y la dinámica grupal se ha establecido hasta el punto de tejer confianzas que permiten una secuencia temática desde el mismo grupo. Generalmente, la sesión grupal tiene una duración promedio de 120 minutos, con un máximo de 30 participantes.

Campos Faria et al. (2018) plantean el concepto de *holding*, propuesto por Winnicott, el psicólogo dinámico alemán; este concepto compone un aspecto importante dentro de la dinámica de los grupos de apoyo, pues estos, como se ha venido exponiendo, justamente buscan generar un apoyo entre sus miembros, posibilitando la emergencia de situaciones beneficiosas entre el grupo que ayuden a tramitar las dificultades compartidas que convocan la conformación del grupo. Dicho apoyo se convierte en un soporte intersubjetivo debido a que en el intercambio grupal se proporciona reciprocidad afectiva, cuidado mutuo y sentimiento de cohesión.

Los procesos personales, como un duelo en el caso de sobrevivientes de suicidio, requieren de un continuo acompañamiento, estar cerca de ese otro o de esos otros que están sufriendo; y aunque el dolor por una pérdida significativa no se supera de inmediato, el apoyo del grupo sí permite comenzar a tramitar la situación porque se van fortaleciendo nuevos vínculos que ayudan a comprender e incluso a superar lo que el vínculo de la pérdida significaba. Así, los grupos de apoyo se vuelven un factor protector para quienes asisten a ellos.

Melguizo-Garín et al. (2020) destacan como factor de eficacia de los grupos de apoyo el hecho de que aportan a la calidad de vida de los participantes y de sus familias a partir del apoyo social que hace posible la expresión emocional y su consecuente bienestar psicológico. Esto porque un grupo de apoyo se enmarca en un contexto en el que la persona que participa se siente escuchada, tenida en cuenta, reconocida y comprendida en su situación particular, sin perjuicio de ser juzgada o incomprendida por los otros participantes que están viviendo y compartiendo sus propias vivencias, muchas veces muy similares. Estos encuentros participativos facilitan la percepción de apoyo y la expresión emocional, contribuyendo a mejorar el dolor subjetivo.

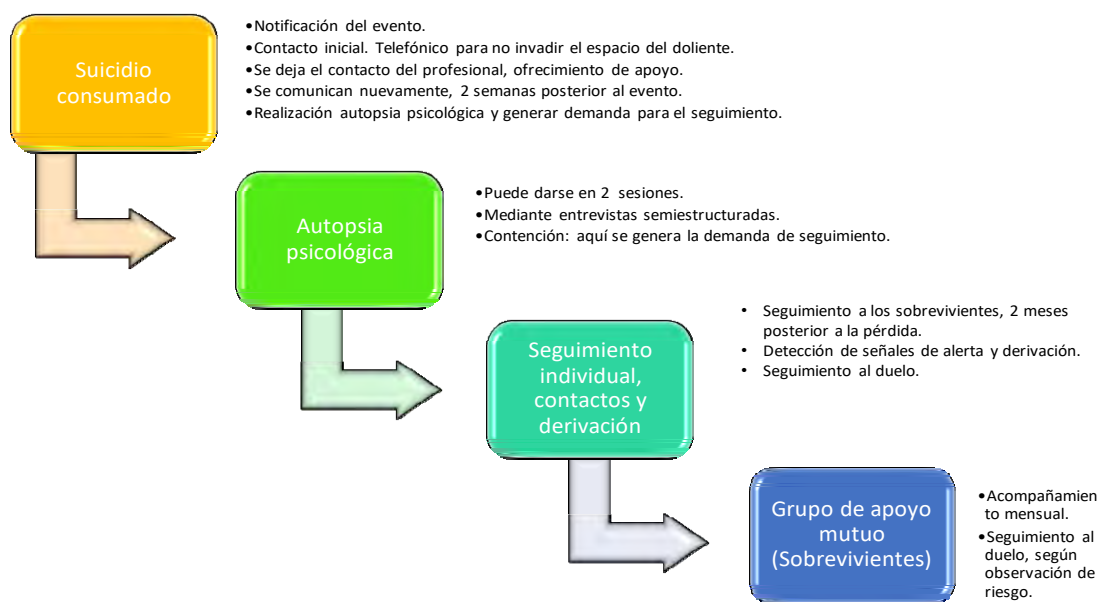
Los grupos de apoyo o de ayuda mutua son una forma valiosa para que los sobrevivientes se conecten con otros sobrevivientes. Hay una amplia variedad de opciones tecnológicas para conectar a los sobrevivientes, por ejemplo, como lo propone Pedroza Zúñiga (2020), se pueden conformar grupos de apoyo orientados por personas que han sobrevivido a la muerte de un ser amado, o en una comunidad se pueden reunir los sobrevivientes de suicidio a la luz de encuentros temáticos que les permitan reconocer y tratar el impacto del suicidio en personas allegadas, entre otros temas posibles que como comunidad les mantenga cohesionados para, inclusive, comenzar a gestionar recursos propios de su localidad.



### 3.2.4 Implementación de los grupos de apoyo en el contexto de la investigación

Desde nuestra investigación, los resultados se generan a partir del siguiente proceso de activación de los grupos de apoyo para sobrevivientes. La siguiente figura hace referencia a una ruta de atención que se ha efectuado en los municipios participantes:

Figura 1. Ruta de atención para la conformación de grupos de apoyo



Este proceso que describe la imagen anterior se propone de forma no lineal así:

Luego de la ocurrencia del evento, se realizan las respectivas notificaciones en el sistema de vigilancia en salud o en los de justicia o protección y, a la par, generalmente en el contexto, se identifican los sobrevivientes, a quienes se les contacta para iniciar un proceso de atención integral y seguimiento del caso.

El profesional se pone a disposición. Es importante tener presente no ser invasivo, reconociendo y respetando el dolor extremo y los requerimientos de privacidad que en ese primer momento la persona pueda tener; no obstante, es trascendental hacerle saber que desde la institucionalidad se está pendiente y atento ante cualquier necesidad que tenga. Dos semanas después se considera prudente volver a comunicarse con la persona, si no se ha reportado, para ofrecerle el grupo de apoyo.

Para dar inicio al seguimiento y hacer parte del grupo de apoyo, se realiza la autopsia psicológica –procedimiento utilizado en esta investigación– que consiste en una entrevista semiestructurada a la familia o cercanos de la persona que cometió suicidio, eventualmente también puede contemplarse la revisión de escritos del presunto suicida, si los hubiera dejado; la entrevista puede contener varias sesiones, de manera que permita conocer acerca del estado mental del occiso y sobre su dinámica familiar y contextual para, a partir de ello, hacer una reconstrucción de los últimos hechos cotidianos en su vida personal. La autopsia psicológica ayuda, además, a establecer si la muerte se produjo por voluntad propia o no (Constanza Cañón et al., 2016).

A partir de la autopsia psicológica se establecen los encuentros iniciales con el nuevo integrante del grupo de apoyo, allí, además, se recopilan los datos epidemiológicos del evento para entregar un reporte fidedigno al sistema de vigilancia en salud y al de justicia, y se inicia el conocimiento del sobreviviente como parte activa del grupo, comenzando por un proceso de contención de acuerdo con su particularidad.

Al respecto, en nuestra investigación se ha utilizado el principio de los primeros auxilios psicológicos (PAP); se trata de una intervención psicológica de emergencia adoptada por la Cruz Roja Internacional desde finales del siglo pasado (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Medialuna Roja, 2003) referida a un acompañamiento inicial de contención emocional ante una situación de crisis, cuyo propósito es restaurar el equilibrio psicológico afectado por un evento traumático.

Valencia Puentes y Trejos García (2013) argumentan que los PAP son un tipo de respuesta humanitaria de apoyo a otra persona que está inmersa en un sufrimiento por alguna alteración emocional producto de un evento potencialmente traumático sea por desastres naturales o por problemáticas de tipo social, económico o afectivo.

El propósito de la intervención psicológica de emergencia, en coherencia con Palacios Hernández y Tellez Alanis (2017), debe concentrarse en atender las afectaciones emocionales consecuencia de la experiencia traumática, que permita restituir los recursos personales, emocionales y cognitivos ante la crisis, como los que tienen que ver con: identificación in situ de la situación, valoración del riesgo, autocuidado, toma de decisiones, seguridad personal y familiar, prevención de reacciones psicológicas adversas que debilitan la salud mental, entre otros. Por todo esto es que se vuelve indispensable, como paso a seguir luego de esta contención y proyección de trabajo inicial, plantear la conformación de los grupos de apoyo para, así, fortalecer la respuesta de las diferentes urgencias psicológicas que se pueden desencadenar a consecuencia de un evento suicida.

Así las cosas, luego del acompañamiento en el marco de los PAP, se da comienzo al seguimiento a partir de la convocatoria de esta persona sobreviviente a las sesiones de grupo de apoyo, con el propósito de que adquiera, vía la psicoeducación grupal, herramientas personales para la comprensión y el manejo del duelo por la pérdida ante un suicidio. Si un caso específico, por sus características subjetivas, requiere de un acompañamiento psicoterapéutico de manera individual, se debe tener contacto con profesionales en psicología clínica en la localidad para su remisión.

### **3.2.5 La logística propuesta para los grupos de apoyo**

La conformación de estos grupos es voluntaria, los sobrevivientes libremente deciden participar en ellos luego de haber sido invitados, aunque desde la institucionalidad sí hay un mandato de seguimiento y control a los eventos en salud. La Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia dicta disposiciones referentes a la gestión de la salud pública, instaurando directrices para la implementación, seguimiento y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), para asignar en cada localidad presupuesto anual, para las acciones sociales con enfoque diferencial. Por tanto, desde esta directriz, la institucionalidad puede asumir el encargo de tener la disponibilidad para los grupos de apoyo, enmarcados en las acciones del PIC, como parte del conjunto de intervenciones grupales para la prevención, atención y seguimiento de las problemáticas en salud pública en Colombia, las cuales abarcan el consumo de SPA, la prevención de la violencia intrafamiliar (VIF), el embarazo adolescente, la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y también el suicidio.

Retomando los grupos de apoyo para sobrevivientes del suicidio, si bien no se puede obligar a la persona a su participación, si es necesario, y como parte de la atención en salud pública, garantizar estos espacios de apoyo. Hay un principio importante a tener presente: un grupo de apoyo es efectivo en su propósito si cada integrante lo conforma desde su propio deseo e intención de superar su problemática de manera libre y sin coacción.

En cuanto a la duración de los encuentros, estos son de una hora en promedio, en la que se dispone de un momento para el encuadre, un momento para la psicoeducación y un momento final para hacer devoluciones por parte del profesional o líder moderador, así como reflexiones conjuntas de los participantes sobre lo trabajado y programación del siguiente encuentro. En toda la sesión, la palabra es la invitada principal, entendida como posibilidad de expresar los afectos que acompañan a los participantes. Este dispositivo metodológico puede acoger hasta

30 personas por grupo y puede ofrecerse tanto de manera presencial como virtual, mediante un encuentro sincrónico. Se sugiere que cada grupo tenga un proceso continuo de 12 sesiones en el año.

Los grupos de apoyo, entonces, se proponen para realizarse por lo menos una vez al mes, con la finalidad de abordar temas asociados al conocimiento del proceso del duelo y del comportamiento suicida. Como ya se mencionó, cada sesión o encuentro de grupo de apoyo debe comenzar siempre con un encuadre de trabajo. Este concepto de encuadre se refiere a ese primer momento de la reunión grupal en el que se hace explícito con los participantes la disposición conjunta para sus aportaciones recíprocas, así como las normas de acción. En el encuadre se promueve la confidencialidad y el respeto por las expresiones y emociones de cada uno de los integrantes. El encuadre propicia un ambiente de confianza en el que se garantizan con tranquilidad las disposiciones éticas propias de toda intervención (García Peña & Villota Araujo, 2019).

Ospina Velasco (2003) indica que el encuadre en los grupos de apoyo invita al uso de la palabra para articular al discurso sus afectos en el marco del duelo. En los grupos de apoyo para sobrevivientes del suicidio no se recomienda reconstruir la escena suicida, tampoco se habla del método usado en un caso específico, en lo posible no se mencionan casos particulares; se habla de la situación en general y se construyen en conjunto alternativas de comprensión y análisis de la problemática.

Sobre su dinámica específica de implementación, se reitera que cada grupo de apoyo es un espacio de conversación y diálogo focalizado en las temáticas acordadas en el mismo grupo; si bien se promueve la palabra, es importante entender que es frecuente que se presenten espacios de silencio, los cuales pueden entenderse como defensas o como momentos de reflexión e introspección. De acuerdo con su valoración, se intervienen dichos silencios, pues muchas veces un silencio puede ser una forma de expresar dolor, desconcierto, inconformidad, pero también abstracción, meditación, repaso de lo dialogado; por eso, se trata de analizar el silencio, no forzarlo a que se tapone con palabras. La palabra siempre es una forma de tramitar las situaciones, pero en su momento justo. Sin embargo, en ocasiones ocurre que la reciprocidad discursiva sea mínima; cuando esto se presenta, el profesional que acompaña tiene que motivar la dinámica, aprendiendo también a tolerar la frustración, porque no siempre las situaciones humanas se presentan como se programan y lo cierto es que no funcionan si se fuerzan. El mejor indicador de que el proceso grupal está funcionando es la adherencia, es decir, que el grupo a pesar de sus posibles altibajos continúe asistiendo a cada sesión programada.

Es fundamental tener presente que en un grupo de apoyo con sobrevivientes del suicidio, los profesionales o líderes formados en la posvención tienen por función primordial, además de acompañar y saber contener la dinámica grupal, hacer un abordaje desde la psicoeducación, en

lo que implica estar atravesando situaciones alrededor de un suicidio. Es de resaltar que, si bien es un espacio en el que circulan y se comparten emociones, estas se tienen que direccionar en beneficio del proceso formativo para su consecuente evolución del duelo y no en el marco de una intervención clínica, pues ese no es el objetivo de este dispositivo.

### 3.2.6 Sobre la psicoeducación en los grupos de apoyo

Como se planteó en el capítulo anterior, la psicoeducación se propone en esta investigación como un proceso educativo continuo donde se forma a las comunidades en una temática específica, en nuestro caso, lo referente al comportamiento suicida y su posvención, es decir, la elaboración de las etapas del duelo que le implican. Los temas de formación grupal se eligen teniendo en cuenta el principio de flexibilidad, en consenso para cada sesión mensual, entre el equipo profesional y los participantes, con base en las necesidades específicas y emergentes de estos últimos.

La psicoeducación en un grupo de apoyo se puede realizar mediante el uso de la palabra y de técnicas lúdicas, artísticas y simbólicas que faciliten la expresión de los participantes. Estas técnicas expresivas y narrativas, entre otras como el fotolenguaje, el mural de situaciones, la colcha de retazos, la telaraña, el zoom, el árbol de problemas, la cartografía, la silueta, la auto observación, posibilitan que el sobreviviente participante del grupo de apoyo fortalezca su cohesión al grupo y que haga mayor observancia de su proceso personal y, por tanto, prevenga situaciones de duelo complicado. Así, cada participante se convierte en sujeto activo de su proceso de pérdida.

Como se viene exponiendo, este dispositivo metodológico, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018), se fortalece desde el acompañamiento de personal profesional en salud mental, o personal psicosocial, que conforma la institucionalidad en cada municipio. De ahí, como se hizo manifiesto en el capítulo anterior, estos tienen que estar cualificados en las temáticas que en un momento dado conforman la psicoeducación del proceso grupal para aportar en el entendimiento del proceso de duelo y afectación emocional subsecuentes a un suicidio.

Entre las temáticas que desde este estudio se ofrecen como proceso de grupo de apoyo a los municipios participantes están: 1. Comprender el suicidio como una problemática multifactorial que afecta múltiples facetas de la vida de una persona, su familia y su comunidad; 2. Entender que el suicidio es una decisión personal que explica a posteriori la situación de vida de quien lo ejecuta, pero que no es culpa de nadie, sino que se presenta como una circunstancia específica; 3. Trabajar las señales de alerta de un posible caso de suicidio; 4. Reconocer las diferentes etapas del proceso de duelo por una pérdida significativa; 5. Conocer la importancia de la prevención

del suicidio; 6. Abordar el efecto Werther o el fenómeno de la imitación del suicidio en otros familiares o allegados que puedan presentar riesgo; 7. Trabajar acerca de la reconstrucción de la identidad personal y grupal desde el reconocimiento de los vínculos afectivos; entre otras posibles temáticas acordadas según la especificidad de un grupo.

### **3.2.7 ¿Cómo acompañar a los sobrevivientes?**

Lo expuesto hasta este momento se propone como un referente para la contención y comprensión en la posvención del suicidio, partiendo del principio de que, sobre este tema, como en todos los temas humanos, no hay fórmulas generales ni protocolos universales, sino que se plantea como una guía necesaria para contextualizar cada situación específica. Para ello, es necesario reconocer el territorio donde ocurre el evento, la disponibilidad de recursos institucionales, la situación particular de las personas que hacen parte del grupo, sus condiciones personales y su contexto, para con cada situación grupal programar e impartir la psicoeducación.

Los grupos de apoyo hacen posible un acompañamiento a las personas en momentos críticos, cuando no se entiende lo sucedido y se está sobrecogido por el dolor de la pérdida de un ser querido, en muchos casos de forma inexplicable. También desde el sistema de salud y protección social, los grupos de apoyo subsanan las falencias en la atención y aportan desde la psicoeducación una atención más integral y oportuna –lo cual implanta un equilibrio en el sistema familiar, permitiendo ajustes en sus funciones y roles luego del evento traumático, reorganizando su estructura, ya que el suicidio siempre interroga la funcionalidad de un grupo familiar, lo que acrecienta el conflicto que implica la elaboración un duelo–.

En síntesis, los grupos de apoyo se proponen como un aliado para afrontar los efectos adversos desencadenados en las familias, la comunidad y la sociedad en general tras un caso de suicidio, ya que abren espacios para que en cada contexto se pueda hablar de manera franca sobre la multiplicidad de causales y efectos que conlleva esta problemática. Hablar de asuntos sensibles, que en la mayoría de los casos son tabú, como tener la posibilidad de exponer con otros pares las dificultades referentes a los trastornos mentales, las enfermedades crónicas, el consumo de sustancias psicoactivas, las distintas formas de la violencia, las inequidades y exclusiones sociales, las rupturas emocionales, las quiebras financieras y otras problemáticas posibles que puedan asumirse como tensiones de la vida y que en un momento dado pudieron ser los precipitantes para que su familiar llegara al suicidio, pudiendo, tras estos espacios de catarsis, comprender la decisión del suicida, pero igualmente, en el aquí y el ahora, llegar a entenderse a sí mismos, desde la dinámica compleja que abarca el contexto de un suicidio, como sobrevivientes.

Por todo esto, se vuelve imperante la necesidad de conformar grupos de apoyo que contribuyan al fortalecimiento de los procesos de duelo relacionados con la pérdida por suicidio de un ser amado.

Entender los grupos de apoyo como espacios de afrontamiento varía en función de los recursos que cada persona y grupo posean. En la vivencia grupal, como lo expresa Ruiz Maza (2019), las relaciones establecidas dentro del grupo familiar son un factor recurrente, aspecto que cobra gran importancia en el tratamiento de personas afectadas por el suicidio. Es por ello que la conformación y sostenibilidad de los grupos de apoyo en salud mental son fundamentales para fortalecer a las familias dentro de una comunidad respecto del afrontamiento de situaciones impostergables que estén afectando su salud mental y bienestar integral de manera significativa (Mejía, 2016; Cazares Sánchez, 2021).

### 3.2.8 Aportes de los participantes

A continuación, bajo la forma de resultados se presentan algunos aportes vivenciales de los participantes en los grupos de apoyo implementados desde nuestra investigación, efectuada en Antioquia, Colombia. Es de resaltar que, desde el acompañamiento y asistencia técnica a la municipalidad, desde la secretaría de salud local, se convoca a los grupos de apoyo a partir de los referentes expuestos por las estadísticas que allí reposan de personas sobrevivientes. En estos grupos de apoyo la consigna es el uso de la palabra de forma abierta sobre las diversas situaciones de vida que abocan la exposición al suicidio. Estos grupos de apoyo han estado conformados por un total de 106 integrantes, así:

Tabla 1. *Caracterización de los participantes*

Participantes	Número	Convenciones (utilizadas en los resultados)
Sobrevivientes de suicidio de un familiar	41	(Ss)
Cuidadores de personas con riesgo de suicidio	33	(Cr)
Cuidadores que han manifestado riesgo de suicidio	17	(Cs)
Personas con intento de suicidio	15	(Ps)

Estas participaciones se exponen desde tres categorías reiteradas que se convierten de alguna forma en el derrotero de los encuentros. La primera, sobre las emociones con el suicidio y el hacer parte de un grupo de apoyo; la segunda, respecto a la culpa; y la tercera, acerca de la elaboración del duelo por la pérdida.

Iniciando con las emociones por el suicidio y el hacer parte de un grupo de apoyo, se destacan los siguientes aportes:

“Participar de este grupo de apoyo me reconforta, me hace sentir que no estoy sola” (Ss, mujer 46 años, comunicación personal). “Yo he sido fuerte, desde recién que murió mi hijo estoy en el grupo y eso me ha permitido ver que hay madres que no logran superar el dolor, lo que me sirve de espejo para no dejarme doblegar” (Ss, mujer 47 años, comunicación personal).

Cuando uno se deja acompañar de un grupo, tanto por parte de los doctores como de los mismos compañeros que han vivido la misma pérdida, se hace más llevadera esta tragedia. Mis hijas y yo encontramos respuestas a nuestro dolor cuando venimos al grupo y hasta entendemos porque él tomó esa decisión. (Ss, mujer 54 años, comunicación personal)

En las sesiones de grupo se presentan asuntos complejos que ponen a prueba las emociones de los participantes, tal como en el caso de esta participación:

Tener en la casa a una persona que tiene la convicción de no querer vivir es muy duro, duro y complicado, pero uno intenta apoyarlos hasta donde alcanza porque los ama, y así uno quede atrapado en eso tan difícil, uno se tiene que sobreponer, aunque hay momentos que uno siente irse al abismo junto con ellos. (Cr, mujer 49 años, comunicación personal)

Es evidente con este aporte cómo la familia y las personas allegadas, que en un momento dado se comprometen al cuidado, son altamente afectados y vulnerados psicológicamente en este proceso de acompañamiento. Al respecto:

Un familiar siempre, absolutamente siempre, queda involucrado subjetivamente tras un suicidio, sea por exceso o por defecto, siempre aparecen acusaciones por omisiones, sea en los cuidados, en el afecto, en los tratos, no sé, uno siempre queda en el ojo del huracán. (Ss, hombre 43 años, comunicación personal)

Esta participación pone en evidencia el estigma social y la culpabilización implícita que el evento acarrea.

Pero otros participantes, en retrospectiva, han elaborado otras miradas; por ejemplo, este aporte: “El apoyo a la familia y al entorno inmediato de las personas que han fallecido por suicidio es muy importante, eso lo reconforta a uno en lo más íntimo, por eso quienes hemos pasado por ahí podemos, porque sabemos cómo, brindar apoyo” (Ss, mujer 41 años, comunicación personal).



En esta misma vía:

Si él hubiera recurrido a mí sin vergüenza, o a alguien de confianza con quien hubiera podido compartir lo que le estaba ocurriendo, si se hubiera dejado ayudar, nuestra historia fuera otra. Lo que le ocurría seguro tenía solución, era algo temporal, pero mire, el suicidio sí fue definitivo. (Ss, mujer 53 años, comunicación personal)

Las personas sienten que con la experiencia de la participación en el grupo de apoyo adquieren herramientas para asumir esta compleja situación. Pero, asimismo, aprenden a pedir ayuda, como lo muestra este participante: “Buscar ayuda profesional, un acompañamiento psicológico, es un buen punto de partida para la recuperación y amor a la vida, en mi caso fue el punto de inflexión” (Cs, mujer 37 años, comunicación personal).

Otro aporte: “No hay que creer que es fortaleza ocultar las emociones, yo he aprendido que es más valiente el que es sensible y sabe expresar sus emociones. La expresión de esos sentimientos es una gran estrategia de autocuidado” (Ss, hombre 39 años, comunicación personal).

Sin embargo, el proceso es arduo y evidencia un circuito de idas y regresos, casi nunca lineales. En este sentido:

Uno se llena de porqués que son pura culpa y pesan mucho, deshacerse de eso es complicado: que por qué no lo ayudé, por qué no me di cuenta, por qué no le busqué ayuda a tiempo, por qué lo hizo, y así al infinito, hasta llegar uno a sentirse tal vez peor que él mismo. Hay cosas sin respuesta y motivos que nunca se entenderán. (Cs, mujer 46 años, comunicación personal)

### Sobre los sentimientos de culpabilidad

Esta es la segunda categoría para presentar como hallazgo importante; la misma se expresa en este aporte:

Uno lo intenta y lo intenta. Hoy creo que es la culpa la que le pone a uno control. Uno se siente culpable por desagradecido, por intentar quitarse la vida, por no valorar lo que hacen por uno, porque es responsable del sufrimiento de la familia, mejor dicho, uno ya dice, mejor paremos acá. (Ps, hombre 27 años, comunicación personal)

### O este testimonio desde la otra perspectiva:

Para mí la culpa se acrecienta en tanto uno se sienta más responsable de que esa vida dependía de uno, o también de la fuerza de la relación que esa persona que se suicidó tuviera con uno. Yo, oyendo a la gente en este grupo, he pensado eso y creo que por ahí va el asunto. (Ss, mujer 52 años, comunicación personal)

Este aporte natural de un participante es bien ilustrativo de la experiencia adquirida por la exposición al suicidio y su posterior análisis reflexivo, que efectivamente pone de manifiesto gran parte del sentir de los participantes:

Lo que me atormenta y me hace sentir tan mal es pensar todo el tiempo que no hice nada, que no la ayude. Para mí lo peor es releer esa nota que nos dejó, me evidencia que todo falló en nuestra familia. (Cs, hombre 41 años, comunicación personal)

O este otro testimonio:

Yo siento, desde que eso pasó, que mi relación con los otros hijos no es la misma, me volví controladora, temerosa, me parece que no hago bien las cosas. Cómo un miedo que nos vuelva a ocurrir, porque como madre no lo he hecho bien. (Ss, mujer 53 años, comunicación personal)

Este aporte muestra una distorsión en los vínculos relacionales como consecuencia del trauma por el suicidio, situaciones estas que definitivamente dificultan y hacen particular la elaboración de un duelo por suicidio.

Sobre la elaboración del duelo por la pérdida.

Esta última categoría refleja los sentires acerca de las particulares dificultades que se viven en la elaboración de un duelo por suicidio. La experiencia con los grupos de apoyo a sobrevivientes del suicidio muestra que la elaboración del duelo es tan compleja como el acto suicida mismo. La persona sobreviviente se siente constantemente atrapada por sentimientos ambivalentes, como lo manifiesta esta participante: “Yo me sentía muy triste, pero también muy dolida, con mucha rabia hacia él. Una queda presa de una cantidad de sentimientos encontrados” (Cr, mujer 39 años, comunicación personal).

Otro aporte en el mismo sentido: “Para mí lo más difícil de esta experiencia es sentir este rencor que le tengo y cómo me ha cambiado a mí misma, me hace sentir lo peor, porque no le serví. Con eso no puedo” (Ss, mujer 56 años, comunicación personal).

Dicho testimonio muestra el sentimiento subjetivo de afectación propia en relación con el fallecido, lo cual dificulta una elaboración lineal del duelo, así como su resolución e integración. Ello no ocurre, generalmente, en un duelo por otras razones distintas al suicidio.

El siguiente aporte resalta la importancia de la elaboración del duelo como objetivo del grupo de apoyo:

Para mí en este camino tan difícil ha sido fundamental el abordaje del duelo en este grupo, claro, con el soporte individual que el psicólogo a veces me ha brindado, pero es que con el apoyo grupal uno queda limadito para seguir afrontando este cimbronazo. (Cr, mujer 35 años, comunicación personal)

Otra participación en la misma línea:

Yo creo que este duelo nunca tendrá un cierre, pero sí aprendemos a vivir la vida, y que ahí ayuda el grupo, con toda seguridad que sí, porque mediante el apoyo mutuo, poder hablar y, en ese sentido, descargar emocionalmente todo, se permite en grupo crear lazos y generar apoyo emocional, que es lo que más necesitamos. (Cr, mujer 45 años, comunicación personal)

Los grupos, entonces, se constituyen como un proceso que permite elaborar la compleja situación que genera un evento de suicidio. Este aporte final lo exterioriza:

La aceptación es la única y mejor manera de integrar el duelo, la verdad es que cuando yo dejé de culparme, porque todo lo que uno se pregunta no es por la persona amada ya muerta, es por uno mismo, por culparse uno y boicotearse a sí mismo, cuando dejé de culparme aprendí a aceptar lo sucedido y, sinceramente, hoy entiendo y respeto su decisión. Ya no tengo rabia por el sufrimiento que nos causamos. (Ss, mujer 56 años, comunicación personal)

### 3.3 Vínculos, virtualidad y suicidio

La cultura ha atravesado diversos paradigmas que sostienen sus formas de respuesta a los interrogantes humanos, no es la excepción esta era de la tecnología digital desde la virtualidad. Sin duda alguna, asistimos a la era de la complejidad; Morin (2004) plantea que esta se caracteriza por lo diverso, lo efímero, lo que genera incertidumbre constante porque afrontamos problemáticas multicausales y cambiantes que interrogan nuestra existencia. El objetivo de este capítulo consiste en establecer una relación entre el uso de la tecnología digital: Internet, redes sociales, mediante dispositivos como *smartphone*, computador u otros posibles, y los vínculos mediatizados por esta tecnología, con una consecuente probabilidad de desarrollar algún tipo de comportamiento suicida.

Tenemos que posicionar como una temática contemporánea de interés público la manera como estamos estableciendo vínculos emocionales desde la virtualidad, lo cual exacerba nuevas conflictivas en las formas de la comunicación. El Internet y la virtualidad, sin duda alguna, han posibilitado desarrollo, innovación y progreso inconmensurable, generando un impacto grande en todas las dimensiones de la vida humana. En tiempos de pandemia por el covid-19, particularmente el uso de estas nuevas tecnologías se volvió determinante en la cotidianidad, en la intercomunicación con propios y ajenos por exigencias de trabajo o académicas, y permitió el acceso a material e información *in situ* desde cualquier parte del mundo, justificándose todo ello en todo tipo de vínculos: laborales, educativos, sociales, familiares e inclusive amorosos. Así, la llamada Aldea Global, como la denomina Appadurai (2003), parece ofertar para todos las mismas posibilidades.

Sin embargo, y más allá de los enormes beneficios que comporta, es necesario echar un vistazo a las consecuencias que el uso, cuando se torna en abuso, puede generar para la salud mental, teniendo en cuenta que su consumo es masivo y que además su regulación es incipiente aún, dejando su uso, en la mayoría de los casos, al libre albedrío.

### 3.3.1 Generalidades en torno a la virtualidad

Esta tecnología actualmente se configura como una necesidad imperativa, por cuanto los modelos de vinculación de toda índole se ven mediatizados por el uso de dispositivos digitales. Es así que la Organización de Telecomunicaciones de Iberoamérica (OTI, 2018) afirma que “con una población mundial de 7.400 millones de personas, el mundo posee 7.700 millones de suscripciones a teléfonos móviles, es decir, hay más aparatos de este tipo que habitantes” (p. 1). En el contexto colombiano se estiman 67.7 millones de líneas móviles (MinTic, 2021), teniendo en cuenta que la población colombiana es de aproximadamente 51 millones de habitantes (DANE, 2021b). Estos datos esbozan una realidad que supera la panorámica mundial y evidencia un uso desbordado de la tecnología: el número de dispositivos celulares o *smartphones* supera el número de habitantes en este país, lo cual denota una dependencia a la tecnología que se ha naturalizado, pues es cada vez más común que a las personas les cuesta reconocer un uso problemático de estos dispositivos, argumentando múltiples justificaciones para su uso. Por eso, el dilema no está en los variados servicios que brinda, sino en el uso excesivo que desborda la temporalidad y transforma sustancialmente lo vincular.

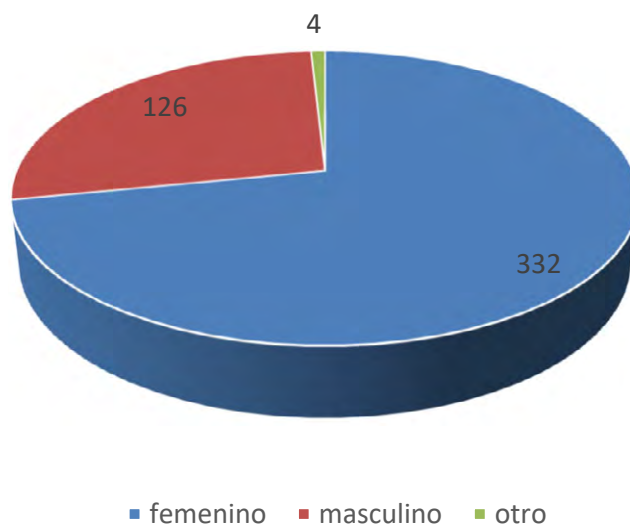
Con respecto a esta situación y contextualizando los hallazgos, se presentan algunas subcategorías que emergieron como materia de análisis con referencia a esta temática.

### 3.3.2 Resultados

Se presentan estos hallazgos con base en la siguiente caracterización:

**Género:** Con respecto a la población a la que se aplicó la encuesta en línea, los indicadores de respuesta por género fueron: femenino 76,8 % (332), masculino 26,3 % (126) y otro 0,9 % (4). Como se aprecia en la siguiente figura, y según lo investigado por Delfino et al. (2017), se reconoce que más hombres que mujeres hacen un uso mayoritario de redes sociales y búsqueda de información; esta autora afirma que los hombres tienden a buscar todavía medios más tradicionales para la comunicación y su uso mayoritario se enmarca en el envío y recibo de correos. Sin embargo, se pone de relieve que la pandemia fue determinante en el incremento de su uso en la generalidad de la población, independientemente del género.

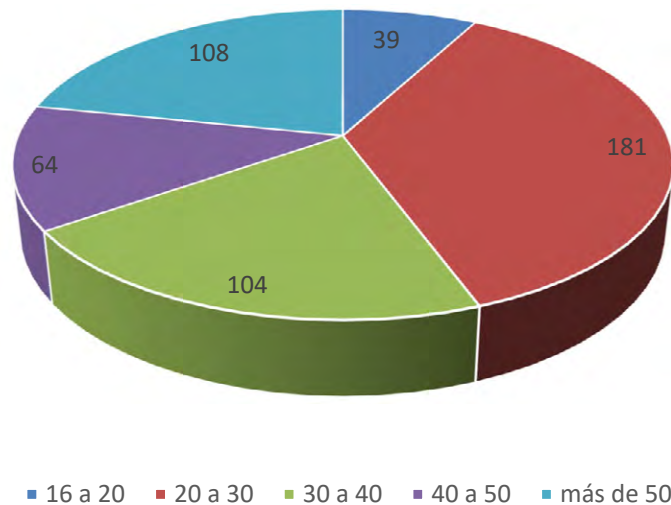
Figura 2. Género



**Edad:** con respecto a los grupos etarios, se identifica en cuanto a la utilización de dispositivos electrónicos que la población de mayor conectividad se encuentra en un rango de edad entre 20 y 30 años, en un 39,7 % (181), seguido de la población de 30 a 40 años, con 22,8 % (104); se subraya que la población con rangos de edad entre 40 y más de 50 representa el 28,9 % (132), es decir, casi un tercio de la población encuestada. Teniendo en cuenta que los nativos digitales se enmarcan como la población nacida a partir de los 1990 y se evidencia en ellos mayormente

su uso, es notable que los migrantes digitales, como generaciones anteriores a los 90, reflejan un consumo digital notable (Delfino et al., 2017), por tanto, no es un accionar conferido solo a un segmento poblacional, sino que su impacto es asunto de todos.

Figura 3. Edad



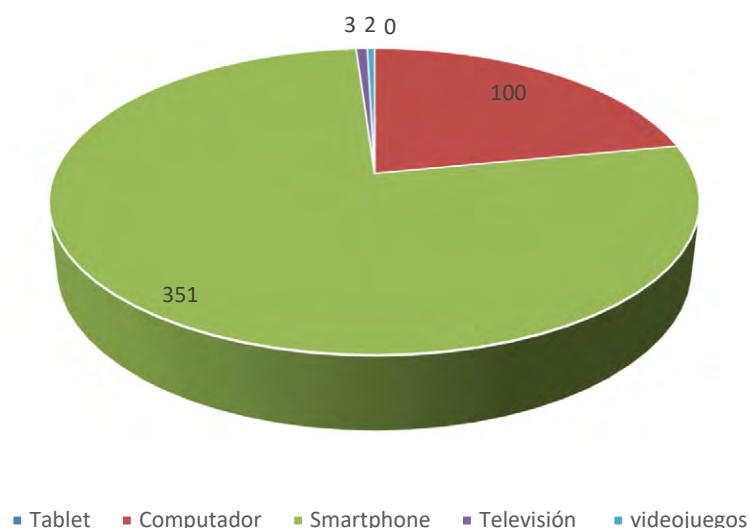
### 3.3.2.1 El uso de los dispositivos electrónicos

Interesa resaltar el impacto del uso de mediaciones virtuales en la salud mental de la población, y de manera puntual el efecto en el comportamiento suicida. Al respecto, González Retuerto y Estévez Gutiérrez (2017) afirman que hay una alta incidencia entre:

La existencia de una relación positiva y estadísticamente significativa entre el uso de Internet y la sintomatología depresiva y ansiosa, así como entre el uso del teléfono móvil y esta misma sintomatología. Por otro lado, existe una relación negativa y estadísticamente significativa entre el uso de Internet y la autoestima y el apoyo social percibido, así como entre el uso del teléfono móvil y las variables de autoestima y apoyo social percibido. (p. 57)

Dispositivos digitales de mayor uso: en cuanto a los dispositivos más usados, se encontró que el *smartphone* o teléfono inteligente se erige con un 76,7 % (351), seguido del computador, con un amplio margen de 21,9 % (100), lo que indica que el celular suple en gran magnitud las demandas de conectividad con diversos fines en la población encuestada.

Figura 4. Dispositivos de mayor uso

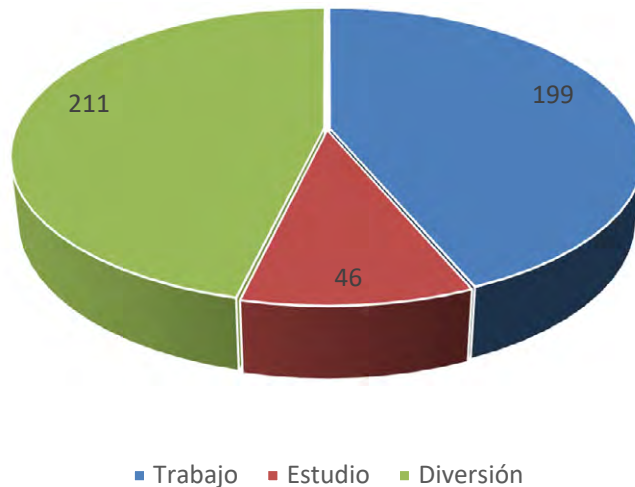


### 3.3.2.2 Justificación para su uso

Como queda expuesto, el uso de dispositivos digitales conectados a Internet comporta una relevancia significativa en la población actual, su consumo no solo se reconoce como masivo, sino además como imprescindible pues se ha configurado como una necesidad básica gracias a la oferta de servicios que provee, es una especie de extensión digital de lo humano, sin la cual la supervivencia carece de sentido. En coherencia, Marín Díaz et al. (2018) sostienen que su abuso “puede presentarse problemático, dado que diferentes aspectos de la vida diaria se ven alterados, como son el número de horas de sueño, sentimiento de soledad, quejas de familiares” (p. 73).

Por ello, la encuesta en el presente estudio contemplaba identificar los usos más relevantes, resultando que el entretenimiento, incluyendo las relaciones sociales y amorosas, tiene el primer lugar, seguido del consumo de contenidos diversos y acceso a redes sociales. Se estima que un 46,2 % (211) de la población participante hace uso de los dispositivos electrónicos por entretenimiento en su diario vivir, seguido del uso para el trabajo en un 43,6 % (199) y, por último, un 10,1 % (46) muestra que, si bien como resultado de la pandemia por covid-19 se hizo masivo el consumo de tecnología con fines académicos y laborales, el entretenimiento es el motivo por el que más se utiliza y su uso suple necesidades comunicativas del tipo emocional y relacional en la forma de ocio. Estos aspectos, trascendentales en la vida humana en cultura, ahora son dados, en gran medida, mediante la virtualidad, cuando solían ser más presenciales en otros momentos de la historia; como lo afirman Mendes y Silva (2017), “lo evidente es que Internet ahora suple funciones que estaban por fuera de ese contexto, el contacto personal cada vez es más reducido, incrementando la distancia para el encuentro cara a cara” (p. 132).

Figura 5. Usos relevantes de los dispositivos digitales



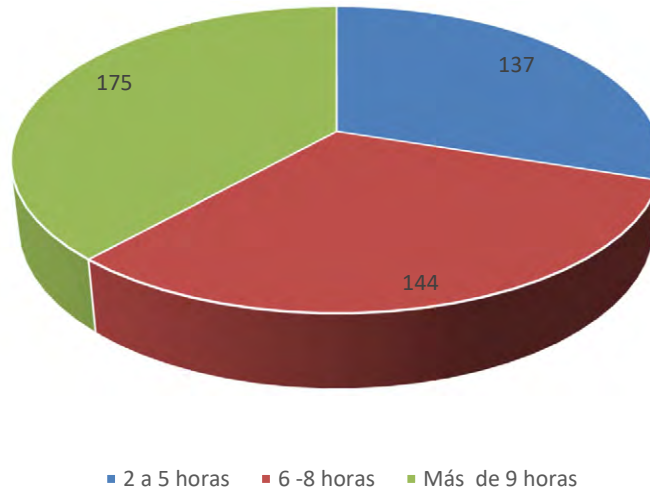
### 3.3.2.3 Tiempo de conexión

Este ítem se contempló debido a que los tiempos de conectividad cada vez se hacen más extensos, determinando una alta exposición a las pantallas. De acuerdo con el Global Digital Overview (2021), Filipinas es el país en el mundo con mayor tiempo de conectividad, mientras que Colombia ocupa el tercer lugar con un récord promedio de diez horas y siete minutos al día. Lo que al respecto arroja nuestra encuesta es que el 38,5 % (175) pasa entre nueve a quince horas haciendo uso de los dispositivos, un 31,6 % (144) pasa entre seis a ocho horas, y un 30 % (139) entre dos a cinco horas. Puede apreciarse que el comportamiento no está lejano al reporte mencionado.

Si tenemos presente que nuestra vida cotidiana implica el cumplimiento de otras áreas, por ejemplo seis a siete horas de sueño, y mínimo una hora y media para el baño, la alimentación y las necesidades fisiológicas, que son contempladas dentro de las necesidades de supervivencia, ¿cuál es el tiempo de dedicación a estas dimensiones?, ¿acaso la tecnología permite su suplencia?



Figura 6. Tiempo de conexión



#### 3.3.2.4 Ventajas y desventajas de la tecnología

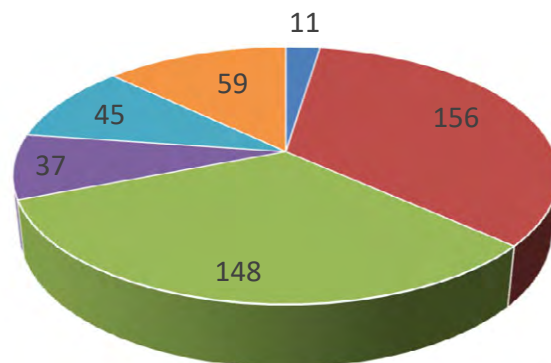
Los resultados de la encuesta explicitan las siguientes ventajas. La tecnología, en general, siempre oferta ventajas significativas; la idea de esta reflexión no es desvirtuar las tecnologías digitales, por ello en el cuestionario autoadministrado se reflejan las más relevantes y se encuentra que facilitan el intercambio de información y las comunicaciones en un 68,9 % (314), mejoran la inmediatez y mayor efectividad en la respuesta en un 19,7 % (90), ayudan al autoaprendizaje en un 7 % (32), permiten la recreación en un 3,5 % (16) y facilitan el uso de programas y sistemas de software libremente en un 0,7 % (3). De acuerdo con el reporte de Global Digital Overview (2021), el 63 % de la población mundial hace uso de Internet con la finalidad de hallar información.

Figura 7. Ventajas de la tecnología



Ahora, las desventajas que entrañan las nuevas tecnologías son mínimas, pero de su uso inapropiado surgen algunos asuntos que son reveladores, especialmente para una temática como la que nos convoca: la incidencia de la tecnología en los vínculos humanos. Al respecto, se encontró como tendencia significativa que el 34,2 % (156) afirma como desventaja la dependencia a los dispositivos tecnológicos, un 32,5 % (148) una menor interacción humana, el 12,9 % (59) evidencia dificultades en las relaciones interpersonales (pareja, familia, amigos), un 9,9 % (45) piensa que estos promueven el sedentarismo, el 8,1 % (37) que lo hacen respecto del aislamiento social, y el 2,4 % (11) que promueven la eliminación de puestos de trabajo.

Figura 8. Desventajas de la tecnología



- Eliminación de puestos de trabajo
- Dependencia de los aparatos tecnológicos
- Menor interacción humana
- Aislamiento social
- Promueve el sedentarismo
- Dificultades en relaciones interpersonales (pareja, familia, amigos)

Lo anterior presenta un panorama que justifica dificultades con habilidades sociales y, por ende, mayores niveles de tensión al interior de los vínculos, consigo mismo y con los otros; la paradoja es la afirmación de tener al otro más cercano mediado por la tecnología, sin embargo cabe a este punto acuñar un planteamiento de Bauman (2004), quien nombra las relaciones actuales como “de bolsillo”, por cuanto se sacan en momentos que es conveniente, o tal vez sea mejor nombrarlas como “conexiones”, ya que se desconectan con la misma facilidad que implica esta acción.

### 3.3.2.5 Cuestiones en torno al vínculo y la virtualidad

En esta era digital es impensable no integrar la tecnología a los vínculos; es así como los diversos dispositivos y, obvio, el internet parecen ser las niñeras de la época; los deseos sexuales se ponen en la red y encuentran acogida y complacencia; es posible encontrar el amor por medio de las diversas plataformas o, como mínimo, encuentros sexuales ocasionales; entre otras suplencias emocionales y relacionales que se apoyan en el encuentro con lo digital. A continuación, presentamos algunos de los fenómenos contemporáneos que emergen producto de esta forma de conexión con lo otro.

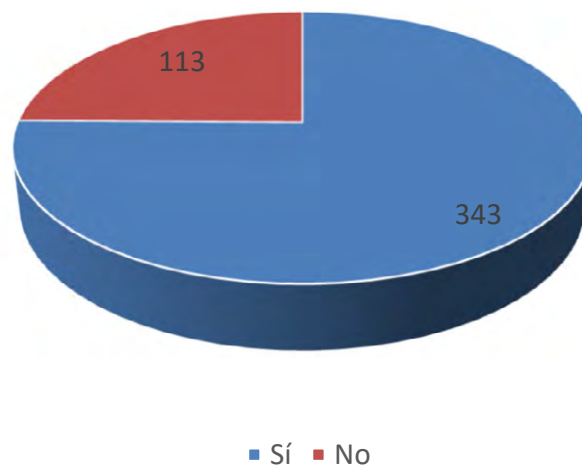
*Phubbing*, contigo, pero sin ti

Uno de los fenómenos más comunes hoy tiene que ver con el ser ignorados por un interlocutor que está en el celular, situación que se presenta en ámbitos sociales, familiares, académicos y hasta laborales, solo por nombrar algunos. Para Capilla y Cubo (2017), el asunto comienza a identificarse:

Desde hace aproximadamente cinco años, todos hemos sufrido al menos una vez “Phubbing” durante una reunión de amigos, reunión de trabajo, una comida familiar o incluso en la cama, como consecuencia de la posibilidad de mantenerse conectado a Internet a cualquier hora y en cualquier lugar. Este término formado a partir de las palabras “phone” (teléfono) y “snubbing” (despreciar) se inició hacia el año 2012. (p. 176).

Ya es un asunto popular, sin embargo, genera una afectación significativa en las relaciones interpersonales, deteriorando la comunicación y la interacción que los vínculos demandan. Al respecto, con nuestro estudio se encontró que el 75,2 % (343) de los encuestados admite que el uso de la tecnología, en especial del *smartphone*, afecta negativamente las relaciones interpersonales, mientras que el 24,8 % (113) considera que no es así.

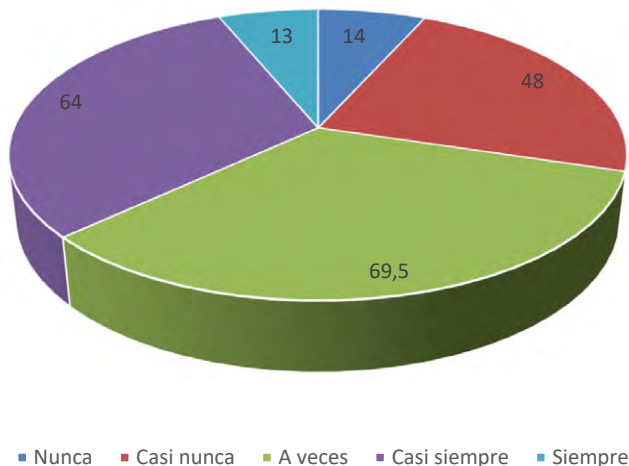
Figura 9. Impacto negativo en las relaciones



Se evidencia entre los encuestados un alto grado de consciencia al respecto, pero no parece ser suficiente para promover otras disposiciones y fomentar más el vínculo real en lugar del virtual. Si bien el celular en la actualidad cumple una función importante en términos de comunicación y acceso a información, el *phubbing*, como efecto desbordado de su uso, deteriora la calidad de las relaciones con las personas cercanas, pues se interpreta como falta de interés por parte del *phubber* (quien ignora). Acerca de esto, David y Roberts (2017) afirman que el *phubbing* genera sentimientos de exclusión, necesidad de atención e impacta significativamente los niveles de bienestar personal, promoviendo sentimientos de abandono, estrés y hasta depresión.

Con respecto a la frecuencia con la que han sido ignorados los informantes en algunos de sus entornos (*phubbing*), nuestra escala de respuesta tipo Likert halló que el 69,5 % (317) manifiesta haber sido ignorado a veces (que corresponde a un rango 3 de 5 puntos máximo), el 14 % (64) dice que casi siempre y el 2,9 % (13) piensa que siempre, lo que permite reconocer que 394 de 456 personas encuestadas reconocen haber padecido el *phubbing* de manera considerable.

Figura 10. Frecuencia *phubbing*



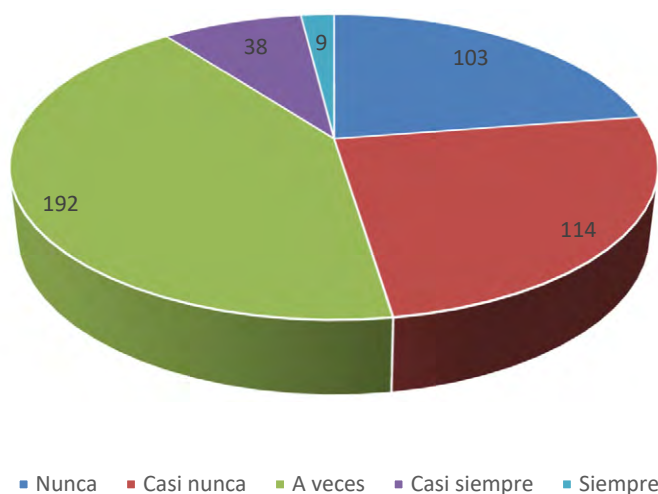
Otro de los aspectos que se ha visto seriamente afectado con el *phubbing* es, sin duda alguna, las relaciones de pareja. González-Rivera et al. (2018) aportan “evidencia estadística sobre el impacto pernicioso e insalubre que puede tener el uso frecuente del celular en las relaciones románticas e, indirectamente, en el bienestar psicológico y la salud mental de los integrantes de la relación” (p. 88). Se estableció, mediante el cuestionario autoadministrado en este estudio, que el 52,4 % de las personas tiene una afectación en sus relaciones afectivo-amorosas.

En la clínica con parejas, este es un contenido que emerge con frecuencia: el manejo del celular se ha convertido en un asunto que interfiere en el tiempo de ocio y de calidad en la relación y, sobre todo, en la configuración de la *intimidad*, la cual, es de tener presente, se convierte en el pilar de una relación –como lo precisaba Sternberg (1988), este es uno de los tres pilares que soportan las relaciones amorosas, ya que la intimidad es concebida como el conocimiento del otro: saber qué le gusta, qué música prefiere, cómo evidencia sus estados emocionales–. Este es un sentimiento de proximidad, entre otros asuntos que determinan una comprensión a profundidad de la pareja y se internalizan a partir de la observación del otro y la implicación experiencial, lo que se observa como un aspecto de la convivencia que en los últimos tiempos aparece como escaso, tal vez por el uso exacerbado de los dispositivos digitales.

### *Sexting*

Dando continuidad a la teoría triangular del amor de Sternberg (1988), con respecto a las otras dos áreas (pasión y compromiso), *la pasión* también se ve afectada con las formas contemporáneas de uso y abuso de los aparatos electrónicos, pues en muchas ocasiones ha sido desplazada hacia el *sexting*, –término que hace referencia al intercambio de imágenes, videos o audios con contenido erótico o sexualmente explícito, que suplen la pasión– o la pornografía –que si bien es un recurso a mano para las parejas, no puede escapar a la diversa oferta de cuerpos y sensaciones que presenta–; así, estos fenómenos terminan por incidir en la seguridad que se tiene en una relación y, en algunos casos, pueden llegar a promover la infidelidad, situación que comporta una crisis, agota los recursos personales de los miembros de la pareja y torna vulnerable la salud mental de la relación.

Figura 11. *Afectación en la pareja*



El *sexting*, como los demás fenómenos contemporáneos de establecimiento de vinculaciones virtuales, tiende a volverse adicción, a volver a las personas dependientes de las redes o las aplicaciones que invitan al consumo mediante estímulos constantes que mantienen a la persona en estado de alarma; al respecto, Castañeda et al. (2020) advierten que si aparece malestar cuando no se accede a dichas páginas es porque la adicción ya se instaló.

Estos resultados son ya una evidencia de que el uso desmedido de la tecnología promueve dificultades en la salud mental, es decir en el equilibrio diario con la vida, pues, como aseveran Aznar Díaz et al. (2020), puede ser desencadenante de psicopatologías múltiples como trastornos de ansiedad generalizada, estrés, síndromes de adicción, déficit en la autoestima y, en

general, problemas asociados con los apoyos sociales. Estos efectos muestran una afectación en los recursos personales, en las estrategias de afrontamiento, en el sentido y proyecto de vida, y generan vulnerabilidad con el entorno y posiblemente asociación con algún nivel del comportamiento suicida.

### ***3.3.2.6 La virtualidad vs el comportamiento suicida***

El comportamiento suicida es una problemática multicausal que da cuenta de un desequilibrio en la salud mental configurado a partir de varios factores de riesgo, entre los que se cuentan aquellos de tipo psicosocial y psicopatológico; de acuerdo con estas múltiples causales, este capítulo viene dando a conocer algunas cuestiones respecto a cómo el uso inadecuado de las tecnologías virtuales, el Internet y los dispositivos digitales que las mediatizan, puede estar vinculado a la prevalencia del suicidio, y por tanto necesario de reconocer de manera explícita en esta contemporaneidad.

Es por ello que se hace pertinente mencionar a continuación una serie de fenómenos presentes desde la virtualidad, estudiados en la actualidad por cuanto revisten un riesgo significativo asociado al comportamiento suicida. En principio, todos comparten la característica de que pueden llegar a minimizar los recursos de afrontamiento y resolución de conflictos de las personas que quedan expuestas, llevándolas a contemplar el suicidio, e incluso a su comisión.

### ***Ciberadicción, dependencia psicológica y comportamental***

El uso de Internet y los dispositivos tecnológicos tienen, como se puede apreciar a lo largo de este capítulo e indudablemente en la vida cotidiana, un auge desbordante, situación que se acentuó con la pandemia por covid-19 que limitó las relaciones de toda índole y los ámbitos de desempeño del ser humano a la mínima expresión, la tecnología fue la mayor herramienta a mano para acercarnos en lo laboral, lo académico y lo social; no obstante, esta pesquisa data de antes que sucediera la pandemia, renovada luego en esta nueva normalidad que vive el planeta. Lo cierto es que, en la revisión teórica del tema, dicho uso aparece de manera frecuente considerado como una adicción, e incluso se establece como término la ciberadicción, que radica en una adicción a internet, un consumo exagerado del celular a la manera de una dependencia psicológica que consiste en un incremento de actividades por medio de este dispositivo, generándose un malestar profundo cuando no se está en línea, además, de intolerancia y negación de la problemática (Cobacango et al., 2019).

La ciberadicción se considera una de las adicciones no químicas o comportamentales y su sintomatología se torna similar a las adicciones químicas –drogadicción, alcoholismo o tabaquismo–, incluso presenta el síndrome de abstinencia, que es ese periodo de crisis, irritabilidad, ansiedad, por la suspensión del consumo, en este caso en la forma de un estrés digital. Así, cuando no se puede tener acceso a Internet o a los dispositivos que la proveen, la persona entra en crisis de ansiedad. Los datos son innegables, cuando los estudios reconocen a Colombia en el tercer lugar a nivel mundial en tiempo en línea (Global Digital Overview, 2021), eso se hace coincidente con los datos obtenidos en esta investigación, en donde un 38,5 % de la población permanece entre 9 a 15 horas conectada.

Con nuestro estudio se evidencia que el 76,1 % (347) de los encuestados manifiesta tener cierto grado de sentimientos de irritabilidad por no poder hacer uso de Internet o de algún dispositivo que los mantenga conectados; el 26 % refiere sentirse más cómodos y tranquilos cuando establecen relaciones virtuales, que cara a cara, lo que sin duda puede interferir en el desarrollo de habilidades sociales, especialmente cuando se trata de niños y adolescentes.

En cuanto adicción, se habla de una intoxicación digital o de una saturación virtual que puede estar vinculada en el tiempo con cuadros depresivos, ansiedad y, en general, estados psicopatológicos que desde la perspectiva del comportamiento suicida son un factor de riesgo entre los jóvenes, como lo refiere la OMS (2014).

A este punto, y solo para reconocer algunos asuntos permeados por las tecnologías de la virtualidad que solían ser del orden de lo privado, de lo íntimo, de lo familiar, se preguntó por el uso del celular durante los momentos de ingesta de alimentos; lo encontrado es que el celular se convirtió en el cuarto cubierto en la mesa: el 71,7 % (329) de los encuestados hace uso del celular en los momentos propios para la alimentación. Lo anterior permite reflexionar frente a los hábitos disfuncionales fomentados por el uso inapropiado de la tecnología, tales como el sedentarismo y la obesidad, entre otros, que implican en sus causas desde la cantidad de tiempo que se pasa en dispositivos hasta el consumismo alimentario que se establece a partir de los medios publicitarios masivos, como lo afirman Jiménez-Marín et al. (2020).

### ***Ciberacoso y ciberextorsión***

El ciberacoso o *ciberbullying*, según Barbosa et al. (2018) y Garaigordobil (2011), es definido como el uso del Internet y frecuentemente de las redes sociales para ejercer acoso, maltrato y presión en las personas. Asimismo, Quinatoa y Larzabal (2021) afirman que “las víctimas de ciberacoso presentan un alto daño psicológico, emocional y social; éstas presentan sentimientos



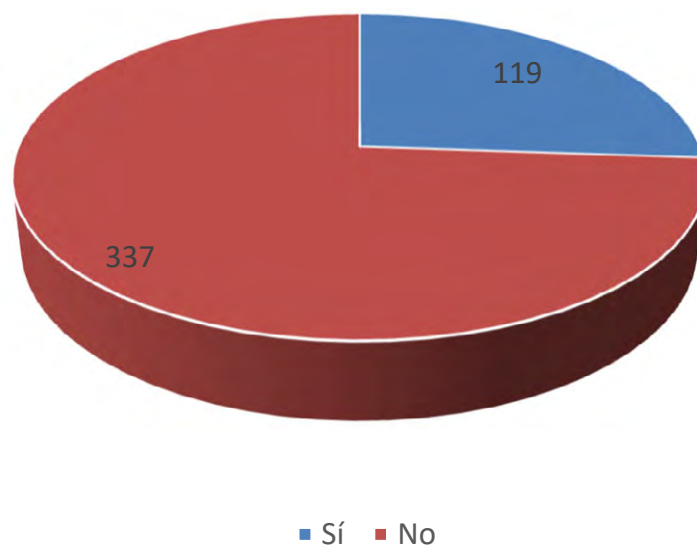
de ansiedad, pensamiento suicida, depresión, irritabilidad, somatización” (p. 104). Este es uno de los fenómenos más complejos producidos desde la virtualidad y que determina niveles elevados de estrés en quien lo padece; una de las connotaciones que lo caracteriza es su calidad de anónimo, en la generalidad de los casos, lo que dificulta ponerle fin.

Entre tanto, “los individuos que han sufrido ciberacoso pueden experimentar estados psicológicos negativos, abuso de alcohol y otras drogas psicoactivas para lidiar con sentimientos negativos relacionados con la agresión” (Torres Montilla et al., 2018, p. 194). Por todo ello, es determinante que, para los jóvenes, sumado al *ciberbullying*, se establecen nexos directos con otros factores de riesgo asociados al comportamiento suicida (Larrota Medrano et al., 2018).

Otro fenómeno reconocido que aparece asociado con el ciberacoso es la ciberextorsión, esta tiene que ver con la obtención por la fuerza y el sometimiento de un lucro económico, y en el caso de la virtualidad es generalmente de tipo sexual, también denominada sextorsión. Cabe resaltar que estos fenómenos mayormente son recurrentes en población adolescente, sin embargo, en cualquier etapa de la vida se es susceptible de padecerlo. Todas estas modalidades se presentan como formas de violencia en redes sociales que han cobrado auge victimizando a un gran número de personas en la actualidad (Molina & Restrepo, 2018).

Para esta investigación, se evidenció que el 26,1 % (119) de los participantes han sido víctimas de acoso por medio de las diversas redes sociales por medio de dispositivos móviles. Asimismo, el 14,3 % (65) manifestó haber sido víctima de extorsión. Los resultados son representativos, teniendo en cuenta la muestra de referencia (456), más aún si se tiene en cuenta el impacto que genera en la salud mental de las personas.

Figura 12. Víctimas de acoso



## *Cibersuicidio*

Para López Martínez (2020), este término:

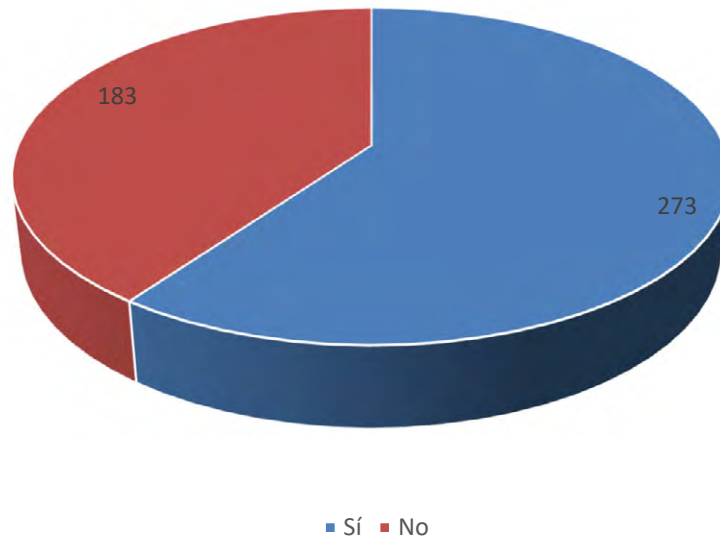
Hace referencia a la acción de quitarse la vida, motivado por la influencia entre otras variables, de páginas web con contenido de ayuda, influencia o motivación para cometer suicidio (web prosuicida), salas de chats y foros de Internet, pone de manifiesto la relación entre conducta suicida, Internet y redes sociales como canal de información y encuentro en usuarios con ideación suicida. (p. 26)

El suicidio está cobrando anualmente en el mundo más de 800.000 vidas; en lo referente al intento suicida, este es difícil de cuantificar pues los reportes no se realizan en muchos de los casos, pero se estima que por cada suicidio consumado son cuantiosos los intentos realizados, por cada suicidio se calcula que hay veinte intentos (OMS, 2014). Solo en la región de las Américas, “el suicidio es un problema de salud pública que afecta a las comunidades y está envuelto en estigma, mitos y tabúes. Con un promedio anual de 81.746 muertes por suicidio” (p. 15). En cuanto al panorama colombiano, el DANE (2021b) informa que en 2020 ocurrieron 2.714 eventos, con una disminución respecto del año anterior, 2019, en que se presentaron 2.927 suicidios; no obstante, se evidencia que en el primer trimestre de 2021 se da un incremento del 3,9 %, es decir, 708 suicidios entre enero y marzo de ese año. Lo anterior implica que la proyección para el año 2021 sea incremental, lo que causa una significativa preocupación, más aún cuando la posibilidad del suicidio de popularizarse y sugerirse se extiende al espacio virtual, donde los límites y la regulación son escasos, lo que complejiza más aún la problemática.

Sobre el cibersuicidio, la información disponible es extensa y variada, con poca relevancia en la prevención y, por el contrario, énfasis en datos sobre su comisión, tales como métodos y noticias amarillistas que pretenden generar sensacionalismo; el acceso masivo y la posibilidad de que las búsquedas de información se den sin distinción de edad, nivel cultural o social, agrega mayores dificultades. Esta situación se complejiza aún más cuando la comisión suicida deviene de alguien que cuenta con reconocimiento y popularidad, el llamado efecto Werther, que consiste en fomentar un clima de desesperanza, con efectos emocionales negativos y la probabilidad de imitación del fatal suceso (Caricote & González, 2020; Abreu & Souza, 2017).

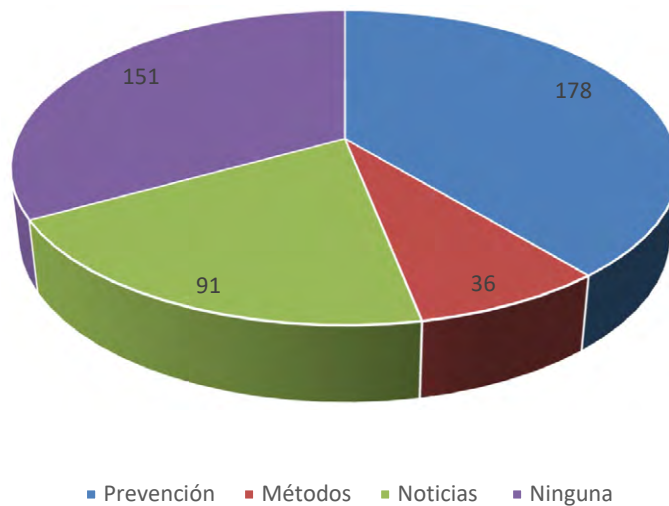
Entre los participantes de la investigación pudo determinarse que el 59,9 % (273) ha consultado en Internet información con contenido suicida, lo que es un número relevante.

Figura 13. Contenido suicida



Con respecto a los tipos de contenido, se establece que la mayoría ha consultado sobre la prevención del suicidio 39 % (178), seguido de un 33,1 % (151) que reportan que no han hecho ninguna búsqueda sobre este tema. Sobre noticias referentes al suicidio ha consultado el 20 % (91), y, por último, sobre métodos para su ejecución un 7,9 % (36). Aunque la búsqueda de métodos es la más baja reportada, no es desestimable que 36 personas de la muestra realicen indagaciones al respecto, teniendo en cuenta la media de muertes por suicidio en cada 100.000 habitantes en Colombia, que es de 5,4 para el año 2020 (DANE, 2021b); este dato sobre búsqueda de métodos autolíticos va en coincidencia con Polanco Díaz (2020), quien expone un 8,08 % de direcciones web “pro-suicidio”, de las direcciones web incluidas en la muestra de su estudio, se trata de blogs temáticos exclusivos sobre el tema cuyo propósito es alcanzar la efectividad letal.

Figura 14. Tipo de contenido

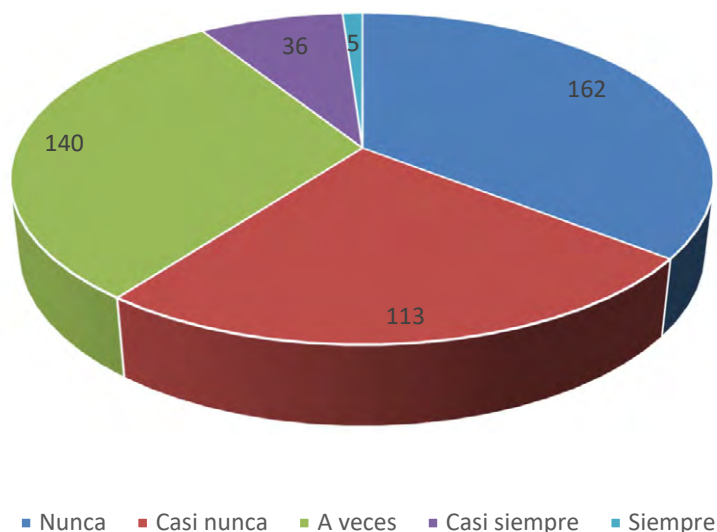


Otro hallazgo relevante es que, con respecto a la navegación, específicamente en redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp, entre otras, se exhiben perfiles donde se evidencia parcialmente la vida de los usuarios, generalmente aquella considerada exitosa –se publican aspectos significativos, novedosos y positivos que dan la sensación de perfección–, lo que es interpretado por algunos usuarios como algo ideal y deseable. Es posible que, al revisar los perfiles de otros usuarios, quien lo hace pueda tener sentimientos de inferioridad o desencanto sobre su propia vida, comparativamente con las vivencias de otras personas en redes. Lo anterior se puede evidenciar en los datos de este estudio: el 64,5 % (294) de los encuestados manifiesta una sensación de inferioridad o de desencanto frente a las vidas exitosas que se muestran en las redes, mientras que el 35,5 % (162) no refiere ninguna percepción de este tipo.

Indudablemente, esta situación puede mostrar que las personas que puntuaron más alto, es decir el 9 % (41) en los ítems de casi siempre y siempre, presentan sentimientos de baja autoestima, depresión y ansiedad como factores de riesgo del comportamiento suicida, lo cual es coincidente con el estudio realizado por Castañeda et al. (2020).

Lo inconmensurable de la virtualidad y las conexiones que establece consiente que la “web por ser un medio de amplia cobertura, fácil accesibilidad y contenido no regulado, permite a los jóvenes acceso a cualquier tipo de información e interacción social impersonal y deshumanizada” (Molina & Restrepo, 2018, p. 31), promoviendo sensaciones desvitalizadas como caldo de cultivo para un probable intento suicida.

Figura 15. Sentimientos de desencanto



Es por esto, vía la prevención del comportamiento suicida, que se hace necesario fortalecer entornos protectores con cultivo de la autoestima como esa capacidad de afrontamiento, esa habilidad para resolver dificultades, para tomar decisiones oportunas y tener asertivamente disponibilidad para la vida. Una autoestima en equilibrio permite sentirse bien consigo mismo, con los demás y con la vida, aún ante las adversidades.

En esta medida, sería importante que Internet y las redes sociales hoy promovieran aspectos para optimizar la salud mental de los cibernautas, que se difundan páginas web sobre las habilidades para la vida, es decir, que fomenten la capacidad de afrontamiento a conflictos, la inclusión social, el respeto y valor de la diversidad, el fortalecimiento de la autoestima, la inteligencia emocional, la resiliencia, y que ayuden a mejorar actitudes y estilos de vida, entre otros asuntos posibles de valorarse como factores protectores ante el comportamiento suicida.

Por último, respecto del tema de este apartado se evidenció que el 27 % (123) de los participantes recurrió a Internet para realizar cualquier tipo de búsqueda referida al comportamiento suicida. El panorama es complejo, pues la problemática en cuestión muestra prevalencia y además poco acompañamiento en la intervención de estos aspectos que inciden en el comportamiento suicida. Por ello urge la psicoeducación en la población a partir de la mediación parental, así como el reconocimiento de los fenómenos sociales asociados al suicidio, que se han naturalizado y que tienen consecuencias, en algunos casos devastadoras.

### 3.3.2.7 Mediación parental

La mediación parental, según Livingstone y Helsper (2008), se refiere a la posibilidad de gestión de los padres sobre el uso de la tecnología digital, la Internet y los dispositivos electrónicos que tienen los hijos; tal como la socialización primaria que ocurre para el niño en la familia, el consumo de tecnología se da hoy en día desde edades muy tempranas.

De acuerdo con la Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares, del Instituto Aragonés de Estadística (IAEST, 2018): el 91,3 % de los niños en España, tienen acceso al computador o *tablet* y el 92,8 % usan la Internet; asimismo, el 41,1 % de los niños y niñas de 11 años tienen un celular, el uso de estos dispositivos incrementa hasta en un 94,8 % después de los 15 años, mientras que el consumo y la vinculación a la virtualidad está generalizado, aún en los más pequeños.

Debido a ello, se requiere de la educación digital para acceder a un uso inteligente de estas tecnologías, disminuir sus efectos negativos por rutinas inadecuadas –que hemos venido señalando–, e incluso prevenir, si se toma consciencia de su consumo. El asunto no pasa por el no uso de los mismos, sino que se debe tener en cuenta la edad del niño y la regulación necesaria de acuerdo con la misma, se trata de un proceso no solo educativo sino de acompañamiento, de crear en el niño las competencias que le permitan discernir el uso razonable que aporte y no reste a su desarrollo.

En este sentido, puede hablarse de dos modalidades en la mediación parental: la psicológica y la conductual; en la primera se tiende a ejercer coerción y culpabilización emocional; en la segunda, se establecen procesos de regulación y acompañamiento desde cuatro modalidades, según Moreno et al. (2021):

**Mediación activa:** permite por parte de los padres y cuidadores la supervisión, acompañamiento y orientación en el uso razonable y regulado de los dispositivos y en general de la tecnología.

**Mediación restrictiva:** implica establecer las normas necesarias para el uso de Internet en cuanto a contenidos, usos, tiempos de conexión, entre otros. Incluye programas para la restricción de acceso a páginas, estos hoy en día se encuentran instalados en tablets, celulares, computadores y televisores, solo es cuestión de activarlos.

**Mediación covisionada:** se trata de una técnica que posibilita que los niños vivan su aventura en la web, eso sí, acompañados por una persona responsable que a su vez imparte las pautas que permitirán diferenciar la ficción de la realidad para que los niños reconozcan lo que es socialmente conveniente. Esta modalidad de acompañamiento requiere configurar con los chicos una visión en conjunto y se consolida como una guía permitiendo el establecimiento de relaciones positivas.

**Mediación instructiva:** determina poder compartir la opinión del adulto o cuidador para promover discernimiento acerca del uso racional y la regulación tecnológica, así como de sus efectos.

Si bien asistimos a una era donde negar la importancia y el uso de la tecnología sería absurdo, sí es claro que el tema amerita reflexión, más aún con la influencia que ejerce el uso de la tecnología en algunas personas, y teniendo en cuenta cuándo su uso, en lugar de resultar propositivo y permitir el desarrollo, termina por determinar la valía de sí, enmarcada en un sentimiento que no encaja en las sociedades contemporáneas plagadas con el imaginario de belleza, perfección y éxito, lo que sin duda alguna es precursor de sentimientos negativos, trastornos mentales, e incluso hace probable desarrollar un comportamiento suicida.

### 3.4 Protocolo Psico-Pastoral para la Evaluación de Comportamiento Suicida

De acuerdo con la OMS (2014), ese acto deliberado de quitarse la vida que es el suicidio, desde la década del 70, basado en datos epidemiológicos, se considera una problemática de salud pública mundial. Este ente internacional calcula, con una tasa de crecimiento superior al 20 % anual, que aproximadamente 9.000 personas intentan suicidarse diariamente y que al año se reportan cerca de un millón de suicidios en algún lugar del planeta; lo que significa que cada 40 segundos hay un suicidio en el mundo (OMS, 2021). Finalmente, el organismo ubica al suicidio como la segunda causa de muerte a nivel mundial en jóvenes entre los 15 y 29 años y ocasiona más muertes que la malaria, el cáncer de seno y los homicidios.

En Latinoamérica las tasas de suicidio son más altas que en Europa y África, de 6.8 suicidios por 100 mil habitantes. En la región Andina, el suicidio es más acostumbrado por la población joven y se convierte en una de las tres primeras causas de mortalidad en el grupo de 5 a 19 años (Escobar Echavarría et al., 2017). De acuerdo con Tellez-Vargas y Forero Vargas (2012), algunos factores como la pobreza, la desigualdad social, la falta de oportunidades, las violencias, asuntos tan enraizados en varios países de la región, están asociados al comportamiento suicida en adolescentes y adultos mayores, convirtiendo a Latinoamérica en una sociedad “suicidógena”, como lo explicaría Durkheim (1982), un contexto en donde las condiciones sociales son generadoras de factores de riesgo que pueden precipitar diversas situaciones problemáticas, entre ellas el suicidio, haciendo de este una tendencia en un momento específico del devenir sociocultural.

Aunque los datos son significativos, no son precisos. El número de casos de suicidio reportados en los sistemas de salud de algunos países latinoamericanos, como en el mundo, son solamente la punta del iceberg debido a que la mayoría de los intentos de suicidio se mantienen ocultos para los servicios de salud (OPS/OMS, 2018b). Las cifras no alcanzan a describir fielmente la realidad de esta problemática, la cual se agudizó en el 2020 por causa de las medidas de contención por el covid-19. Estudios como los de Caballero-Domínguez et al. (2020) y Brooks et al. (2020) coinciden en que el estrés percibido debido a la pandemia, junto a episodios depresivos y problemas de sueño, generan un alto riesgo de suicidio; estos autores estiman que el confinamiento obligado, la incertidumbre y el aislamiento social constituyen un riesgo significativo respecto del suicidio.

Por todo esto y dados los porcentajes y las tasas altas de suicidio en el mundo, es evidente que esta problemática humana no solo ha alcanzado grandes dimensiones, sino que es urgente atender aquellos factores que lo precipitan y así poder prevenirlos. En esta vía, una opción es reflexionar sobre el sentido de vida que en este momento histórico los ciudadanos del mundo están teniendo, donde la relación trascendente con la espiritualidad cobra relevancia.

Relacionado con esto, la OMS (2014) destaca, por ejemplo, que las prácticas y rituales religiosos, junto con la espiritualidad, constituyen factores protectores y de prevención del comportamiento suicida. En este sentido, desde mucho antes la OMS y, en consecuencia, Morfín e Ibarra (2015), instan en la importancia de que una problemática compleja de salud pública, como el suicidio, sea intervenida desde lo interdisciplinar e interinstitucional, que no sea una atención exclusiva del sector salud, pues por ser multicausal, exige enfoques integrales y holísticos. Se requiere de estrategias que reúnan esfuerzos de diferentes organizaciones, disciplinas de lo humano y comunidades para su prevención.

En coherencia, la investigación que originó este libro ha asumido un enfoque integral para la comprensión del suicidio, dando total importancia a la interdisciplinariedad; allí lo psicológico, lo sociocultural, lo económico, lo político, los medios de comunicación y redes sociales, lo espiritual religioso e inclusive lo jurídico, son miradas necesarias de contemplar en conjunto al momento de intervenir de manera oportuna un caso particular relacionado con el suicidio.

Específicamente en lo relacionado con la espiritualidad, el componente de nuestro estudio a resaltar en este capítulo, la investigación de Verhagen (2017) muestra cómo en las últimas décadas han proliferado investigaciones empíricas que tratan la relación entre religión, espiritualidad y salud de las personas y muestran el impacto que tienen las creencias religiosas en la salud mental de las personas.

De-Oliveira-Maraldi (2018), Verhagen (2017), Pearce et al. (2015) y Koenig (2012) concuerdan en que las personas afectadas por enfermedades crónicas, trastornos mentales y comportamientos riesgosos de suicidio suelen tener unas relaciones particulares con la vida espiritual, con un ser superior. Estos autores concluyen que cuando dichas relaciones son positivas, es indiscutible el beneficio de las creencias espirituales en cuanto a la salud mental y la prevención del suicidio. Estos aspectos son validados por el enfoque salutogénico, desde donde se ha demostrado que el afrontamiento bajo factores religiosos ha servido para disminuir la presencia de síntomas de depresión, abuso de sustancias y comportamientos suicidas (Quiceno & Vinaccia, 2011).



Vale la pena mencionar que el enfoque salutogénico proviene del concepto salutogénesis, que traduce génesis de la salud, y fue oficializado en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa (OMS, 1986); desde este enfoque se pretende que las personas tengan más autonomía que redunde en un mejor control de su propia salud para mejorarla desde la elección de estilos de vida saludables, para prevenir factores de riesgo que puedan conducir a situaciones de desequilibrio subjetivo, como la enfermedad física o los trastornos mentales, entre los que pueden incluirse el comportamiento suicida (Rodríguez et al., 2015).

Consistente con esto, los estudios de Paloutzian & Clark (2013) han demostrado que los factores religiosos constituyen variables salutogénicas en el padecimiento de enfermedades, tanto físicas como mentales y, por ende, el comportamiento suicida. En la misma vía, de acuerdo con Oman & Syme (2018) esto permite reflexionar sobre lo importantes que son los procesos de evaluación e intervención espíritu-religioso en el campo de la salud pública.

Por su parte, Hegerl et al. (2013) refieren que los líderes religiosos, ante las dimensiones contemporáneas del suicidio, se han convertido en guardianes clave para favorecer las estrategias de su prevención, junto con las organizaciones basadas en la fe, entre ellas las comunidades religiosas, que ocupan un lugar privilegiado. Dichas estrategias van encaminadas a desarrollar un proceso sistemático de evaluación y atención interdisciplinar y colaborativa entre los líderes religiosos y los profesionales de la salud mental, lo que podría tener una repercusión valiosa en la prevención de los comportamientos suicidas. Según la OPS (2018), los líderes religiosos atienden un mayor número de personas con problemas de salud mental en los Estados Unidos que los mismos médicos psiquiatras y profesionales de la psicología.

De acuerdo con Wu et al. (2015) y Cook (2014), trabajar la relación entre suicidio y religión cobra relevancia si se destaca la sana relación entre la espiritualidad y la religión como factor protector ante comportamientos suicidas, ello se vuelve importante en la evaluación y el cuidado de las personas en riesgo suicida. Kleiman & Liu (2014) demuestran que las personas que asisten frecuentemente a servicios religiosos muestran en promedio 24 veces al año menos probabilidad de morir por suicidios, la conclusión refiere que la asistencia frecuente al servicio religioso constituye, a largo plazo, un factor de protección al suicidio consumado.

Así mismo, Clarke y Ware (2015) afirman que las comunidades religiosas y las organizaciones confesionales cristianas son organizaciones que suelen interesarse en trabajar con sus comunidades en programas de prevención, sobre lo cual reposa documentación, como, por ejemplo, reportan a Lifeline (s.f.), una organización australiana que ofrece servicios de atención pastoral las 24 horas a personas con ideaciones suicidas bajo la doctrina cristiana “amor al prójimo”. Sumada a esta, mencionan también, a The Wesley Mission, Anglicare y el Ejército de Salvación, en el Reino Unido, Irlanda y Estados Unidos.

No obstante, a pesar de los estudios y organizaciones reportadas que trabajan sobre las prácticas espíritu-religiosas, algunos las consideran aisladas de las ciencias de la salud mental y poco eficientes como acciones de intervención. Bazley et al. (2019) y Nordtvedt & Chapman (2011) refieren al respecto que para que el esfuerzo de las comunidades religiosas sea más efectivo, se requiere que trabajen mancomunadamente con los servicios profesionales de la salud, y agregan que las iglesias cristianas pueden servir fundamentalmente como instituciones de remisión, lo cual es un apoyo al sector salud.

Nos interesa en este contexto, resaltar y dar gran valor a iniciativas de diálogo interdisciplinar y colaboración interinstitucional, como acciones esenciales para el desarrollo de estrategias integrales para la prevención del comportamiento suicida.

### *3.4.1 Resultados*

Desde el año 2018, nuestra investigación está trabajando articuladamente con diferentes comunidades religiosas, vinculándolas a un proceso formativo desde la interdisciplinariedad que les faculte la intervención integral del comportamiento suicida cuando se presente en sus contextos comunitarios. Ello con una pretensión explícita, que tanto los líderes religiosos como los profesionales de la salud mental dialoguen y compartan saberes y experiencias que nutran la prevención e intervención oportuna del comportamiento suicida.

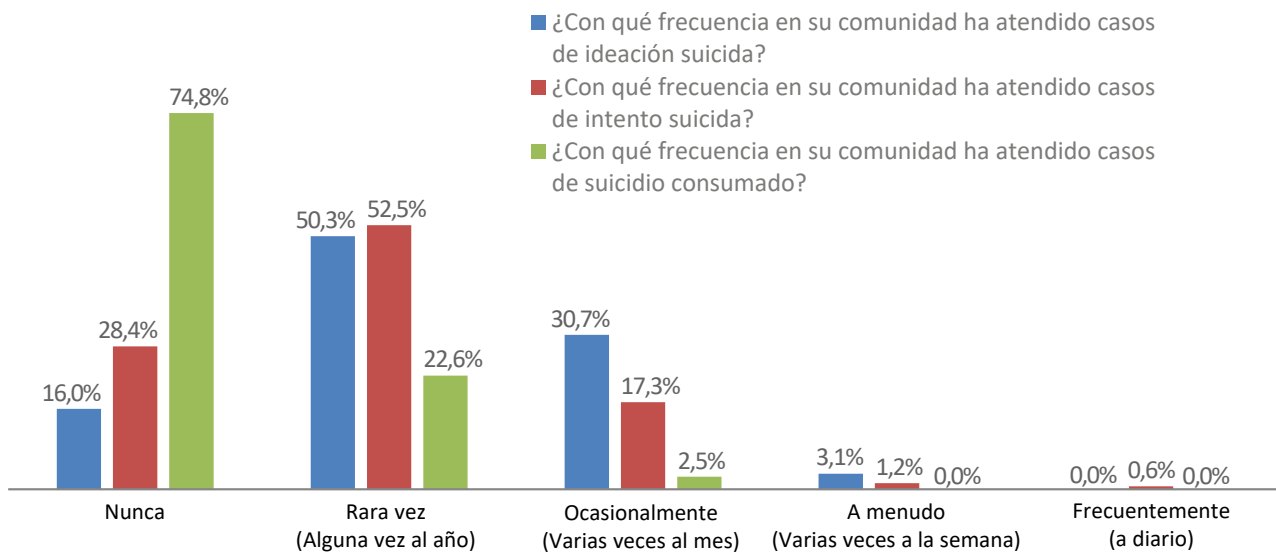
Por esto, como resultado de este proceso se pretende en este capítulo mostrar una guía orientadora, tipo protocolo de atención y prevención del comportamiento suicida en el entorno de las comunidades religiosas, cristianas, católicas o protestantes. Dicho protocolo es una contribución contextualizada a una pastoral, pertinente y oportuna acerca del comportamiento suicida.

Inicialmente, para dar soporte al protocolo, se consultó a teólogos expertos en diversas corrientes teológicas sobre el ejercicio pastoral acerca de qué hacer frente al suicidio y sus respuestas frente a las diferentes manifestaciones del comportamiento suicida. Mediante la aplicación del cuestionario autoadministrado en línea, el estudio se propuso indagar sobre la frecuencia de atención de casos de comportamiento suicida, estrategias de prevención e intervención del suicidio, formación y capacitación sobre fundamentos psicológicos, teológicos y pastorales, aplicados a la prevención del suicidio, además, preguntar también sobre el conocimiento de rutas de atención y la participación activa en encuentros sobre salud mental.

### 3.4.1.1 Los datos arrojados

Un primer aspecto que permite mostrar el cuestionario aplicado a los líderes religiosos, teólogos expertos que hacen un ejercicio pastoral con comunidad, tiene que ver con la frecuencia en la atención de casos de comportamiento suicida, en donde un total de 84 % ha atendido casos de ideación suicida en el último año y un 71,6 % de intento de suicidio. La siguiente figura detalla estos datos.

Figura 16. Frecuencia de atención de comportamiento suicida



Esta realidad de atención al comportamiento suicida en comunidades religiosas es principalmente empírica. De tal forma, el 30,7 % afirman que reciben casos varias veces al mes de personas con ideación suicida; el 17,3 % reciben varias veces al mes casos de intento de suicidio; un 22,6 % enfrentaron un caso de suicidio consumado al año; 74,8 % afirmaron nunca haber atendido un suicidio durante su ejercicio pastoral.

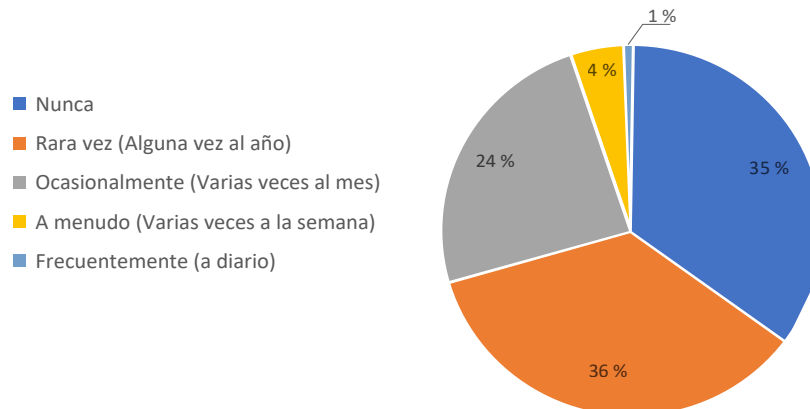
Aunque la consulta inicialmente no busca determinar el impacto del ejercicio pastoral en la prevención del suicidio, esta última cifra está relacionada con los hallazgos de VanderWeele et al. (2016) y Bazley et al. (2019), quienes encuentran menos tasas de suicidio en el contexto de comunidades religiosas.

### *Cualificación de los líderes religiosos*

Otro aspecto que el cuestionario expone tiene que ver con los espacios de capacitación formativa sobre esta temática a los que asisten los líderes religiosos. Así, la Figura 17 evidencia que un 4,4 % manifiesta estar permanentemente actualizados; 24,4 % recibe información periódica; el 1 % frecuentemente maneja información sobre el tema; mientras que un 35 % no lo ha hecho nunca y un 36 % afirma rara vez haber recibido información sobre el fenómeno del suicidio.

Figura 17. Frecuencia en recibir información

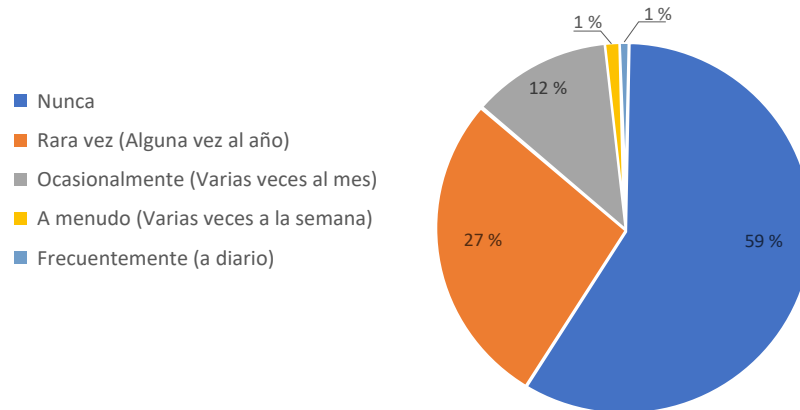
¿Con qué frecuencia en su comunidad recibe información sobre prevención e intervención en comportamiento suicida?



En la Figura 18 se observa que el 59 % de los líderes religiosos nunca ha recibido capacitaciones, talleres, conferencias o charlas sobre la prevención del comportamiento suicida, mientras que el 27,3 % ha tenido alguna vez algún tipo de encuentro de formación sobre el tema.

**Figura 18.** Frecuencia de capacitaciones sobre comportamiento suicida

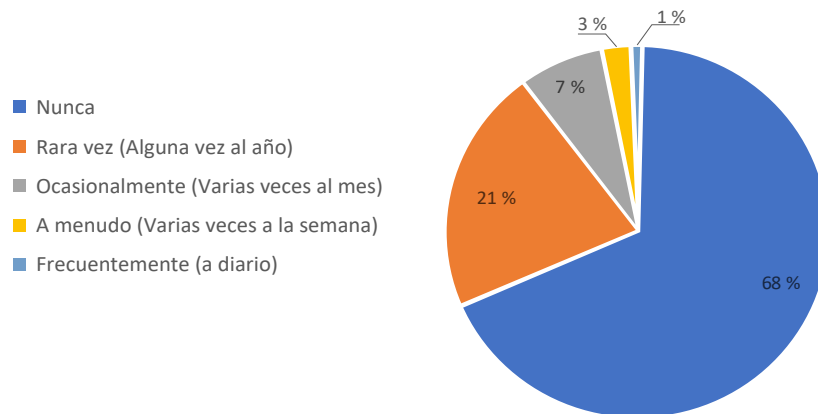
¿Con qué frecuencia en su comunidad se han realizado capacitaciones, conferencias o charlas sobre el comportamiento suicida?



Y acerca de estudios o investigaciones sobre el tema de suicidio en sus contextos, la Figura 19 muestra que el 68,5 % de los líderes religiosos consultados nunca ha realizado investigaciones o consultas en el contexto de sus comunidades, y solo un 1 % afirman ser estudiosos del tema.

**Figura 19.** Frecuencia de investigaciones o consultas

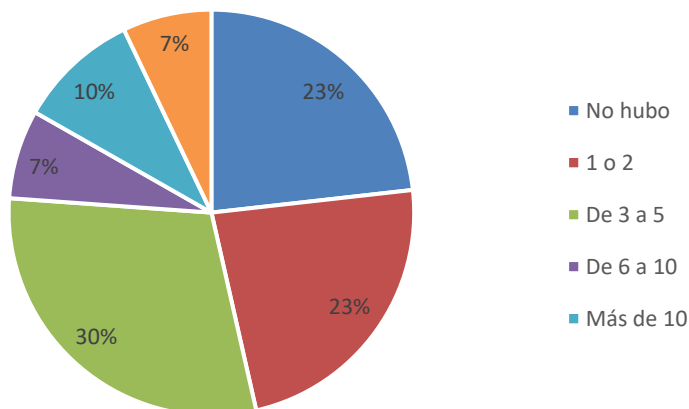
¿Con qué frecuencia en su comunidad han realizado investigaciones o consultas sobre comportamiento suicida?



A pesar de esta falta de información, formación y estudio sobre el suicidio, las comunidades religiosas están en territorios donde el suicidio es una realidad.

## Ocurrencia de suicidios en el ejercicio pastoral

Figura 20. Ocurrencia de suicidios en el último año



En el 77 % de esos territorios hubo casos de comportamiento suicida en el último año, en el 53 % entre 1 y 5 suicidios al año, y un 10 % con más de 10 suicidios.

Es de señalar, además, que, si bien las comunidades religiosas son organizaciones que por su misión tienen un impacto positivo en la prevención del suicidio, suelen tener desarticulación de los espacios y acciones gubernamentales, lo que limita su aporte. En este sentido, el 74,2 % de los líderes religiosos no conocen rutas de atención local en su municipio de acción para la prevención o atención del suicidio, y un 76,7 % no participan de encuentros, comités o mesas interinstitucionales de salud mental a nivel local, incluso un 7,5 % asegura no conocer o nunca haberse enterado sobre su existencia.

Este panorama muestra la necesidad de generar procesos de formación y de articulación en las comunidades religiosas acerca de la atención y prevención del suicidio, tanto en aspectos teóricos como en los mecanismos locales para su intervención integral. Con el Protocolo Psico-Pastoral de Evaluación de Comportamiento Suicida se espera contribuir al fortalecimiento de sus potencialidades como agentes religiosos interventores que les permita contribuir significativamente a la prevención de esta problemática en sus contextos.

### 3.4.2 Propuesta de Protocolo Psico-Pastoral para la Evaluación de Comportamiento Suicida

#### *Introducción*

El auge de las cifras de suicidio a nivel mundial y la condición multifactorial de la problemática demandan acciones de prevención e intervención interdisciplinarias e interinstitucionales. Las organizaciones basadas en la fe, y en especial las comunidades religiosas, son generadoras de factores de protección para el suicidio con significativos aportes a partir de sus saberes y experiencias. Es fundamental fortalecer los procesos de formación mediante programas de prevención e intervención formales que robustezcan la articulación a los organismos de control, vigilancia y atención en salud pública de sus territorios.

Este protocolo para la atención del comportamiento suicida, el cual se configura como una guía práctica para los agentes y líderes religiosos de organizaciones basadas en la fe, especialmente comunidades religiosas cristianas de confesión católica o protestante, busca contribuir al entendimiento multidimensional del comportamiento suicida y a la construcción de procesos de intercambio de saberes y experiencias, así como de cooperación entre organizaciones basadas en la fe y las instituciones públicas y privadas de salud mental.

Si bien se reconoce la pluralidad religiosa existente en Colombia, en acuerdo con los datos del Observatorio de la Democracia (2017) de la Universidad de los Andes, el 83,5 % de la población es cristiana, el 73,7 % es católica y el 9,8 % de diversidad protestante. Comprendiendo al mismo tiempo las múltiples interpretaciones y aplicaciones existentes dentro del cristianismo actual, esta guía considera en sus definiciones conceptos teológicos fundamentales y generales de la fe cristiana dejando a un lado las prácticas específicas o particulares para tener como fin último la prevención e intervención del suicidio desde la pastoral, esto en consecuencia con las palabras de Agustín de Hipona, “In dubiis libertas, in necessariis unitas, in omniacharitas”<sup>2</sup> (González, 1962).

Esta delimitación a las religiones cristianas, más que ser un limitante para otras religiones distintas, se constituye como un referente para la construcción de otras guías para otros contextos religiosos, pues considera desde la particularidad propia de la fe cristiana, el aporte de las creencias, los rituales y las prácticas, característicos de la manifestación religiosa. Es, por tanto, más que un protocolo universal, un ejemplo de guía con fundamentos espíritu-religiosos y psicológicos de atención al comportamiento suicida.

---

<sup>2</sup> En la duda libertad, en lo necesario unidad, en todo caridad.

### ***Alcance del protocolo***

El Protocolo Psico-Pastoral para la Evaluación de Comportamiento Suicida busca ser una guía orientadora de atención y prevención del comportamiento suicida en el ámbito de las comunidades religiosas, cristianas, católicas o protestantes, que contribuya a una pastoral pertinente y oportuna para la prevención del suicidio.

### ***Objetivo del protocolo***

Establecer una guía orientadora de atención y prevención del comportamiento suicida en el contexto de las comunidades religiosas, cristianas, católicas o protestantes, que contribuya a una pastoral pertinente y oportuna para la prevención del suicidio.

### ***Definiciones***

Un protocolo es un acuerdo entre expertos y profesionales en un determinado tema, en el cual se han clarificado actividades a realizar ante una tarea determinada. La construcción del Protocolo Psico-Pastoral para la Evaluación de Comportamiento Suicida contó con los aportes de teólogos expertos de diversas corrientes teológicas, organizaciones y confesiones cristianas, a quienes se les consultó sobre su ejercicio pastoral en la atención del comportamiento suicida.

En primera instancia, se presentan a manera de glosario guía algunos conceptos clave fundamentales para el ejercicio pastoral de los líderes religiosos.

Comportamiento suicida: hace referencia a continuum o proceso que inicia generalmente con la ideación suicida, pasando por una planeación, un intento, hasta llegar al acto del suicidio consumado. Para el presente protocolo se tendrá en cuenta de manera específica:

- » Ideación suicida: hace referencia al pensamiento, idea y deseo de quitarse la vida. Estos pensamientos de quererse morir pueden ser transitorios hasta llegar a convertirse en planes más específicos de cómo quitarse la vida.
- » Intento suicida: hace referencia a la conducta violenta realizada por una persona contra sí misma con la intención contundente o no de causarse su propia muerte. Las consecuencias pueden ser dañinas para el funcionamiento normal de su propio cuerpo, dada la gravedad de los daños en el organismo.
- » Suicidio: hace referencia al acto de muerte ocasionado por la misma persona, por causa de una acción violenta ejercida contra sí mismo y que interrumpe la vida.



- » Crisis: se trata de un estado temporal de desequilibrio emocional que se define por la incapacidad de solucionar los problemas utilizando los mismos métodos acostumbrados.
- » Señal de alerta: hace referencia a un conjunto de señales, signos o manifestaciones comportamentales que sugieren que una persona desea quitarse la vida.
- » Factor de riesgo: hace referencia a una situación que ocurre en el contexto que aumenta la posibilidad de que una persona se suicide (quiebra económica, diagnóstico de una enfermedad terminal, disfuncionalidad familiar, alteración emocional, entre otros posibles).
- » Factor precipitante: hace referencia a un estresor que acelera en la persona el deseo de suicidarse (conflicto de pareja, pérdida del empleo, entre otros posibles).
- » Factor protector: hace referencia a aquellas condiciones que reducen el riesgo de cometer comportamientos suicidas (creencias religiosas y espirituales, apoyo familiar, habilidad para resolver problemas, vínculos emocionales estables, entre otros posibles).

Enfermedad mental: hace referencia a un desequilibrio subjetivo que se manifiesta en un conjunto de síntomas y conductas asociados a un malestar o una discapacidad que amerita atención psicosocial.

- » Depresión: enfermedad mental que presenta síntomas de tristeza, incapacidad para disfrutar, alteración del ánimo, alteración del sueño y el apetito, sentimientos de inutilidad, autodesprecio, desmotivación, desconcentración e ideas de muerte.
- » Ansiedad: se trata de preocupaciones incontrolables, inquietud frecuente, pensamientos catastróficos a futuro, irritabilidad e hipervigilancia la mayor parte del tiempo.

Encuentro pastoral: se proyecta en el contexto de una reunión entre una persona creyente, practicante o no, y su líder religioso, quien puede ser nombrado al momento de la confesión, de terapia cristiana de consejería bíblica o reunión pastoral. El líder religioso puede ser un sacerdote, capellán, pastor, líder ministerial, terapeuta o consejero bíblico. El ejercicio pastoral incluye acciones de encuentro directo entre un consejero y el aconsejado.

### ***Mitos sobre el suicidio***

Es importante que los líderes religiosos reconozcan algunos mitos y falsos argumentos que se han tejido alrededor del comportamiento suicida, lo que permitirá estar atento para identificarlos dentro de su ejercicio pastoral.

Tabla 2. Mitos y realidades

Mitos	Realidades
El que se quiere suicidar, no avisa	Falso: las personas que mueren por suicidio generalmente avisaron que lo harían
Preguntarle a una persona sobre suicidio es inducirla a que lo haga	Falso: preguntarle a una persona sobre suicidio puede liberarle de la angustia que siente por pensarlo
Un buen cristiano no tiene tristezas ni deseos de morirse	Falso: las crisis son también parte del peregrinaje de fe del creyente y, en ocasiones, una forma de conocer a Dios de forma personal
El comportamiento suicida lo viven solo los que no son cristianos	Falso: muchos cristianos sufren con angustias y han pensado alguna vez en la muerte como solución
El que desea suicidarse es se da porque no se cree en Dios	Falso: muchos creyentes se han causado la muerte producto de crisis emocionales u otras múltiples causas
Los que intentan suicidarse realmente no quieren morir, solo llamar la atención	Falso: el intento de suicidio siempre es un llamado de atención y debe dársele la importancia que amerita
Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado de un piso más alto	Falso: toda tentativa de suicidio es igualmente grave, no importa el método utilizado
Los que se suicidan tiene una enfermedad mental que los enloquece	Falso: algunas personas con deseos de quitarse la vida pueden padecer una enfermedad mental, aunque no todas. El suicidio es multifactorial
El que se suicida es un cobarde o quizás un valiente	Falso: ninguna se contempla como una razón importante que induzca al suicidio. Lo cierto es que se trata de una persona que sufre, que está angustiada, que perdió el sentido de vida y no encuentra salida
El comportamiento suicida hace parte de nuestra herencia familiar	Falso: el suicidio no es heredable y se debe tener respeto por las familias y no intentar estigmatizarlas
Es imposible prevenir el suicidio porque solo lo hacen las personas impulsivas	Falso: generalmente el suicidio es un proceso que inicia con ideas, planes e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho

### *Evaluación del comportamiento suicida*

Presenta herramientas para los líderes religiosos y se centra en cinco ejes que permiten orientar una adecuada evaluación del comportamiento suicida en el ejercicio pastoral:

1. Identificación de la conducta suicida: consiste en el reconocimiento de las señales de alerta y la identificación objetiva del conjunto de comportamientos que pueden anunciar una alteración de la persona proclive al suicidio. Es importante estar atento al estado de salud mental de la persona, sin ser aprehensivo.
2. Caracterización de la etapa de comportamiento suicida: determinar si la persona en el proceso del comportamiento suicida está en la ideación, en la planificación, en el posible intento o en el inminente acto.
3. Evaluación del riesgo suicida: si bien este es un manejo del profesional en salud, médico, psiquiatra o psicólogo, es importante que el líder religioso al momento de remitir un caso tenga claridad del procedimiento. El riesgo suicida se mide en tres niveles, así: 1. Bajo: presencia de pensamientos suicidas eventuales, sin plan para llevar a cabo y sin historial previo de intento; 2. Medio: ideaciones recurrentes y planes suicidas con

posibles métodos definidos, sin estructurar aún un dónde o cuándo; 3. Alto: consiste en un plan estructurado (cuándo, cómo y dónde), con intención de cometerlo, adicional a algunas señales posibles como: intentos previos, ausencia de redes de apoyo familiar o social, antecedentes de depresión u otra condición mental asociada, alucinaciones (órdenes de hacerse daño), uso de sustancias psicoactivas. Esta última condición de riesgo exige inmediato contacto profesional.

4. Identificación de acciones de intervención: consiste en la activación de la ruta de atención en la que intervenga la intersectorialidad local, es decir, que el líder religioso conozca los recursos institucionales del contexto y tenga un directorio actualizado de contactos de apoyo.
5. Seguimiento: es fundamental entender que un caso de comportamiento suicida exige seguimiento y control, que la persona sienta que importa y que a su líder le interesa saber cómo sigue y en qué va su proceso de tratamiento. Indagar eventualmente por la persona a posteriori, siempre es valioso.

### *3.4.2.1 Lineamientos para la atención del comportamiento suicida*

Los siguientes son aspectos que deben ser considerados por los líderes religiosos en la atención y evaluación de personas con comportamientos suicidas.

Invite a la persona a conversar: es importante plantearle a la persona que converse sobre sus angustias, sobre los hechos y situaciones que le generan malestar, invitarla a que exprese sus sentimientos y se sienta comprendida y apoyada. Tenga en cuenta que, a veces, las intenciones suicidas suelen ser engañosas y la persona puede manifestar y reiterar no necesitar hablar al respecto, que son solo ideas ligeras que no merecen atención. Siempre, ante cualquier ideación, hay que enfatizar y prestar atención.

No tema preguntar sobre ideas e intenciones suicidas: No es cierto que indagar sobre pensamientos suicidas induce al suicidio. El que la persona exprese deseos de quitarse la vida, puede ser como un intento de alivio para su angustia y hablar de ello le permite ver otras posibles soluciones más beneficiosas, para afrontar las dificultades de la vida. Siempre, sin inducirlas, hay que permitirle a la persona que explore posibles soluciones con preguntas directas que le permitan ponerse en otros escenarios que lo descentren de la crisis, como: ¿cree que su situación actual puede mejorar, qué posibles opciones ve?

Escuche con empatía y respeto: ante una crisis emocional generalmente las personas no tienen la suficiente claridad sobre lo que les acontece y tienen limitaciones para hablar o describir lo que les causa la crisis de angustia. Esto sugiere que la escucha en el encuentro pastoral sea con respeto y mucha atención. Incluye no rebatir las conclusiones que expresa la persona, es más útil hacerle saber que su sufrimiento tiene validez y las razones de ello son importantes en ese espacio.

Cuando la persona exprese sentimientos relacionados con el comportamiento suicida, escuche con serenidad y atención, evitando expresiones como “eso no vale la pena”, “la gente no se muere por eso”, “la vida vale más que ese problema”, “hay cosas peores”, “déjele todo a Dios y a la vida”, “la vida es bella y el bien máspreciado” ... Su posición empática y justa contribuirá a un mayor acercamiento y evitará que en la persona se agudice la angustia.

En caso de considerar ayuda de otras disciplinas para dar continuidad al tratamiento complementario, hágale saber al aconsejado que se trata de otros recursos que tienen como propósito apoyar en la solución de sus problemas, distinto a recurrir a comportamientos autoagresivos que atenten contra la vida.

Fortalezca confianza y vínculos: busque construir un vínculo fuerte de confianza y sin exclusividad, pues se hace importante vincular a otras personas en el proceso de atención y prevención, especialmente a familiares y personas cercanas. Solicite los datos de contacto, generalmente las familias agradecen ponerlas al tanto de lo que sucede.

Tenga presente que para la persona el encuentro pastoral puede ser su último recurso en la búsqueda de una salida a su angustia, incluso una despedida para cometer el acto suicida, y es aquí donde cobra importancia la vinculación de la familia al proceso de intervención.

Evaluación de factores protectores: pregunte sin juzgar sobre los vínculos familiares, de pareja, de amigos, de trabajo, con jefes o profesores, entre otros. Consulte sobre las prácticas espirituales de la persona, sus creencias, su relación con Cristo y su iglesia. Trate de identificar cómo ha sido el obrar de Dios en otras ocasiones de su vida, en otras crisis y cómo Dios ha sostenido su existencia. Resalte sus experiencias, creencias y prácticas que le fortalezcan en su propia vida y le permitan aferrarse a ello. Indague por sus gustos, *hobbies*, cómo disfruta sus tiempos de ocio, actividades recreativas, artísticas, deportivas, todo lo que le permita encontrar y construir sentido de vida se valora como factor protector.

Evaluación del comportamiento suicida: con los ítems anteriores ya se está evaluando el riesgo suicida. Tenga en cuenta que evaluar el comportamiento suicida en una persona encierra varios aspectos globales:

- » Estado de angustia de la persona.
- » Dimensiones del problema crítico que le aqueja.
- » Existencia de un plan de muerte.
- » Síntomas de depresión, ansiedad o estrés extremo.
- » Antecedentes de intentos de suicidio previamente.
- » Antecedentes familiares de suicidio.
- » Consumo de sustancias psicoactivas.

Preguntas guía para la evaluación de riesgo suicida: para precisar la evaluación del comportamiento suicida de la persona aconsejada, el líder religioso, dentro de su ejercicio pastoral, puede apoyarse en algunas de estas preguntas.

#### Proyección a futuro

- ¿Cómo te ves en cinco meses?
- ¿Se te ha pasado por la cabeza que no mereces vivir?
- ¿A veces has querido dormir y no despertar jamás?

#### Pensamientos de muerte

- ¿Tienes pensamientos intrusivos de muerte?
- ¿Has pensado en acelerar tu muerte?
- ¿Has sentido ganas de hacerte daño para morir?
- ¿Has pensado en algún plan para morirte?
- ¿Piensas en alguna dificultad en la que la solución es morirte?
- ¿Oras pidiéndole a Dios tu muerte?

#### Ideas de muerte

- ¿Se te pasan por la cabeza ideas de muerte?
- ¿Con qué frecuencia aparecen esas ideas de muerte?
- ¿Tienes dificultades para controlar las ideas de muerte?
- ¿Qué situaciones te disparan las ideas de muerte?

#### Antecedentes de intento suicida

- ¿Alguna vez has intentado hacerte daño con la intención de morirte?
- ¿Qué te llevó a atentar contra tu vida?
- ¿Cuántas veces has intentado quitarte la vida?
- ¿Cómo te sientes hoy después de haberlo intentado?
- ¿Qué medios usaste para atentar contra tu vida?
- ¿Qué tanta disponibilidad tienes de esos medios que usaste?
- ¿Volverías a atentar contra tu vida?

#### Riesgo de causar daño a otras personas

- ¿Quisieras que alguien muriera contigo?
- ¿Esa persona es culpable de tu intención de morir?
- ¿Existe alguien que no soportaría tu muerte?

#### Conocimiento de algunas señales de alerta de comportamiento suicida

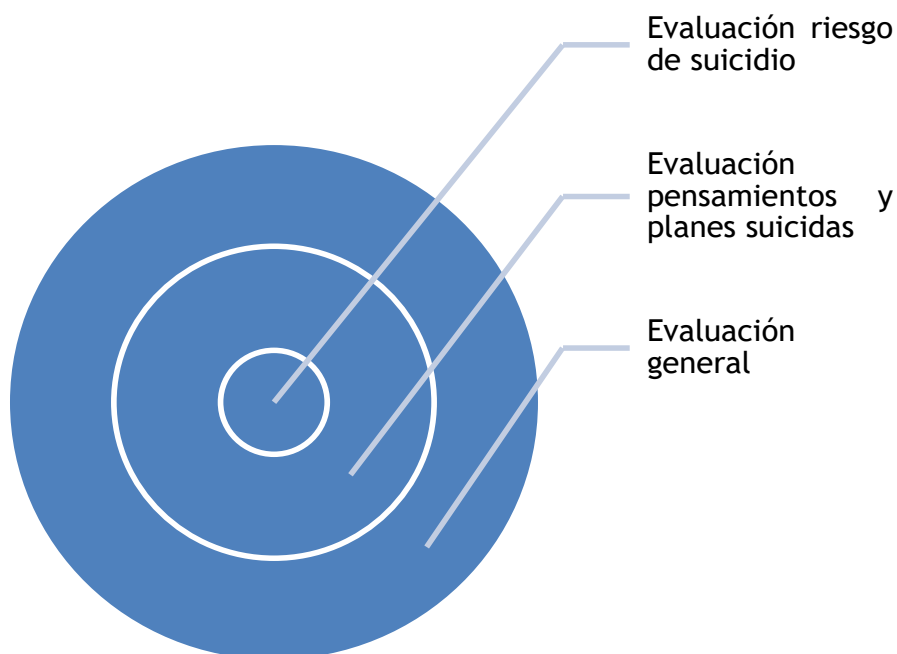
Es importante que en el ejercicio pastoral se reconozcan y se indague por señales que podrían indicar que una persona desea quitarse la vida, y así intervenir a tiempo para la prevención del suicidio; señales tales como:

- » Tener intentos de suicidio previo.
- » Hacer preguntas frecuentes sobre la muerte.
- » Tener conversaciones reiterativas sobre la muerte.
- » Expresar ideas de cómo le gustaría morir.
- » Hacer despedidas inusitadas.
- » Amenazar con hacerse daño.
- » Demostrar odio o desprecio a sí mismo.
- » Manifestar pensamientos negativos de su propio futuro.
- » Tener un diagnóstico de una enfermedad mental.
- » Mostrar una sensación de abandono de Dios.
- » Expresar frecuentemente enunciados como “Dios me necesita”, “qué lindo sería morir”, “acá no hay lugar para mí”, “qué sentido tiene continuar” ...

Criterios para remisión: la derivación de las personas a los profesionales de la salud, entidades hospitalarias, de medicina, de trabajo social, de protección, se determina con base en el riesgo de comportamiento suicida, a través de las líneas y rutas de atención establecidas en cada región. Se hace importante el diligenciamiento del consentimiento informado, la autorización de la familia y la captura de datos personales.

Como sugerencia de la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA, 2013), es importante para una adecuada remisión evaluar a las personas en crisis y con susceptibilidad de comportamientos suicidas, de la siguiente manera: de lo general a lo específico.

Figura 21. Evaluación del riesgo



Nota: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V (APA, 2013)

### Evaluación general

- » Realice una valoración de la situación actual relacionada con la crisis.
- » Indague sobre antecedentes de intentos de suicidio propios.
- » Evalúe síntomas de enfermedad mental como depresión y ansiedad.
- » Indague sobre tratamientos anteriores de enfermedad física/mental.
- » Evalúe antecedentes de suicidio y enfermedad mental en familiares.
- » Identifique red de apoyo familiar y social.

- » Pregunte sobre su relación con la comunidad religiosa.
- » Consulte sobre su conversión y formas de vida cristiana.

#### Evaluación de pensamientos y planes suicidas

- » Identifique existencia y frecuencia de ideaciones y pensamientos de suicidio.
- » Identifique si existe plan suicida.
- » Evalúe nivel de riesgo de intento y suicidio consumado.
- » Identifique las bases teológicas y bíblicas sobre la muerte, la salvación y la vida después de la muerte.
- » Indague sobre la comprensión de la obra redentora de Cristo.
- » Pregunte sobre sus meditaciones bíblicas.

#### Evaluación de riesgo suicida

- » Identifique si existe plan específico de muerte por suicidio.
- » Evalúe disponibilidad de medios para llevar a cabo el plan suicida y su letalidad.
- » Identifique persistencia de deseos de muerte.
- » Re-evalúe antecedentes de intentos de suicidio y los medios usados.

Para la evaluación del riesgo suicida, el líder religioso puede servirse de la siguiente escala:

**Tabla 3.** Escala de evaluación de riesgo suicida

Escala de evaluación de riesgo suicida (American Psychiatric Association, APA, 2013)	
Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener un plan específico de muerte y los medios disponibles</li> <li>• Frecuentes deseos de muerte</li> <li>• Padecimiento de síntomas de depresión</li> </ul>
Riesgo confuso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresiones ocasionales de quererse morir</li> <li>• Deseos ambivalentes de muerte</li> <li>• Desprecio ocasional por la vida</li> <li>• Sentimientos de desolación</li> </ul>
Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalización de ganas de morir sin plan alguno</li> <li>• Expresión de estado ideal de muerte sin plan alguno</li> <li>• Síntomas prodrómicos de una depresión</li> </ul>

*Nota:* Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V (APA, 2013)



Ruta de atención para las personas que presentan comportamiento suicida: las rutas de atención del comportamiento suicida tienen como objetivo acompañar a las personas y mejorar la capacidad de respuesta en caso de riesgo suicida. A continuación, se señalan algunos aspectos a tener en cuenta y que sirven de guía para los pasos o procedimientos de las diferentes rutas posibles, en caso de:

#### Ideación suicida

- » Valore el riesgo suicida.
- » Indague sobre la frecuencia de sus pensamientos de suicidio.
- » Evalúe factores protectores.
- » Active red de apoyo (familiares, pareja, amigos, compañeros, vecinos).
- » Realice seguimiento a través de comunicación con la persona o la familia.

#### Intento de suicidio

- » Comunicación urgente con la familia.
- » Comunicación urgente con autoridades (bomberos, policía).
- » Comunicación urgente con personal médico (servicio de urgencias, paramédicos).
- » Realice seguimiento a través de comunicación con la persona o la familia.

#### Suicidio consumado

- » No toque el cuerpo.
- » Comunicación urgente con autoridades (fiscalía, policía, medicina legal, bomberos).
- » Comunicación urgente con personal médico (servicio de urgencias, paramédicos).
- » Realice seguimiento a través de comunicación con la familia.

Al final del encuentro pastoral: actúe con serenidad y pertinencia para que logre la eficacia con acciones que permitan evitar un intento o suicidio. Háblele a su aconsejado sobre opciones tangibles de solución de problemas, de personas que le pueden ayudar y acompañar. Permítale saber que es una persona importante y que cuenta con usted como líder de la comunidad. Invítele a buscar a Dios en oración, en la meditación de su palabra y a fortalecer los vínculos con su comunidad. Ore con la persona evitando señalamientos, juicios y referencias bíblicas de condenación. Confirmele que cuenta con su apoyo espiritual y que tiene la confianza de que Dios obrará en su vida.

Realice seguimiento: suele suceder que la persona con ideaciones suicidas tienda a que se le reste atención a su plan de suicidio y refiera que se siente muy bien, que todo ha mejorado y se encuentra feliz. En ocasiones, esta es la alerta que indica que la persona se va a suicidar. Hacerle seguimiento y llevar un control indica que usted establezca comunicación con la persona, con la familia o cercanos e indague sobre su estado de salud, las atenciones que esté recibiendo, junto con el tratamiento médico o psicológico. Es importante que se brinde apoyo espiritual por medio de diferentes encuentros dentro del ejercicio pastoral.

Por último, como parte de este protocolo, se presentan dos documentos que son importantes para que en las comunidades religiosas se genere cultura de registro y sistematización de las intervenciones.

***Registro del acompañamiento psico-pastoral en la evaluación del comportamiento suicida***

Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

Identificación

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Documento de identificación: T.I \_\_\_\_ C.C \_\_ Número: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: DD/\_\_\_\_MES/\_\_\_\_AÑO\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Estrato: \_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_

Entidad prestadora de salud: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Contactos en caso de urgencias:

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de celular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma líder religioso

### ***Consentimiento Informado sugerido para el inicio del acompañamiento pastoral***

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo al líder religioso que actualmente me atiende, para que realice la aplicación del “Protocolo Psico-Pastoral para la Evaluación de Comportamiento Suicida” para evaluar riesgo de suicidio. Además, declaro que se me ha ilustrado de manera clara y precisa sobre:

- » El rol de líder religioso en el ámbito del ejercicio pastoral.
- » Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, asistencia y compromiso sean los indicados.
- » Que puedo retirarme del ejercicio pastoral en cualquier momento.
- » Los límites de la confidencialidad.

Se me informó, así mismo, que, al permitir la aplicación del mencionado protocolo, estoy aceptando un servicio para el cual debo suministrar la información necesaria para obtener beneficios del proceso y, además, recibí información sobre todos los aspectos relacionados con su aplicación.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento, dado en la ciudad

de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Para constancia se firma de conformidad:

\_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos del aconsejado

\_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos del líder religioso

\_\_\_\_\_  
Firma e identificación

\_\_\_\_\_  
Firma e identificación

## 3.5 Procesos de intervención del comportamiento suicida en entornos escolares

Este capítulo cobra relevancia dado que, en los espacios educativos, como lo ha indicado la OMS (2014), suele presentarse una alta prevalencia de comportamiento suicida. La intervención del comportamiento suicida en entornos escolares se encuentra atravesada por distintos elementos a tener en cuenta, si lo que se espera es una práctica responsable. Para comenzar, se hace indispensable tener presente la importancia de convocar a un proceso formativo a toda la comunidad académica, en donde se haga una sensibilización, información y formación sobre la temática del suicidio, para que la comunidad educativa se apropie del tema y adquiera elementos para saber cómo asumir la situación si se presenta.

Para ello es necesaria la planeación, dentro del Proyecto Educativo Institucional (PEI) y el manual de convivencia, de acciones articuladas sobre el fomento de la salud mental y la convivencia institucional con un énfasis particular en la prevención integral del comportamiento suicida, en donde se vinculen los diferentes momentos del desenvolvimiento corporativo; esto es, involucrar a directivos, docentes, orientadores escolares y estudiantes, pero también a las familias y a la comunidad en general mediante estrategias formativas que permitan el abordaje de esta problemática de salud pública desde la cotidianidad de la institución educativa.

Así mismo, es importante reconocer la eficacia del trabajo mancomunado con otras instituciones y programas municipales con los que se pueden desarrollar estrategias de atención y seguimiento oportunas, vinculando muy particularmente al sector salud y al sector protección con la institución educativa.

Colombia posee una herramienta por excelencia, la *Guía N.º 49* (MinEducación, 2013), una guía pedagógica para la convivencia escolar que es operativizada mediante la Ley 1620 (MinEducación, 2013) y en la que se propende por establecer herramientas pedagógicas en cada establecimiento educativo del país que provean el proceso de ajuste de los manuales de convivencia y promuevan su apropiación desde la participación conjunta de las comunidades educativas. La *Guía N.º 49* propone un conjunto de prácticas orientadas al fortalecimiento de la convivencia escolar y en la que se diferencian momentos prácticos para la promoción, prevención, atención y seguimiento de la convivencia escolar. Si bien esta apuesta del Ministerio de Educación Nacional en su momento no estuvo explícitamente orientada a la intervención del comportamiento suicida en entornos educativos, cuando se habla de convivencia escolar este es un tema que hoy entendemos tiene que ser relevante, por lo tanto, se ajusta perfectamente a esta guía.

Así, las instituciones educativas, en el contexto actual y con los avances conocidos desde la OPS y la OMS (2014) sobre el comportamiento suicida, pueden valerse de las acciones que contempla la *Guía N.º 49* para la mitigación del riesgo y la promoción de la salud mental. Lo anterior, teniendo en cuenta que el comportamiento suicida es multicausal, multidimensional y que su intervención debe ser contemplada desde distintos sectores, abordados a partir de un equipo de trabajo interdisciplinar al interior y en el entorno inmediato de las instituciones educativas. En la misma vía, la Ley 1620 (MinEducación, 2013) implica la participación activa de cada uno de los miembros de la comunidad educativa e incluye organismos municipales, departamentales y nacionales a nivel intersectorial en la ejecución de las acciones en beneficio de la instauración del sistema nacional de convivencia escolar para la capacitación práctica de los derechos humanos.

En la misma línea, y siguiendo las orientaciones que la OMS (2001) propone para incorporar las habilidades para la vida como estrategia de prevención del comportamiento suicida, las instituciones educativas, por medio de proyectos pedagógicos transversales, pueden incorporar al currículo la formación en valores de convivencia, integrando en esta medida al plan de estudios una formación transversal en valores como el respeto, la solidaridad, el aprovechamiento del tiempo libre, el cooperativismo, la sana competencia entre pares, dando cumplimiento a la Ley 1029 (Congreso de Colombia, 2006a). Las instituciones educativas, en esta medida, pueden generar estrategias, acciones, prácticas cotidianas que favorezcan la adquisición de dichas habilidades que promocionan la vida como factor protector de la salud mental de toda la comunidad educativa.

Es de destacar que los lineamientos propuestos sobre el abordaje del comportamiento suicida, para su prevención fundamentalmente y su intervención cuando sucede en los escenarios educativos en Colombia, relacionados con la promoción de estrategias para la vida y la convivencia escolar, van muy de la mano con los estudios realizados internacionalmente y se acoplan a los mandatos en vigencia de la OPS y la OMS (2014). En este sentido, por ejemplo, el Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2019) genera una guía para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales dirigida a la integralidad de la comunidad educativa; asimismo, Kaplan y Szapu (2019) analizan la importancia de abordar el suicidio en los espacios socioeducativos en Argentina. Es necesario enfatizar en la necesidad de realizar intervenciones eficaces en la prevención del comportamiento suicida en entornos educativos, para lo cual es fundamental una articulación y corresponsabilidad entre la familia, la escuela y la sociedad, como lo han señalado también Sánchez Estévez (2021), Rodríguez Abrahantes et al. (2017), Piedrahita et al. (2012), entre otros estudios que coinciden en la importancia de acciones articuladas en beneficio de óptimos resultados que promuevan la vida.

Esta investigación, entonces, como una de sus líneas de acción hace acercamientos directos con las instituciones educativas en las municipalidades participantes, reconociendo la importancia nodular del sector educación y trabajando desde el fomento de una intervención integral e intersectorial del comportamiento suicida con las comunidades educativas, educadores, padres de familia y población estudiantil. En estos encuentros con los entornos escolares se han generado, desde las mismas narrativas de las comunidades educativas, los siguientes resultados en lo atinente a los procesos de intervención del comportamiento suicida en su desempeño institucional cotidiano. Estos resultados se obtuvieron gracias a una muestra poblacional de diez agentes educativos, seleccionados aleatoriamente y entrevistados en diferentes municipios participantes de la investigación, quienes, para efectos de escritura, se presentan con la convención AE del 1 al 10; con ellos se indagó a partir de dos categorías de análisis: una, los procesos de articulación, que a su vez contiene la subcategoría de articulación intersectorial para la familia y la escuela; y dos, las estrategias de atención integral del comportamiento suicida.

### 3.5.1 Procesos de articulación

Esta unidad de análisis aborda la articulación intersectorial que, en el contexto de este libro y en sintonía con Baró (2016), se define como un trabajo que motiva de manera explícita la participación de diversos actores que tienen corresponsabilidad en el desarrollo de políticas públicas encaminadas a actuar a favor de los determinantes de la salud integral. Tales determinantes incluyen aspectos obviamente educativos, pero también ambientales, de salud física y mental, así como económicos, y se deben promover a favor de políticas públicas para el desarrollo comunitario.

De acuerdo con lo anterior, es claro que se requiere del compromiso de distintos sectores sociales para intervenir en los determinantes sociales de bienestar integral en una comunidad; en este caso en un contexto escolar que necesita intervenir el comportamiento suicida. La articulación se da entre los sectores y entre los actores, por tanto, en las localidades se propone de manera interinstitucional, como un proceso mediante el cual, según lo precisan Molina et al. (2018), las instituciones dialogan y conciertan para planificar objetivos, métodos de trabajo y metas, actividades estas en que se reparten papeles y funciones para alcanzar los proyectos comunes. Uno de los informantes, agente educativo de la modalidad de atención familiar a la primera infancia, lo expresa muy bien.

En la modalidad familiar, el equipo pedagógico cuenta con el acompañamiento del equipo interdisciplinario (psicológico, salud y nutrición); ellos nos orientan en cuanto a la promoción de estilos de vida saludables, incluyendo, claro está, la salud emocional, dando así herramientas base a las familias para afrontar en primera medida alguna situación que pueda ocasionar algún daño a su bienestar. (AE 4, comunicación personal)

Como puede observarse en este aporte, la articulación intersectorial también es necesariamente interdisciplinaria para que cumpla criterios de efectividad.

### *3.5.1.1 Articulación intersectorial para la familia y la escuela*

En la primera narrativa, nuestro informante hace mención del programa de modalidad familiar, que es una iniciativa del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) que, desde la Ley 75 (1968) institucionaliza en Colombia el bienestar familiar. A este respecto, es necesario fortalecer, desde los entornos educativos y mediante la modalidad familiar, los vínculos familiares como un factor protector de la salud mental de las comunidades educativas. Este aporte lo señala:

Los agentes educativos en el contacto con las familias nos damos cuenta de que es allí donde, en gran medida, están ocurriendo tantos malos tratos que hacen que los muchachos nos lleguen aquí alterados, hasta con ganas de no seguir. Por eso, yo hoy comprendo que es necesario fortalecer a las familias, articularlas más con la institución educativa, que no sientan que acá es solo un lugar para depositarnos a sus hijos. (AE 9, comunicación personal)

De acuerdo con lo anterior, la modalidad familiar tendría que favorecer espacios comunitarios para concertar y gestionar el desarrollo familiar de manera que permita un estado de salud mental en los niños y adolescentes en etapas escolares. Con este aporte se puede inferir, en lo que respecta al suicidio, que desde el fortalecimiento familiar podremos fomentar la salud mental de las nuevas generaciones.

Y en los entornos educativos, promover la salud mental se traduce en promover actividades psicoeducativas, transversales a los programas académicos, orientadas a los estilos de vida saludables (Ley 115 de 1994).

Los estilos de vida saludables son definidos por la OMS (2016c) como una manera de vivir, fundada en la acción recíproca entre las condiciones de vida contextual y los modelos de comportamiento personales, establecidos por factores socioculturales y características individuales, que se exteriorizan en prácticas cotidianas de equilibrio, a nivel físico (alimentación, actividad física, higiene de sueño), mental (vida sexual sana, manejo del estrés, recreación, capacidad intelectual), cuidado de las relaciones interpersonales, prácticas espirituales y cuidado del entorno ambiental, entre otras. Esta participación muestra como los agentes educativos los pueden incentivar:

Yo desde mi área, la educación física, promuevo todo el tiempo, en todos los grados, que tengan buenos hábitos, que se nutran de estilos de vida sanos, que tengan buen dormir, una alimentación balanceada, que distribuyan bien el tiempo, que se cuiden de los vicios, que se ejerciten regularmente. Y así, yo estoy seguro, que eso les tiene que ir calando para su futuro. (AE 6, comunicación personal)

Este aporte es un ejemplo claro del ejercicio en lo cotidiano de una apuesta por la articulación y la integralidad en la formación de los estudiantes, pensando en la vida más allá de las metas académicas que el currículo exige. Muestra, además, la importancia de la interdisciplinariedad, pues para mantener un equilibrio en el bienestar subjetivo se requieren los saberes de las diferentes disciplinas que aportan al bienestar humano.

Los agentes educativos entrevistados para este estudio cumplen un rol fundamental de engranaje en los procesos de promoción de la salud mental y la convivencia, y de prevención, atención y seguimiento del comportamiento suicida y otros factores determinantes. Uno de ellos lo narra del siguiente modo:

Nosotros somos quienes tenemos un contacto más estrecho con las familias, percibimos, recolectamos datos que las mismas familias nos cuentan sobre lo que sucede en su interior y con esa información remitimos al equipo interdisciplinario para que ellos puedan intervenir de manera oportuna y eficaz la situación. (AE 2, comunicación personal)

En las instituciones educativas se procura una comunicación directa del agente educativo con las familias, evidenciando y rescatando ese rol determinante que tiene el agente educativo para la remisión y activación de rutas con otros agentes del sistema, que posibilitan la integridad e integralidad en la atención en salud mental, como lo propone, la Ley 1620 de 2013 sobre convivencia escolar y, en concordancia, también la Ley 1616 de 2013 referente a la salud mental. Ambas normativas proponen rutas de atención en los niveles de promoción, prevención, atención y seguimiento, y al tiempo insisten en la articulación intersectorial entre salud, educación, justicia y protección para el logro efectivo y pertinente de las acciones del bienestar social.

Los efectos de la articulación entre las familias y los agentes educativos con otros sectores se vislumbran en la siguiente narrativa:

Por fortuna, en la institución educativa se han presentado pocos casos sobre ideación suicida y hasta la fecha no se han presentado casos de intento de suicidio, o sea, pasaje al acto o suicidio en la población escolarizada. Sí en el municipio, pero pasa a ser abordado desde salud pública. En los casos que se han identificado conductas alarmantes o ideación suicida se han activado las rutas de atención integral y los protocolos de la Ley 1616 de 2013; en una ocasión no pudimos contactar con el acudiente y desde la institución llevamos al estudiante al servicio médico, luego lo llevamos hasta su hogar y lo dejamos con el padre, explicándole todo el procedimiento llevado a cabo, los cuidados a tener en casa y el tratamiento a seguir para garantizar el acceso al sistema de salud para el tratamiento. (AE 6, comunicación personal)



Así pues, es prioritario que se fortalezcan las competencias de los agentes educativos en la implementación de los procedimientos necesarios cuando se presente un escenario de riesgo que altera la convivencia en una comunidad educativa e inclusive atenta contra la vida de alguno de sus miembros. Dichas competencias tienen que redundar en la adopción de las rutas de atención local, tanto la interna que cada escuela o colegio debe construir, como la ruta de atención implementada en el municipio desde la intersectorialidad. Estas rutas locales son el procedimiento matriz que permite hacer efectivo un acompañamiento a las familias en todo el proceso de intervención integral ante un evento de comportamiento suicida.

Es necesario ser reiterativos en reforzar estas competencias y el compromiso intersectorial, porque en la realidad de las localidades todavía se perciben fallas en los procedimientos a realizar, sea por desconocimiento, por falta de psicoeducación, por los mitos en relación con el comportamiento suicida que persisten o, incluso, por la falta de celeridad de algunos actores del sistema o por su falta de compromiso humanitario, como lo nombra este informante:

La verdad, es muy complejo abordar esta temática en la institución por diversos factores, en especial por los temores al compromiso, entre otros asuntos, las diversas concepciones y prácticas que se tienen sobre la temática y que alimentan tantos mitos a nivel de comunidad educativa; sin contar con que la activación de la ruta de atención es muy lenta, se demora días y hasta meses para verse algún resultado, de igual manera pasa con el seguimiento a los casos y el acompañamiento a las familias. (AE 5, comunicación personal)

Este agente educativo se cuestiona por las limitaciones en el acceso a los servicios de salud mental en nuestras localidades, a pesar de que en Colombia existen leyes que regulan su aplicabilidad. Otro aspecto de resaltar en la anterior narrativa, y que es común todavía que aparezca en los relatos de los agentes educativos, tiene que ver con los mitos existentes en relación con el suicidio. Este aporte, en general, es una señal que indica la situación precaria que se tiene en nuestras regiones con respecto a la atención de la salud mental y deja explícita la necesidad de continuar con los procesos de psicoeducación continuada con las comunidades, tanto al interior de la escuela, como en toda la institucionalidad local.

Como es el propósito de la *Guía de intervención mhGAP* (OMS, 2016b), la promoción de factores de protección en contra del suicidio, como también de otras problemáticas humanas, incentiva la adquisición de estilos de vida saludables y entornos beneficiosos para la salud mental desde el afianzamiento de una articulación intersectorial que permita en una comunidad tener más conocimiento para detectar señales de alarma y activar las rutas correspondientes de acompañamiento a las personas y familias afectadas.

### 3.5.2 Estrategias de atención integral del comportamiento suicida

Esta segunda categoría está relacionada con las estrategias de atención al comportamiento suicida, en ella se destaca la necesidad de establecer un proceso que ha de ser riguroso, responsable, participativo y de conocimiento general de los miembros de cada comunidad educativa.

Para comenzar, y partiendo de la ya enunciada Ley 1620 del año 2013, que aborda la convivencia escolar y los derechos humanos sexuales y reproductivos, se hace necesario contemplar al interior de los establecimientos educativos todo lo relacionado con las acciones de psicoeducación en las cuales se vinculan no solo a directivos, docentes y estudiantes, sino también a sus familias y a la comunidad en general.

En esta perspectiva, la psicoeducación se refiere a los procesos formativos y de información específica sobre una temática que se imparten a un grupo poblacional para prevenir una problemática, sea de manera individual o grupal, a nivel de familia o comunidad. Un proceso de psicoeducación llevado a consciencia tiene un efecto significativo como apoyo emocional, de resolución de problemas y conflictos, que permite que las personas asuman actitudes positivas y provechosas ante sus dificultades.

Por ejemplo, Vizcarra y Dionne (2008) afirman que estas acciones deberán estar establecidas no como actividades aisladas, sino como cultura institucional, como un proceso continuado que promueva el ejercicio de los derechos humanos y la protección de estos en entornos educativos. Es precisamente en este componente de la normatividad en el que es posible considerar la promoción de la salud mental como parte de la formación educativa para la vida y como eje fundamental en el ejercicio de prevención del comportamiento suicida. Al respecto, uno de los entrevistados enuncia que en su lugar de trabajo establecen el siguiente esquema inicial:

Se hacen escuelas de padres direccionadas a situaciones que en su momento estén afectando el clima familiar, educativo o personal, actividades de interés en lo deportivo y cultural, atención a estudiantes en asesoría psicológica y grupo familiar, trabajo interdisciplinar con entes municipales, etc. (AE 4, comunicación personal)

La promoción de la salud mental en los entornos educativos, mediante espacios grupales de psicoeducación, reside en acciones que fundan ambientes y condiciones de vida que protejan la salud mental, es decir, un equilibrio vital que permita a las personas, a cada integrante de la comunidad educativa, acoger y preservar modos de vida saludables (OMS, 2018). Para ello es importante que los establecimientos educativos diseñen un sistema de alerta temprana, como una política interna, término este que, si bien se ha utilizado tradicionalmente para prevenir

peligros relacionados con alteraciones climáticas y ayudar a su adaptación, en el contexto de la intervención del comportamiento suicida es pertinente si se usa como una red de conocimiento y de comunicación ante un problema comunitario generado por un evento de suicidio.

Un sistema de alerta temprana permite a la comunidad educativa estar preparada, a partir del conocimiento de lo que implica un suicidio, para saber reconocer sus señales de alerta cuando se presentan, contener mediante los primeros auxilios psicológicos y, en general, tener como institución una cultura de conocimiento sobre el tema para estar, así, preparados para lo que un suicidio entraña. El sistema de alerta temprana es un protocolo o ruta de atención interna que en cada institución educativa posibilita la identificación de aquellas conductas o situaciones que anuncian un posible riesgo de comportamiento suicida. Un sistema de alerta temprana significa “el conjunto de capacidades técnicas, institucionales, privadas y comunitarias necesarias para identificar y comunicar una situación de alerta, la cual es suministrada previamente a los actores públicos o privados y a las comunidades” (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, UNGRD, 2020, p. 1).

Saliendo de los límites de la institución educativa, como se requiere para una intervención integral del comportamiento suicida y como a lo largo de este capítulo se ha instado, un sistema de alerta temprana tiene que estar articulado con la intersectorialidad, o sea, estar en correspondencia con las diferentes instituciones municipales que, ante el evento, tienen competencias de atención y apoyo. Debe, asimismo, responder desde un equipo interdisciplinar a un acompañamiento integral que procure la atención, mitigación del riesgo y seguimiento, como parte de una estrategia de acción, para acompañar a una persona cuando presenta un riesgo inminente de daño o afectación a la salud mental. A propósito, uno de los entrevistados lo manifiesta de la siguiente manera:

Cuando nos enteramos de esta situación con algún estudiante, lo primero que hacemos es intervenir junto con su grupo familiar; una vez se han detectado algunas razones por las que pasa el estudiante y, por supuesto, con previa autorización, a menos que no esté en riesgo la vida de la persona. En todos los casos de ideación o intento se activa la ruta para brindar una mayor atención posible. Mientras se autorizan y dan las órdenes respectivas desde salud, en la escuela se atiende por psicología para mitigar y atender la situación. Con su grupo familiar se realiza psicoeducación o apoyo grupal para trabajar en unidad con la escuela. (AE 8, comunicación personal)

Es relevante que al interior de las instituciones educativas se lleven a cabo acciones contundentes encaminadas a la construcción y ejecución de un protocolo de atención y seguimiento en donde se plasmen los lineamientos a seguir desde un sistema de alerta temprana hasta la ruta de atención, en el cual, además de las acciones enunciadas anteriormente, se contemple la importancia de la formación, actualización y cualificación docente en relación a temáticas como identificación de factores de riesgo, promoción de factores protectores, primeros auxilios

psicológicos, contención emocional ante crisis psicológicas, resolución de conflictos y fortalecimiento de la convivencia, comunicación asertiva, estilos de vida positivos y, por supuesto, sobre las adecuaciones curriculares y metodológicas para abordar desde los planes académicos todos estos temas que promocionan estrategias para la vida desde la escuela y que ponen como prioridad la salud mental de los educandos.

Todo esto implica un ejercicio docente, como lo ordena la Ley 1620 de 2013, con el cual se verifiquen las posibilidades de adaptación desde las circunstancias que puedan estar afectando el desarrollo habitual de los compromisos escolares de los estudiantes. Justamente, en relación con esto se encuentra en los relatos que hay instituciones que están implementado la Ley 1620 de 2013 como un asunto que va más allá del cumplimiento de lo estipulado en la normativa, es decir, con la convicción y la rigurosidad que permite evidenciar todo un engranaje alrededor del tema, convirtiéndose en la posibilidad de enseñar desde la experiencia humana y pedagógica. A continuación, se comparte un fragmento del relato de una entrevistada:

Institucionalmente se realizan diferentes acciones de prevención, promoción de la salud mental, atención y seguimiento a situaciones que afectan a la población escolar, formación a estudiantes en habilidades para la vida, escuelas familiares, formación a docentes (primeros auxilios psicológicos), remisión a profesionales de la salud, seguimiento de la situación, ajustes razonables, si es necesario. (AE 1, comunicación personal)

### ***Consideraciones finales***

Gran parte de los agentes educativos entrevistados en los municipios demuestran conocimiento de procedimientos y rutas de atención, realizan ejercicios de promoción de la salud mental y la convivencia que coadyuvan en la prevención del comportamiento suicida y están comprometidos con el acompañamiento a las familias y los establecimientos educativos. Desde esas mismas claridades, también manifiestan las fallas que se presentan en el sistema y activación efectiva de las rutas de atención y contención, tales como la oportunidad de atención a situaciones de riesgo, el desconocimiento de los protocolos existentes en las normativas de los Ministerios de Salud y Educación y el poco seguimiento a los procesos de casos críticos, lo que puede acarrear consecuencias de abandono estatal y negligencia institucional con las personas afectadas por comportamiento suicida y con sus familias.

Finalmente, se hace necesario señalar que, si bien este capítulo se ocupa de la intervención del comportamiento suicida en escenarios educativos, se reconoce la importancia de la vinculación de diferentes actores sociales desde la intersectorialidad con relación a este problema de salud pública y, en especial, en lo relacionado con esta población.

Se hace, por lo tanto, un llamado a la responsabilidad en el acompañamiento formativo de niños, niñas y adolescentes y se invita al reconocimiento de los recursos municipales sobre los cuales se pueden generar distintos procesos de articulación para la promoción de la salud mental y la mitigación del riesgo del comportamiento suicida.

## 3.6 Campañas para la prevención del suicidio. Generar comunicados enfocados al cuidado de la vida

*“Mozart... con una lúcida visión panorámica sobre la verdadera salud individual y colectiva, viene a decirnos que podemos curarnos, que podemos salvarnos. Nos invita a creer que sería posible una comunidad humana mejor, más solidaria y exigente a la vez que, propiciara lo que tenemos de más armónico en nosotros”.*  
*Marc Antoni Broggi. Médico cirujano. Presidente de la Sociedad Catalana de Bioética.*

### 3.6.1 El efecto Papageno como modelo de intervención en salud mental

Esta investigación propone, como otra de sus líneas de acción, la influencia preponderante de los medios de comunicación masiva ante los eventos de suicidio en los entornos locales, pues ante la ocurrencia de un suicidio generalmente este se convierte en un evento noticioso; por eso, en nuestro primer libro un capítulo está dedicado a cómo informar sobre un suicidio, y se muestran los avances hechos al respecto en el trabajo con los medios de comunicación de los territorios acompañados. En esta ocasión, y en continuidad con lo anterior, nos interesa presentar la implementación de un modelo de intervención en salud mental a partir de las acciones impartidas en los medios de comunicación en lo que respecta al tema del suicidio, proponiendo el efecto Papageno, en concordancia con la OPS y la OMS (2018a).

El efecto Papageno, en coherencia con Pérez Lucas y Galindo Bonilla (2018) y Olmo López y García Fernández (2015), consiste en transmitir de manera consciente una información tan sensible como es la comunicación de un suicidio, de una forma respetuosa y cuidadosa. El efecto Papageno plantea que una comunicación bien tratada puede posibilitar un impacto de tipo preventivo en personas que se encuentren en riesgo y escuchan dicho mensaje. Este efecto reconoce el poder que tienen los medios de comunicación en nuestra vida diaria. Por eso, en el desarrollo de esta investigación se promueve ante todo una invitación a sensibilizar, capacitar y cualificar a los periodistas y comunicadores de las organizaciones públicas y privadas para que diseñen y difundan campañas responsables que aporten a la prevención del suicidio y se haga desde los medios una contribución importante a esta problemática humana. De igual forma, se fomenta que dichas campañas sean construidas e impartidas con el personal de salud, los profesionales de apoyo psicosocial, los docentes y el público en general de una localidad mediante estrategias informativas de prevención del comportamiento suicida que tomen en cuenta el reconocimiento de las necesidades y costumbres de cada contexto para la implementación articulada a campañas que visibilicen esta problemática de salud pública desde un enfoque preventivo y de valor por la vida.

Es de anotar que, en principio, en la revisión de antecedentes y en el recorrido en los territorios, en alianza con los municipios de Antioquia con los que se tienen convenios para la investigación, aparecía la percepción de que los medios de comunicación no contribuyen a la prevención del suicidio, pues sus tendencias son más comerciales y sensacionalistas, sin medir las consecuencias del mensaje. En oposición a lo anterior, se establece como criterio objetivo que los medios son un aliado poderoso en la prevención del suicidio y el cuidado de la salud mental. Retomamos lo dicho en otras publicaciones, como en Olmo López y García Fernández (2015) y Reyes Moreno (2017), quienes reiteran que si la información emitida es correctamente enfocada y divulgada de manera responsable, cautelosa y con base científica, es una manera para establecer criterios educativos hacia la población y generar un efecto preventivo.

### *3.6.1.1 El efecto Papageno vs el efecto Werther*

Como es conocido en los medios académicos y mediáticos, a partir de la divulgación de la novela *Las tribulaciones del joven Werther*, escrita por Goethe en 1774 –considerada una de sus obras cumbre y de sus primeras producciones literarias–, se produjo una oleada de suicidios en Europa, ya que los jóvenes de ese contexto imitaron la acción del protagonista; en ese momento, los medios decidieron no hablar del tema por miedo al efecto dominó, es decir, si se informaba sobre el suicidio se inducía a él. La antítesis del personaje de la novela de Goethe, Werther,

es Papageno, protagonista de un pasaje de la ópera *La flauta mágica* de Wolfgang Amadeus Mozart; mediante un mecanismo de valoración de la vida, Papageno encuentra un anclaje para seguir su existencia en unos “ángeles” que hacen las veces de grupo de apoyo; ellos solicitan que reactive su ruta de atención y mediante la magia de la interpretación de la flauta, encuentra una poderosa razón en el amor, con un mensaje de esperanza y de salvación.

En consonancia con lo anterior, Sinyor et al. (2018) explican que el efecto Papageno es un factor protector, cuando se informa sobre suicidio, si lleva a la audiencia a generar comportamientos adaptativos que dan como resultados menos muertes por esta causa: “en Austria, los artículos periodísticos que describen el ‘dominio del suicidio’, en los que las personas experimentan ideas suicidas, pero encuentran soluciones distintas a la conducta suicida, se asociaron con una disminución de los suicidios posteriores” (p. 1).

En esencia, dentro de su responsabilidad social y ética el periodismo debe abogar por el cuidado del otro y entender el comportamiento humano para que en su labor informativa aporte a la disminución del dolor ajeno. El periodismo y la comunicación deben cuidar el lenguaje en estos casos y entender que una salida a una condición dolorosa puede también imitarse con efectos positivos. Ello induce, entonces, a promover campañas virales con la ayuda de las personas responsables desde los gabinetes de comunicación organizacional y de quienes tienen la responsabilidad de informar con criterio ético. Por eso, requerimos de la unión de los comunicadores de las entidades públicas y privadas y de quienes están al frente de los medios informativos para que compartan con su audiencia una estrategia de prevención mediática para promover la vida.

### 3.6.2 En los territorios

Derivado de este proceso de investigación acción participativa, mediante diálogos con los medios informativos de los territorios que cubren los municipios de Rionegro, El Carmen de Viboral, La Unión, Andes, Santa Rosa de Osos, Medellín y Envigado, con el acompañamiento de la Dirección Seccional de Salud y Protección de Antioquia, por medio de la Gerencia en Salud Pública, conformamos grupos focales con los medios de comunicación de cada localidad, comunicadores organizacionales de las diferentes dependencias municipales y periodistas que ejercen en la zona de influencia de estas comunidades. A partir de estos encuentros se identificaron dos posturas: o no se publican temas asociados al suicidio, o se comunican de

modo indiscriminado. Como resultado, se comunica un hecho noticioso equiparable a muertes violentas, que produce una normalización del suicidio por su frecuencia en ser informado, generando imitación o hermetismo.

Por lo anterior, se proponen a partir de este estudio espacios formativos de debate y construcción conjunta entre los comités de salud mental y los equipos de comunicaciones de las respectivas administraciones municipales y medios de comunicación locales, con el fin de diseñar un contenido audiovisual anual contextualizado de campañas permanentes en cada localidad.

Este proceso consiste en espacios de preparación y concertación con comunicadores para el plan de innovación en medios, con la finalidad de generar piezas publicitarias que cubran un amplio rango de temas psicosociales, acordados como factor protector, en este caso desde la desestigmatización de la enfermedad mental y el comportamiento suicida, hasta la divulgación masiva de manejo del estrés, la ansiedad, los conflictos interpersonales, la rehabilitación basada en la comunidad y las habilidades de afrontamiento, todas ellas temáticas impartidas desde el conocimiento de cada contexto y a favor de una salud mental de las comunidades receptoras de los mensajes comunicativos.

De tal manera, las plataformas y las redes sociales, mediante videos, podcast y otras herramientas comunicativas locales, se convierten en protagonistas que protejan la vida en las poblaciones, especialmente en aquellas más vulnerables y con problemas de salud mental.

Ahora bien, las OPS y OMS (2018a) tienen a disposición de los medios y de los gabinetes de comunicación el manual *Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación*; la pregunta es si en la práctica los medios de información aplican las recomendaciones de estos dos organismos internacionales. Rodado León et al. (2019) manifiestan que con el aumento exponencial, renombre e impacto de redes como Facebook y Twitter, por ejemplo, se han empezado a estimular las investigaciones sobre las consecuencias en el comportamiento suicida de las informaciones que se emiten por estos medios: “Estas herramientas constituyen una fuente clave de información y de interacción social para muchos usuarios, y proporcionan acceso a datos sobre la conducta suicida en personas famosas, los métodos empleados y la reacción pública ante tales sucesos” (p. 1). Pero es cuestionable si estas redes remplazan a los medios convencionales de comunicación o si actúan en muchos casos como un factor modulador del efecto Werther.



Sin embargo, los expertos consideran que no hay relación directa entre el efecto Werther y la forma de informar suicidios, pero sí son concluyentes en afirmar que, si se informa de manera irresponsable, se quebranta a los sobrevivientes y se aumentan factores de riesgo en poblaciones vulnerables (Pérez Lucas & Galindo Bonilla, 2018; Suárez et al., 2017; Olmo López & García Fernández, 2015; Álvarez Torres, 2012).

### 3.6.2.1 Los medios deben proveer apoyo social

Por las razones que aluden estos autores, nuestra investigación interdisciplinaria propone una serie de estrategias que tienen como eje central el efecto Papageno. Para ello se ha llevado a cabo un proceso formativo de capacitación a los periodistas, a los comunicadores de las organizaciones públicas y privadas, al personal de salud y psicosocial, a los docentes y a la comunidad en general, sobre la prevención del comportamiento suicida y la implementación articulada de campañas que posicionen al suicidio como una problemática de salud pública mediante un enfoque preventivo y de promoción hacia el cuidado de la vida. Este enfoque está en relación con el planteado por la OPS y la OMS (2018a) cuando abogan por una información responsable sobre el suicidio para educar a la comunidad, por la prevención de la salud mental e instan a que la información se convierta en un aliento de esperanza para quienes se encuentren en situación vulnerable y puedan tomar, así, otras alternativas frente a la vida.

Las notas de los medios sobre suicidios siempre deben incluir información acerca de dónde buscar ayuda, preferentemente de servicios reconocidos de prevención del suicidio que estén disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. Los efectos protectores de la notificación responsable de suicidios por los medios de difusión se conocen en la bibliografía científica como “efecto Papageno” por el personaje de la ópera de Mozart La flauta mágica en la que Papageno se quiere suicidar por temor a haber perdido su amor, pero a último momento reconoce otras opciones al suicidio y elige otra alternativa. (OPS & OMS, 2018a, p. 12)

De modo que, para efectos de este tema, se propone trabajar un enfoque psicoeducativo a partir del cual se utilicen los recursos que se tienen en cada una las poblaciones intervenidas. Para lograr este objetivo venimos impartiendo recomendaciones como:

Tabla 4. Recomendaciones para la publicación de un evento

Titular	A lo sumo, no incluya la palabra suicidio en el titular
Lenguaje	Debe ser pedagógico Evite un lenguaje cargado de melodrama y estigmatización a las víctimas, a los sobrevivientes y a las comunidades donde ocurrió el hecho
Método	No revele o relate el método En su defecto, proponga métodos que salven vidas

Estas primeras recomendaciones no pretenden imponer una censura a los medios, sino todo lo contrario, invitarlos de manera amigable a que ayuden a sus comunidades a superar una de las pandemias letales y silenciosas: la enfermedad mental de las poblaciones, pues, como venimos exponiendo, creemos que, si bien esta se libra en la esfera de la mente, desde la ideación suicida, los medios de comunicación tienen mucho por aportar.

La OMS (2004) considera que los problemas de la salud mental afectan a una sociedad entera y no a sectores específicos.

No hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, los sintecho, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado. (p. 9)

Esto constituye un desafío importante para el bienestar social, pues como afirma la OMS (2004), en gran parte del mundo se olvida la salud mental: “en rigor, ha sido más bien objeto de ignorancia o desatención” (p. 9). En virtud de lo anterior, se propone otro juego de recomendaciones:

**Tabla 5.** Recomendaciones para nota informativa sobre el contexto de la salud mental

Objeto	Sugerencias
Cuando se trate de compañeros de trabajo	Procure minimizar el impacto en el entorno de la organización
Proponga piezas informativas donde se recuerde a la persona en su dimensión humana y el aporte que hizo a la organización	Informe sobre los programas y ofertas institucionales para atender la ideación suicida o la descompensación de la enfermedad mental para los sobrevivientes
No refiera la causa de la muerte, ni el método, ni los posibles precipitantes	De manera intratextual, siempre refiera líneas de atención en salud mental
Finalice con una referencia sobre el cuidado de la salud mental y de la vida. Es responsabilidad de los medios que los ciudadanos estén bien informados	

Tanto las asociaciones públicas y privadas, como los medios de información deben entender que hay que apoyar los factores protectores y presentar estrategias de promoción, tal como lo muestra la siguiente figura:

Tabla 6. Estrategias y enfoques

Prevencción del suicidio	
Estrategia	Enfoque
<b>Fortalecimiento de los apoyos económicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar</li> <li>• Políticas para la estabilidad de vivienda</li> </ul>
<b>Fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de afecciones mentales en las pólizas de seguro médico</li> <li>• Reducción de la escasez de proveedores en las áreas subatendidas</li> <li>• Cuidados más seguros con relación al suicidio mediante cambios a nivel de sistema</li> </ul>
<b>Creación de ambientes protectores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción del acceso a medios letales entre las personas en riesgo de suicidio</li> <li>• Políticas y cultura a nivel de organización</li> <li>• Políticas comunitarias para la reducción del consumo excesivo de alcohol</li> </ul>
<b>Fomento de la conexión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de normas de semejantes</li> <li>• Actividades de participación en la comunidad</li> </ul>
<b>Enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de educación socio-emocional</li> <li>• Programas de destrezas de crianza y relaciones familiares</li> </ul>
<b>Identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación del personal de primera línea</li> <li>• Intervención en crisis</li> <li>• Tratamiento para las personas en riesgo de suicidio</li> <li>• Tratamiento para la prevención de nuevos intentos</li> </ul>
<b>Reducción de los daños y prevención de riesgo futuro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención posterior</li> <li>• Informe y mensajes seguros en relación con el suicidio</li> </ul>

Nota: National Center for Injury Prevention and Control Division of Violence Prevention (2017)

En los últimos años, con la visibilización del comportamiento suicida en el mundo y, además, como efecto colateral de la pandemia por covid-19 –que ante los confinamientos obligatorios generó un incremento de trastornos en salud mental y el esperado coletazo: aumento de suicidios– es imperativa la información responsable respecto de estas áreas sensibles de la vida humana que deben ser abordadas desde la multidimensionalidad.

Debido a este interés, los medios cada día buscan más la experticia de los profesionales de la salud mental para incluir en su agenda *setting* temas de salud mental y prevención del comportamiento suicida. De allí que como grupo de investigación hemos desarrollado consultorías científico tecnológicas y un proceso de innovación con el efecto Papageno, mediante contenidos psicoeducativos y estrategias provida reproducidos mediante audios e imágenes, videos y otras herramientas informativas que se transmiten por los medios locales de manera sistemática y ordenada; estos contenidos han sido diseñados por profesionales del área psicosocial y de la salud mental, con el objetivo de sensibilizar y desvirtuar los mitos en pro de la disminución del estigma asociado a enfermedades mentales. Como parte de estos resultados, se presentan las estrategias implementadas en campo con las localidades participantes en la línea expuesta.

### 3.6.2.2 En búsqueda del efecto Papageno

Con cada uno de los municipios se propuso el diseño de piezas comunicativas cuyo objetivo es generar psicoeducación en la comunidad, en estrategias sobre la salud mental positiva que permitan construcciones sociales como factor protector. Así, cada municipio se compromete, en los encuentros con los medios, a difundir estas piezas comunicativas que en la localidad se instituyan como campañas para lograr efecto Papageno, el cual, de manera específica en nuestro contexto, consiste en fortalecer estrategias de afrontamiento a través de la viralización de mensajes pro-vida. Las piezas las constituyen audios y *e-cards* que se convierten, así, en un banco de comunicaciones utilizado, a la par, por los medios locales quienes los transmiten por los diversos medios como: emisora local, canal de televisión comunitaria, redes sociales, grupos de WhatsApp de la alcaldía, prensa, plataformas virtuales, instituciones educativas (en el boletín semanal), entre otros. Sin unidad entre los medios es difícil conseguir el impacto; también es importante que la frecuencia sea semanal, para poder generar cultura ciudadana.

Este ejercicio en cada localidad ha significado un trabajo de construcción conjunta entre profesionales psicosociales y de la salud que conforman los equipos o comités de salud mental con los comunicadores, desde el acompañamiento y asistencia técnica del equipo investigador – experto en intervención integral del comportamiento suicida– y uniendo entre todos esfuerzos y conocimientos que se vuelven factores protectores alrededor de prácticas funcionales fundamentadas en los temas ordenados a priori por la OMS y la OPS en relación con estrategias de prevención del comportamiento suicida. Ellas son:

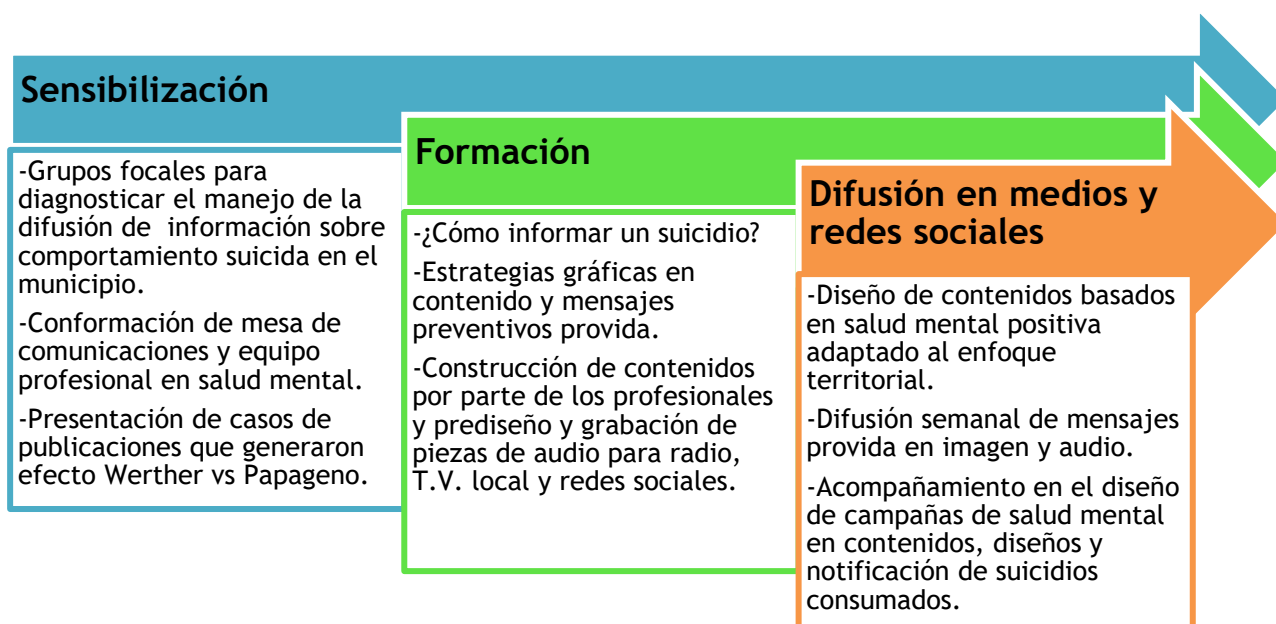
- » Habilidades para la vida.
- » Desestigmatización de la enfermedad mental.
- » Mitos y realidades de la enfermedad mental.
- » Señales de alerta de un intento de suicidio.
- » Rehabilitación basada en la comunidad (estimulando las redes de apoyo comunitarias).

Operativamente, el diseño de estas campañas se ofrece durante seis meses, respetando los tiempos de cada contexto; luego, se propone actualizarlas para redireccionarlas nuevamente en la misma frecuencia durante el segundo semestre del año, y lograr, así, impacto en la ciudadanía. Se sugiere que sean publicadas o divulgadas el primer día de la semana (lunes, independiente de que sea festivo) dado que, según las evidencias de la OPS/OMS (2018a), este es un día complejo

para las personas con vulnerabilidad para el comportamiento suicida. En Antioquia, Colombia, según lo reportado por la gerencia de salud pública en la línea de comportamiento suicida de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2011), los domingos y los lunes son los días en que más se presentan intentos de suicidio.

La propuesta implementada en los municipios participantes de esta estrategia para el efecto Papageno se ilustra en la siguiente figura.

Figura 22. Estrategia efecto Papageno



En la Tabla 7 se presentan los mensajes psicoeducativos construidos en el proceso formativo con los municipios.

Tabla 7. Instructivo de mensajes psicoeducativos para campañas de prevención local

		Efecto Papageno: Viralizar la formación ciudadana en salud mental como factor protector a través de los medios de comunicación	
Este material contiene tema del mes con 4 o 5 subtemas, para publicar uno semanal. Es importante tener listo el material por mes para poder enviarlo por semana a los diferentes medios. Para ello es necesario hacer tres acciones:			
1. Diseñar <i>e-card</i> con acción pro-vida (redes sociales y TV).			
2. Grabar mensaje en voz en <i>off</i> para enviar audios por grupos de WhatsApp y para radio.			
3. Publicar y difundir masivamente en todos los medios posibles para generar mayor alcance.			
		Grabar voz en off y reproducir masivamente	E-card Imagen
MES		<p>PSICOEDUCATIVO: VOZ EN OFF</p> <p>Se sugiere una voz en off agradable, tranquila, que inspire serenidad, música de fondo serena y siempre la misma para generar recordación.</p> <p>Importante que con este proceso formativo el contenido de cada audio sea contextualizado a las costumbres e idiosincrasias locales y que sea seleccionado o priorizado según las necesidades más apremiantes de la comunidad.</p>	<p>SE SUGIERE:</p> <p>Crear e-card con imágenes agradables que motiven al ciudadano a realizar esas acciones provida. No implemente imágenes depresivas, horcas, lazos, pastillas; por el contrario, utilice imágenes alegres de familias y personas unidas con sana convivencia.</p>
MES I		Desestigmatizar la enfermedad mental	
1	SEM I	<p>Mito: los problemas de salud mental no afectan.</p> <p>Realidad: los problemas de salud mental son comunes.</p> <p>Fuente: página web Fundación Saldarriaga Concha</p> <p>Por cada persona con enfermedad mental, toda su familia y comunidad se sienten afectadas, pero estos pueden aportar a su cuidado y rehabilitación.</p> <p>* 4 de cada 10 colombianos reportan haber tenido algún problema de salud mental en el transcurso de sus vidas (Ministerio de Salud y Protección Social / Colciencias, 2015).</p>	<p>Identifica en tu familia y sector (barrio o vereda) personas que han experimentado o experimentan una enfermedad mental, o que presentan consumo de sustancias o problemas relacionales, y trata de ver cómo han logrado sobrellevar esta experiencia.</p>
2	SEM II	<p>Mito: las personas con problemas de salud mental son violentas e impredecibles.</p> <p>Realidad: la gran mayoría de las personas con problemas de salud mental no son más propensas a ser violentas que cualquier otra persona.</p> <p>Fuente: página web Fundación Saldarriaga Concha</p>	<p>Visita, en compañía de ese familiar o persona cercana que presenta enfermedad mental, un lugar al que disfrutabas ir y hace mucho no vas.</p>
3	SEM III	<p>¿Sabías que?: solo del 3 % al 5 % de los actos violentos se pueden atribuir a las personas que viven con una enfermedad mental grave.</p> <p>Fuente: página web Fundación Saldarriaga Concha</p> <p>De hecho, las personas con enfermedades mentales graves tienen 10 veces más probabilidades de ser víctimas de delitos violentos que la población general (Ministerio de Salud y Protección Social / Colciencias, 2015).</p>	<p>Planea tu día, incluye en tu rutina actividad física, alimentos saludables que disfrutes y acompaña estas prácticas con tu familiar o vecino que sabes que padece una enfermedad mental; así hacemos rehabilitación basada en comunidad.</p>
4	SEM IV	<p>¿Sabías que?: la depresión es la segunda causa de carga de enfermedad, solamente superada por la hipertensión arterial, según el Estudio de Carga de Enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a).</p>	<p>Qué tal si visitas a una persona en situación de discapacidad en tu comunidad cercana y la invitas a tomar un café; pon a su disposición tu apoyo en caso de que requiera hablar con alguien e indaga si se requiere activar alguna ruta de salud mental. ¡Cuenta conmigo!</p>

MES II		Habilidades para la vida Acciones pro-vida	
5	SEM I	<p>¿Sabías que?: las habilidades para la vida son unas competencias psicosociales que la OMS (1999) propone como una forma de ser prosociales, es decir, que a lo largo de nuestra vida podemos aprender a relacionarnos con nosotros mismos y con los demás de una forma que sea constructiva para todos. La OMS define que son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconocimiento. Es decir que aprendamos a mirar al interior de sí mismos.</li> <li>• Manejo de emociones y sentimientos: reconocer que somos seres afectivos, que afectamos el mundo y el mundo nos afecta.</li> <li>• Empatía: sabemos poner de manera respetuosa y honesta en el lugar del otro. Ser compasivos.</li> <li>• Comunicación asertiva: tener capacidad de expresarnos apropiadamente, siendo directos, pero sin ofender a los otros.</li> <li>• Toma de decisiones: saber elegir lo que nos conviene.</li> <li>• Pensamiento creativo: buscar siempre soluciones a los retos de la vida.</li> <li>• Relaciones interpersonales: saber relacionarnos y establecer vínculos estables con los otros.</li> <li>• Solución de conflictos: entender que estos son parte de nuestra vida y que a diario tenemos que afrontar problemas, por eso la importancia de ser creativos y empáticos.</li> </ul> <p>Es por esto por lo que se propende por el trabajo psicoeducativo en habilidades para la vida que refuerzan el bienestar en la vida cotidiana, con el fin de fortalecer mecanismos de gestión de emociones, rehabilitación basada en la comunidad e inclusión de las personas que se presenten con afecciones en su salud mental o en riesgo de suicidio.</p> <p>Todos podemos aprender a reconocer cuando una persona cercana necesita apoyo porque no se está sintiendo bien consigo mismo o con la vida. En la misma vía, todos reconocemos que pasar tiempo de calidad juntos en familia es la mejor manera de demostrarnos importancia, y que nuestra familia es prioridad.</p>	Disfruta estar en casa y aprovecha el tiempo para compartir en familia a partir de una actividad en la que se involucren todos (jugar, cocinar, contar historias, ver una película, cuidar el jardín...); todas las actividades de disfrute mutuo son válidas.
6	SEM II	<p>Conocerse a sí mismo es la columna vertebral y razón de ser de la identidad y de la autonomía. Reconocer nuestra forma de ser, personalidad, nuestras fortalezas, debilidades, actitudes, aptitudes, nuestros valores, aficiones, aflicciones...</p> <p>Construyamos sentidos acerca de nosotros mismos, de las demás personas y del mundo que compartimos.</p> <p>Fuente: página web Descubrir. Compartir, Aprender.</p>	Crea o busca tu espacio íntimo dentro del hogar; adecúalo como te gusta y te haga sentir cómodo.
7	SEM III	<p>¿Sabías que?: aprender a sentir con otras personas ayuda a comprender las reacciones emocionales, las opiniones ajenas e ir más allá de las diferencias, lo que nos hace más tolerantes en las relaciones sociales.</p> <p>“Ponerse en la piel” de la otra persona para comprenderla mejor y responder de forma solidaria, de acuerdo con las circunstancias, nos hace empáticos.</p> <p>Fuente: página web Descubrir. Compartir, Aprender.</p>	Comparte un espacio de comida (desayuno, almuerzo, cena) con alguien durante la semana, bien sea de manera presencial o virtual.
8	SEM IV	<p>Recuerda transitar el mundo de las emociones y sentimientos logrando más sintonía con el propio mundo afectivo y el de los otros.</p> <p>Comprender mejor lo que sentimos involucra tanto escuchar lo que nos pasa por dentro, como atender a nuestro contexto.</p> <p>Fuente: página web Descubrir. Compartir, Aprender.</p>	Realiza a plenitud un ejercicio de respiración que te relaje y tranquilice (mindfulness).
9	SEM V	<p>¿Qué tanto sabes sobre la ansiedad y el estrés? Ambas son parte de la vida cotidiana de todos. El reto no es evadir las tensiones, sino aprender a afrontarlas de manera constructiva sin anclarse en un estado de malestar crónico.</p> <p>Fuente: página web Descubrir. Compartir, Aprender.</p>	Regálale 3 espacios durante la semana a tu cuerpo para activar su movilidad (meditación, baile, deporte, yoga), algo para descargar toda la tensión del cuerpo.

MES III	Conozcamos sobre el comportamiento suicida	
10 SEM I	<p>¿Sabías que?: el suicidio es un comportamiento humano que inicia con una idea, puede evolucionar a un plan que consiste en preparar una forma de quitarnos la vida, hasta llegar a un intento y al acto como tal de autoeliminación.</p> <p>Asimismo, es importante que entendamos que esta situación no necesariamente implica un trastorno mental, sino que se trata de una pérdida de sentido con la vida que puede tener múltiples causas.</p> <p>Por eso se dice que el suicidio es multicausal (OPS &amp; OMS, 2014). Es claro, entonces, que una persona puede querer quitarse la vida por causas emocionales, espirituales, sexuales, relacionales, familiares, laborales, económicas, de exclusión sociopolítica o por rechazo a sus elecciones de vida; o incluso por muchos de estos factores a la vez, pero lo que es definitivo es que llega un momento en que la persona cree que no tiene sentido continuar en este plano y no desea seguir con su proyecto de vida.</p> <p>Desde estas comprensiones es importante promover contenidos que detecten el comportamiento suicida, señales de alerta, comenzando por el reconocimiento de las ideaciones.</p> <p>Igualmente es primordial, a la vez, que se fomente la formación en la activación de rutas de atención local para acompañar a las personas que presenten riesgo. Ten muy presente que las personas que se han suicidado han tenido algunas señales de alerta, que han anunciado a sus familiares o amigos más cercanos.</p> <p>Por eso, animate a escuchar a tus seres queridos y amigos, tú podrías salvar a una persona del deseo de quitarse la vida con tan solo escucharla atentamente, sin juzgarla, y estar dispuesto a acompañarla.</p>	<p>Prepárate esta semana para estar dispuesto a escuchar y dialogar con tus seres queridos y con tus amigos; dedícales 10 minutos en la semana para preguntarles cómo va la vida y hazles saber que estás para ellos y que te importan.</p> <p>Anímate a escuchar y a permitir que te escuchen. Demuestra tu afecto sin límites.</p>
11 SEM II	<p>Algunas de las señales de alerta más frecuentes en las personas con ideación suicida son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aislarse de su contexto más cercano, como familiares y amigos.</li> <li>- mostrarse callados y evitar el contacto con los demás.</li> <li>- manifestar que se sienten cansados o aburridos permanentemente.</li> <li>- consumir licor, estupefacientes o cigarrillo de manera frecuente.</li> <li>- presentar dificultades escolares, laborales o de comportamiento.</li> <li>- mostrar poco interés por las actividades que antes disfrutaba realizar.</li> </ul> <p>Si identificamos algunas de estas señales u otras que consideremos atípicas en la persona que nos importa, es fundamental abordarla y dialogar con ella, con el propósito de hacerle sentir que estamos pendientes para lo que necesite, que nos interesa saber qué le sucede y que la acompañaremos a buscar las ayudas necesarias.</p>	<p>Prepárate esta semana para observar a nuestros seres queridos, compañeros y amigos, y hacerles saber que son importantes para nosotros y que si necesitan ayuda y apoyo estaremos dispuestos a acompañarlos, así como también a dejarnos apoyar en caso de que seamos quienes lo necesitemos.</p> <p>Anímate a acercarte a esos seres importantes en tu vida. Es hora de contactarnos con esas personas que tal vez no vemos hace tiempo o que están ahí siempre, pero no las vemos.</p> <p>Hazle una llamada a esa persona que no llamas hace rato. Este es el propósito de esta semana. ¿Te animas?</p>
12 SEM III	<p>“Cuando una persona te hable de deseos de morir, atiéndele y créele. Está pidiendo auxilio”.</p> <p>No seas indiferente ante las manifestaciones de ayuda de los demás o ante las tuyas propias; todos en algún momento de la vida necesitamos pedir auxilio y validar nuestra emoción y saber que es importante ser ayudados.</p> <p>En un 80 % las personas que se quitaron la vida manifestaron sus intenciones a personas cercanas, pero estas fueron ignoradas, en parte por el estigma social y la indiferencia que permea nuestra sociedad (OPS/OMS,2014).</p> <p>Recuerda que el otro necesita ayuda, recuerda que tú necesitas ayuda, y es de valientes buscar ayuda. “¡Anímate a ayudar!”, ¡Anímate a ayudarte!”</p>	<p>En esta semana te invitamos a identificar cuál es la emoción que más te está acompañando en los últimos días y por qué. Para ello, mírate en el espejo y reconoce cómo permites que se sientan tus emociones. Además, también permite que los demás expresen las suyas de manera libre y tranquila.</p> <p>Es el primer paso para reconocer si te permites ser ayudado o si se te dificulta recibir ayuda.</p> <p>Anímate a ayudar a alguien por medio de la escucha, animate a dejarte ayudar.</p> <p>¿Qué piensas? ¿Te animas?</p>



MES III		Conozcamos sobre el comportamiento suicida	
13	SEM III	<p>Hoy sabemos que los niños y los adolescentes sí pueden pensar e intentar suicidarse.</p> <p>¿Sabías que?: de 5 personas que se suicidan, 3 son niños, adolescentes o jóvenes, es decir, personas en el rango de edad entre 5 y 24 años (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019).</p> <p>Es fundamental comprender que la juventud, nuestros niños y adolescentes, expresan sus sentimientos algo diferente a las personas adultas, y que desafortunadamente, en algunos casos, no se les presta la atención necesaria y se les rotula de niños o jóvenes problemáticos o desobedientes.</p> <p>Es importante comprender que su comportamiento es una manera de manifestar su inconformidad o malestar con la vida, o sus dificultades personales.</p> <p>Entonces, es fundamental que a nuestros niños y adolescentes se les permita manifestar sus sentimientos y emociones y que estemos dispuestos a escucharlos y a apoyarlos cuando lo necesitan.</p> <p>A veces pasa que para los adultos no representa algo grave la situación que aquellos viven.</p> <p>Otro dato: recuerda que ellos apenas van en el proceso de comprender la realidad que los rodea y pueden estar asustados de crecer. Crecer no es sencillo.</p>	<p>Te invitamos para que esta semana tengas como acción por la vida, dialogar con tus hijos, sobrinos, vecinos, hermanos o niños y jóvenes menores a tu alrededor y recordarles que son valiosos e importantes. Hazles saber que estarás para ellos cuando lo necesiten.</p> <p>¿Te animas a hacerle sentir a ese pequeño lo grande que es para ti?</p>
MES IV		La importancia de la salud mental	
14	SEM I	<p>¿Sabías que?: la salud mental es un estado personal de equilibrio con la vida; sí, un estado de bienestar que nos permite tener proyectos de vida.</p> <p>Se trata de un equilibrio a nivel emocional, espiritual, sexual, relacional, familiar, sociocultural, laboral, económico, político y ambiental (OMS, 2018).</p> <p>Comprender lo anterior nos da elementos para reconocer señales de alerta ante un riesgo de suicidio:</p> <p>Por eso, se atento con las personas cercanas y ten en cuenta si notas cambios súbitos en el estado de ánimo, si esto está ligado a factores de riesgo como pérdida de relaciones, duelos, rechazo social, problemas económicos, nombrar querer morirse o quitarse la vida.</p> <p>Esto no es amenaza, hay un riesgo. Activa la ruta de salud mental.</p>	<p>Encontremos algún medio artístico o diversión mediante la cual podamos expresarnos.</p>
15	SEM II	<p>Señales de alerta: la persona publica en redes sociales contenidos relacionados con la muerte, la desesperanza o la tristeza, y ello está ligado a factores de riesgo adicionales como pérdida de relaciones, duelos, rechazo social, problemas económicos, nombrar querer morirse o quitarse la vida.</p> <p>Esto no es amenaza, hay riesgo. Activa la ruta de salud mental.</p>	<p>No interpretes lo que creemos que el otro nos quiso decir. Es necesario hablar con ese otro sobre tus deducciones de los hechos y las palabras.</p>
16	SEM III	<p>Señales de alerta: aislamiento de los seres queridos, familiares o amigos ligado a factores de riesgo adicionales como pérdida de relaciones, rechazo social, duelos, problemas económicos, nombrar querer morirse o quitarse la vida.</p> <p>Esto no es amenaza, hay riesgo. Activa la ruta de salud mental.</p>	<p>Llama a una persona especial con la que hace tiempo no te comunicas</p>
17	SEM IV	<p>Señales de alerta: la persona dice no tener metas ni planea su vida a futuro ligado a factores de riesgo adicionales como pérdida de relaciones, duelos, problemas económicos, rechazo social, nombrar querer morirse o quitarse la vida.</p> <p>Esto no es amenaza, hay riesgo. Activa la ruta de salud mental.</p>	<p>Escribe tus metas y compártelas con quien amas.</p>

MES V		Inteligencia Emocional
18	SEM I	<p>Todos por naturaleza somos inteligentes porque tenemos la capacidad de relacionarnos con el mundo y lo que nos rodea, eso caracteriza a nuestra especie.</p> <p>Gracias a nuestras emociones nos relacionamos. La inteligencia emocional es la habilidad para comprender esto y ponerlo a nuestro favor.</p> <p>Todo empieza con mirarse a sí mismo y preguntarse ¿qué tanto me conozco y qué tanto me quiero?</p>
19	SEM II	<p>Una de las cualidades de la inteligencia emocional es la empatía, es decir, la capacidad de escuchar los sentimientos de los demás sin adoptar una posición defensiva ni de prejuicio.</p> <p>Ser comprensivos y compasivos.</p>
20	SEM III	<p>La inteligencia emocional nos enseña que no podemos controlar la activación de las emociones en nosotros mismos, aunque sí es posible controlar su expresión, sobre todo aquellas que son dañinas para nosotros o para la relación con las demás personas.</p>
21	SEM IV	<p>Existen diferentes aptitudes emocionales que te permiten mejorar tus habilidades sociales: comprender a los demás, ayudar a otras personas a desarrollarse, ser asertivos en nuestras relaciones, aprender a controlar nuestras emociones... ¿Cuáles otras crees posibles?</p>
22	SEM V	<p>Tener inteligencia emocional es aprovechar la diversidad para aprender de las diferencias que cada persona o comunidad tiene.</p>

Los siguientes son ejemplos de algunas piezas comunicacionales por la vida, tipo *e-cards*, implementadas y difundidas con periodicidad en los municipios participantes en este estudio:

**Campanas**  
**Mesa de comunicación y salud mental**

- **Articulación:** medios de comunicación y equipo de salud mental
- 4 piezas 1 semanal para lograr el tema del mes
- **Duración:** mayo a diciembre 2021
- **Temática:** Habilidades para la vida, estrategias de afrontamiento y señales de alerta EM

**SEMANA 1**  
Pieza gráfica del mes. Reto por cuidado de la vida y la salud mental.  
Mensajes en audio con las 4 acciones  
1 para cada semana

**SEMANA 2**  
Pieza gráfica del mes. Reto por cuidado de la vida y la salud mental.  
Se publica la Pieza semanal  
Mensajes en audio con las 4 acciones  
**EVENTO DE LA SEMANA Conferencia del mes:** Profesionales de la Universidad Católica Luis Amigó

**SEMANA 3**  
Pieza gráfica del mes. Reto por cuidado de la vida y la salud mental.  
Se publica la Pieza semanal  
Mensajes en audio con las 4 acciones  
**EVENTO DE LA SEMANA:** Encuentro juvenil virtual pro vida (Espacio de SM Municipio (Señales de alerta en salud mental))

**SEMANA 4**  
Pieza gráfica del mes. Reto por cuidado de la vida y la salud mental.  
Se publica la Pieza semanal  
Mensajes en audio con las 4 acciones  
**EVENTO DE LA SEMANA:** Cierre del mes con Encuentro ciudadano en salud mental (Estrategias de afrontamiento comunicativas. EQUIPO SM MUNICIPIO «LUIS AMIGÓ»

Formación humana y profesional al servicio del desarrollo y la transformación social



**SIENTE. Y MÁS ALLÁ,  
BUSCA CÓMO EXPRESAR  
TU SENTIR.**

Pinta, dibuja, escribe  
un relato, un comic...

Atrévete a explorar una  
técnica artística que te permita  
externalizar tu experiencia.

**PUEDA SER DE MUCHA AYUDA,  
PARA TI Y LOS TUYOS.**

Recuerda que  
tu salud mental influye  
en la de las personas  
que te rodean.



**Disfruta** estar en casa y  
aprovecha el tiempo para  
**compartir en familia**

Municipio El Carmen de Viboral

**Ríete jugando**

**Disfrutando de una película**

**Cocinando el plato favorito**

**Diviértete contando historias**

Si tienes dificultades estamos para ayudarte en la  
línea Cercanamente a tu salud mental  
**540 4312 - Opción 2**



## RESPIRA CONSCIENTEMENTE

Si te sientes cargado emocionalmente  
Si sientes ansiedad  
Si sientes cansancio

**¡Regálate una dosis de tranquilidad diaria, confía y sé feliz!**

Si tienes dificultades estamos para ayudarte en la línea Cercanamente a tu salud mental

**540 4312 - Opción 2**



## CONSEJOS

**PARA CUIDAR TU SALUD MENTAL**

**Busca un pasatiempo**

**Mantén tus horarios de sueño y comida**

**Ten espacios y momentos de intimidad**

**Habla sobre tus emociones**

Si tienes dificultades estamos para ayudarte en la línea Cercanamente a tu salud mental

**540 4312 - Opción 2**

El impacto de esta estrategia promocional para el cuidado de la vida se verá cuando se tome conciencia de la necesidad de una formación ciudadana continuada en el tema de la salud mental, que no sea solo un tema en el mes de la prevención del suicidio o semana de la salud mental cada año. Desde enero a diciembre se tienen que generar, como cultura ciudadana, comunicaciones sobre el cuidado de la salud mental, por eso la insistencia en que sean mensajes locales que lleguen a toda la comunidad. Así como se han logrado en nuestros contextos, el cuidado de la higiene oral, la prevención de enfermedades endémicas o la concienciación sobre la importancia de las vacunas, es necesario posicionar y darle un lugar protagónico al cuidado y el valor por la vida; este mensaje debe convertirse en una acción continua de las entidades responsables de los segmentos publicitarios y de las redes sociales.

### 3.7 Una reflexión sobre la implementación jurisprudencial de la salud mental para la prevención del suicidio

Dentro del análisis del suicidio como una problemática multidimensional planteado en este libro, es importante incluir en el presente apartado la óptica psicojurídica en Colombia, con el objetivo de promover lineamientos e insumos prácticos para la conformación de política pública acerca de la prevención del suicidio mediante el fortalecimiento de la salud mental en los territorios; para ello nos apoyamos en la Ley 1616 de 2013 o ley de salud mental, en relación con otras reglamentaciones en vigencia.

Inicialmente se definen algunos conceptos clave afines a la temática y en relación con lo jurisprudencial, con el objeto de desentrañar las iniciativas de la interdisciplinariedad en el ámbito jurídico nacional en lo tocante a la salud mental y, en yuxtaposición, al suicidio, cuyo propósito es motivar la toma de conciencia acerca de lo transcendental que es invertir en su prevención.

### 3.7.1 El protagonismo de la salud mental

En Colombia el concepto de salud mental fue enfatizado a partir de la Ley 1616 de 2013, la cual tiene por pretensión darle un lugar de importancia a la salud mental en la agenda pública, por cuanto reconoce a la salud mental como un derecho fundamental que tiene que ser atendido de manera integral e integrada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

Si bien la Ley 1616 de 2013 resalta la importancia de la salud mental en la contemporaneidad, en el país, durante las últimas décadas, se ha venido abordando este tema, aunque no siempre con la fuerza operativa que se requiere; pero, es de anotar que desde la normatividad se viene posicionando el asunto. Desde 1998, la Resolución 2358 formula la Política Nacional de Salud Mental por motivo de la prevalencia, en ese momento, de trastornos mentales en el país y la necesidad de posicionar el tema de la salud mental en Colombia. Asimismo, el Decreto 3039 de 2007 adopta el *Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*, que incluye en su capítulo V, denominado prioridades nacionales en salud, a la salud mental como prelación; igualmente, en el *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021* se retoma en el apartado de convivencia y salud mental. Dando continuidad a ello, también el *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012* (Alcaldía de Medellín, Universidad CES, 2012) aborda el estado de la salud mental en este territorio. A nivel país, se realiza la *Encuesta Nacional de Salud Mental* (Ministerio de Salud y Protección Social / Colciencias, 2015) con dos fases anteriores en 1993 y 2003, que permite conocer de manera contextualizada la situación de la salud mental en el territorio. Luego, en 2018, mediante la Resolución 4886 del 2018 se adopta la *Política Pública de Salud Mental* con base en la Ley 1616 de 2013 (Art. 31); por último, el Documento 3992 (CONPES) del 14 de abril de 2020 plantea algunas estrategias para la promoción de la salud mental en Colombia.

Vale tomar, además, las encuestas del DANE (2020; 2021a) en el contexto de la pandemia por covid-19, las cuales se realizaron en 23 ciudades del país y dan relevancia estadística al tema de la salud mental en la población colombiana. La del año 2020 se llamó *Salud mental en Colombia: una aproximación desde las estadísticas oficiales en el contexto de la pandemia. Encuesta de pulso social*, y la del año 2021, *Salud Mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia*; en esta última se parte de un análisis del estado de la salud mental ante de la pandemia, para llegar a la situación poblacional en salud mental durante dicha crisis sanitaria, desde variables como el estado de ánimo y el bienestar subjetivo, pasando por los datos estadísticos acerca de la situación laboral, las redes de apoyo doméstico, las actividades diarias que los colombianos realizan para sentirse mejor en las situaciones de confinamiento obligado, hasta llegar al tema del suicidio.

Es de destacar que este proceso de normatividad y de divulgación de la salud mental ha consentido que en el país se sitúe a la salud mental en concordancia con los parámetros en vigencia dictaminados por la OMS (2013) que la cataloga como un estado dinámico que se expresa en la cotidianidad mediante el comportamiento y la interacción. En sintonía, la Ley 1616 (2013, Art. 3) consigna que: “un estado de salud mental permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para poder transitar por la vida, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad”. Esta transformación del concepto es reforzada por el *Documento 3992* (CONPES, 2020) para promover el abordaje de la salud mental en toda la población que reside en Colombia.

Es importante anotar que, bajo este panorama, la Ley 1616 de 2013 manifiesta esta finalidad, ya que su objetivo “no es otro que, garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana ..., mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental” (Art. 1). Desde estos preceptos se podría afirmar que la salud mental es un concepto jurídico, porque va más allá de las definiciones de la psicología y es determinada, desde la ley nacional y la legislación o derecho internacional, como un discurso legal que involucra, por supuesto lo psicológico, lo subjetivo, pero también, lo social, lo ambiental, lo político, lo jurídico.

Desde tal noción, cada persona es un conjunto de recursos a desarrollar socialmente, en donde el comportamiento y los vínculos se mantienen en una permanentemente adaptación; piénsese: la salud es “el supuesto estado natural que se tiene o se pierde, es, en realidad, la aceptación del lugar asignado dentro de la estructura social” (Braunstein et al., 1982, p. 401).

Como afirma Arrieta Burgos (2016), diferentes rótulos psicopatológicos han sido históricamente conceptualizados en la ley como taxonomía científica: el trastorno mental, la discapacidad mental y en general las problemáticas psicosociales. En primera instancia, el trastorno mental es considerado como toda situación que se separa del desempeño estimado normal con relación al grupo social de referencia, lo cual, desde el derecho, se manifiesta en alteraciones del razonamiento, del comportamiento, del reconocimiento de la realidad y de la capacidad de adaptación a las situaciones de la existencia. A su vez, la discapacidad mental ha sido entendida como una limitación que dificulta comprender los hechos, hacer parte de situaciones vitales o implementar actividades o tareas. Por último, las problemáticas psicosociales se definen en el derecho como acontecimientos problemáticos, dificultades o deficiencias contextuales del tipo de tensiones, alteraciones o carencias en el apoyo social comunitario.

Estas apreciaciones dan cuenta de la importancia de la salud mental para el derecho, como se estipula desde el *Código de Procedimiento Penal* (Congreso de la República de Colombia, 2004) con base en lo cual es importante subrayar la obligación política que tienen los Estados de adoptar medidas positivas que favorezcan la salud mental y el bienestar de sus poblaciones como un

derecho fundamental que permita, cuando se concurra a la legislación penal para la protección de las libertades públicas, se asegure que la sanción no violenta el estado de equilibrio mental y se garantice que los comportamientos reprobables no se repetirán, porque fueron intervenidos desde la interdisciplinariedad profesional que exigen. Para esto también es indefectible que las sanciones se apliquen efectivamente y que quienes fueron sancionados por justa causa sean encaminados en la reincorporación a la sociedad en condiciones favorables para su equilibrio personal y que, asimismo, se haga viable el respeto de los derechos de toda la demás población.

En esta vía, Cita Triana y González Amado (2017) explican que desde el sistema jurídico se plantean diferentes clases de delitos, entre los cuales se instaure una jerarquía específica que permite reglamentar las sanciones debido a la gravedad. En ese marco, desde la *Constitución Política de Colombia* (Corte Constitucional de Colombia, 1991, Art. 11), el derecho a la vida es el más alto valor, por lo que las penas más radicales han de estar circunscriptas a las violaciones del derecho a la vida, que son las que se encuentran imputadas como delitos de carácter internacional (Congreso de Colombia, 2000).

En este sentido, hay que considerar el reconocimiento de la condición humana sobre el cual, en nombre de la justicia, no se pueden obviar los criterios de dignidad y valor para los sancionados por un delito, quienes como sujetos de derecho responden a unos “mínimos de protección en derechos sustanciales, como la vida, la libertad, el derecho a la reinserción social y el respeto por las condiciones mínimas de subsistencia” (Cita Triana & González Amado, 2017, p. 48).

Estos autores insisten en que se tiene que discurrir sobre las necesidades de defensa e igualdad, según reza el Artículo 13 de la *Constitución Política de Colombia* (1991); la sanción penal, siendo la más drástica de las respuestas del Estado frente a los infractores, debe contemplar las condiciones particulares de la persona sancionada que, afirman, “en Colombia –y en la mayoría de los países– excede los estándares internacionales” (p. 48). Esto significa una afectación de derechos más allá de los que acomete la pena privativa de la libertad, como son la salud, la alimentación, la familia y otros más que hacen de la sanción un acto que va en contra de la dignidad humana. Por su parte,

La Corte Constitucional ha mencionado: (i) de necesidad de intervención penal, que otorga carácter fragmentario, subsidiario y de última ratio al derecho penal; (ii) de exclusiva protección de bienes jurídicos o valores esenciales de la sociedad; (iii) de legalidad, que comprende la taxatividad y la prohibición de aplicación retroactiva de la ley desfavorable; (iv) de culpabilidad que implica la realización de un acto, la intervención de la voluntad y el grado de culpabilidad; (v) de proporcionalidad y razonabilidad que implica la ponderación de los derechos fundamentales de la libertad y el debido proceso con las finalidades de prevención y represión del delito, y (vi) de respeto a la Constitución y a las normas del bloque de constitucionalidad. (Corte Constitucional de Colombia, 2012)



En la misma vía, la Corte Constitucional, en su Sentencia C-762 de 2002, al controlar la Ley 733 de 2002, instituyó que el Estado como titular del *ius puniendi* (actividad sancionadora del Estado) es el encargado de establecer las directrices de la política que en materia criminal tienen que aplicarse, permitiendo la convivencia pacífica y garantizando la protección de los valores, derechos y garantías ciudadanas, reconociendo los acontecimientos particulares del momento histórico y las disímiles realidades de orden coyuntural que ocurren en una comunidad efecto de una dinámica de cambio y permanente evolución en las esferas de lo social, lo político, lo económico e incluso lo cultural y que, en el contexto de este apartado, cumple con los criterios establecidos para un estado óptimo de salud mental.

Considerando, con base en Muñoz et al. (2016) y Lluch (2002), a la salud mental como un proceso que incorpora dimensiones biopsicosocioculturales que redundan en la capacidad de las personas y de los colectivos para intercambiar entre sí y con el medio ambiente, en tal medida, la salud mental es un estado complejo que impacta a todo el contexto desde el fortalecimiento del bienestar psicológico subjetivo. Concepto este último que, según Riff (1989), corresponde al progreso y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, en el orden cognitivo, afectivo y relacional, que promueven el logro de metas personales y grupales en reciprocidad con la justicia y el bien común.

De tal manera, el campo de la salud mental, si se entiende como la consecuencia de manifestaciones biológicas, psicológicas, socioculturales y ambientales que se establecen recíprocamente, configurándose como lo que podría denominarse proceso de integralidad del ser humano, tiene todo que ver con el discurso del derecho y, puntualmente, con la jurisprudencia en materia penal.

Así la salud mental hay que comprenderla desde un entrecruzamiento interdisciplinar que definitivamente supera los tradicionales territorios de la psiquiatría y la psicopatología, para que sea tratada como parte fundamental de todas las áreas del conocimiento que tratan como objeto de estudio un componente humano que afecta las condiciones de vida de las personas y su sociedad (Bravo, 2016).

### **3.7.2 Concerniente a una Política Pública en Salud Mental**

La sociedad comienza a reconocer la íntima relación existente entre desarrollo social y salud en general como una interdependencia que desde los planteamientos que traemos es equivalente también para salud mental, en particular en poblaciones con ambientes de vulnerabilidad. Es un

hecho que, si se alcanza a recuperar o preservar la salud mental, es posible gestionar soluciones beneficiosas y aprender a evitar aquellas situaciones que añaden nuevas dificultades, como por ejemplo, comportamientos adictivos a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas, síndrome de estrés postraumático, así como también recrudecimiento de las violencias, hasta una tan grave como el suicidio.

Desde el derecho, es necesario explorar esto y amplificarlo a partir de promulgar un funcionamiento adecuado del Estado que comienza por desplegar, con base en el procedimiento democrático, la formulación de leyes sometidas a los términos que emanan de la *Constitución Política* y en razón de dar respuesta a los cambios y consecuentes alteraciones de la sociedad en los tiempos contemporáneos. Por ello, en consecuencia, la Ley 1616 de 2013 sobre salud mental, en su Artículo 1 traza “los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital”.

En tal medida, la Resolución 4886 de 2018 publica la *Política Nacional de Salud Mental* desde lo estipulado por el Artículo 31 de la Ley 1616 de 2013 en su Título VII: criterios para una política pública de salud mental; dicho artículo, a su vez, fue establecido a partir de la Resolución 1841 de 2013, que adoptó el *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021* para Colombia; esta política nacional de salud mental actualiza la Resolución 2358 de 1998, por la cual se adoptó por primera vez una política nacional de salud mental en Colombia.

Así, la Resolución 4886 de 2018 aborda las necesidades de salud mental que el territorio enfrenta con el desarrollo del país, acompañado en las últimas décadas por numerosos cambios socioculturales, en razón de que Colombia sufre un proceso de transformación sociopolítica y que gran parte de la población se ha transpuesto desde las zonas rurales a las urbanas, sobrellevando situaciones de grandes cambios e inclusive de pérdidas que han afectado el bienestar psicológico de las personas; con estos cambios, la adaptación individual y grupal se ve continuamente a prueba, lo que puede convertirse en diferentes formas de trastornos mentales y problemáticas psicosociales. Esta política se circunscribe con:

El enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes incluyendo entre otros elementos: la atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas en salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales mediante la detección, la remisión oportuna, el seguimiento, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad, con apoyo directo de los entes de salud locales. Esta política deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada quinquenio en correspondencia con el Plan Decenal para la Salud Pública. (Congreso de Colombia, 2013a, Art. 31)

Como hemos insistido en este libro, una política pública en salud mental tiene que contemplar un trabajo con las comunidades desde la intersectorialidad, tal como lo insta la Ley 1616 de 2013 en sus Artículos 2, 12, 18 y de forma puntual el Artículo 33. Desde esta perspectiva, es necesario que se haga ejercicio cabal del Sistema Nacional de Bienestar Familiar –el cual regula en Colombia la atención en salud pública– desde el trabajo mancomunado de todos los actores institucionales en articulación intersectorial para el fortalecimiento familiar y social en los espacios nacional, departamental, distrital y municipal (ICBF, 2019).

La política pública en salud mental tiene unos efectos positivos en la medida que es un camino para la consolidación del sistema estatal y que promueva acciones pertinentes para la población, como lo manda el Artículo 49 de la *Constitución Política* (1991), asegurando el ejercicio de la política y demandando de los gobiernos sistemas de salud pública que cubran a la ciudadanía. Se necesita, entonces, una política pública en salud mental que salvaguarde la salud integral de la población desde el reconocimiento de la salud mental como un factor protector para la vida por cuanto permite un equilibrio en un sentido multidimensional. Es decir, para que haya salud mental en la población se necesita una política integral que exija a los gobiernos velar por el principio de la vida digna de los ciudadanos desde la seguridad ciudadana, la educación de calidad, la empleabilidad que satisfaga, la vivienda confortable, el agua potable, la descontaminación ambiental, los espacios de recreación y cultura y los entornos amables, derechos todos ellos fundamentales que en su conjunto contribuyen a un estado de bienestar y salud mental. Una política pública integral en salud mental aporta desde estos parámetros de vida a que la población tenga más elementos para encontrar sentidos de vida y que un territorio progrese en aras de su desarrollo social y humano.

En consecuencia, la política pública en salud mental es un aporte al desarrollo del país que no puede pretender la inexistencia de problemas a partir de su implementación, pero sí contribuir a tener estrategias de afrontamiento cuando las comunidades o las personas, de manera individual, presentan crisis. Es eso lo que ocurre específicamente con el suicidio, pues es importante ayudarle a la persona a entender que, si bien las crisis son estados naturales en el ser humano, algunas personas tienen unas características específicas que las hacen susceptibles a sus efectos nocivos. Por ello, desde la institucionalidad, específicamente desde la *Constitución Política de Colombia* (Art. 13) se exhorta a “que el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición mental o física se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta”; por tanto, hay que construir formas de apoyar y ayudar a la población vulnerable para que encuentre opciones de solución a las dificultades. Se trata, pues, de un Estado de la protección que no abandone a sus ciudadanos ante situaciones críticas.

La *Política Nacional de Salud Mental*, Resolución 4886 de 2018, es un documento coherentemente elaborado, estructurado con base en la reglamentación en vigencia: leyes, resoluciones, planes y programas; no obstante, es menester hacer hincapié en que, históricamente, en Colombia se percibe una debilidad en la implementación de las regulaciones formuladas y avaladas políticamente, por lo que es necesario que con esta política –como también lo precisa la Ley 1616 de 2013, Artículos 32 y 37– se establezca una continua observancia y veeduría que haga posible su ejecución. La consumación de dicha política pública en salud mental para Colombia, siendo una contribución esencial y cimienta de otras leyes que se proponen optimizar la salud mental en este país, aún tiene mucho por seguir gestionando respecto de su implementación y el seguimiento de su evolución (Sánchez Correa & Cabra Ángel, 2021; Rojas Bernal et al., 2018).

### 3.7.3 Acerca de una política pública para la prevención del suicidio

Cuando del comportamiento suicida se trata, hay que insistir en que, absolutamente siempre, una amenaza o indicio de suicidio se debe tomar con la seriedad que amerita y nunca debe ser descartada como un acto de chantaje o demanda emocional, sino que es necesario profundizar en cada caso particular. Esto es lo que se conoce técnicamente como valoración del riesgo de suicidio. Es fundamental que, si entendemos hoy el suicidio como una problemática de salud pública que tiene que ser atendida desde la institucionalidad estatal mediante políticas públicas con programas de promoción y prevención puntuales, debe saberse valorar y reconocer el riesgo por parte de todo funcionario en la institucionalidad pública.

Es por esta necesidad de conocimiento del tema y de apropiación pública del mismo, respecto de lo que esta problemática entraña y las afectaciones que deja, que es imperativo, en principio, que la implementación en cada territorio de la *Política Nacional de Salud Mental* incluya, de forma explícita y obligada, una línea de acción contextualizada a cada región sobre la prevención, intervención y posvención del suicidio, de la cual se haga ejercicio a cabalidad en cada uno de los departamentos del país mediante el fortalecimiento de la infraestructura institucional que se requiere.

Una línea de acción específica que obligue a trabajar en la problemática del suicidio tiene que ser el germen en el país para instituir la tan necesaria política pública nacional en comportamiento suicida. Es necesario, para el desarrollo del país, que esta problemática sea tenida en cuenta en la agenda pública, desde el reconocimiento de la prioridad en la que se convirtió. Al respecto, según las estadísticas vitales del DANE (2021b), en el primer trimestre del año 2021 se observa un incremento del suicidio a nivel nacional en un 3,9 %, con mayor variación en

hombres (4.2 %) que en mujeres (2,4 %). Esto coincide con los datos de la página oficial de la OMS (2021), ente internacional que reporta para 2021 un acrecentamiento de las tasas de suicidio –mismas que se pueden relacionar con las condiciones de vida en tiempos de pandemia, especialmente en los países con mayor afectación socioeconómica–, y que indica que desde el 2019, el 77 % de suicidios en el mundo están ocurriendo en países de bajos y medios ingresos.

Por ello, es necesaria la implementación de políticas sociales integrales, mediante un plan intersectorial e integral que aborde situaciones vitales como educación, formación para el empleo con garantías para un trabajo satisfactorio, vivienda digna, cobertura en salud, posibilidad pública de espacios de ocio constructivos donde se cultive la cultura, se fortalezcan las dinámicas familiares y los lazos psicoafectivos, como aspectos todos estos que redundan en beneficio de estilos de vida saludables que nutren la salud mental de una población y que dan cuenta de la protección de un Estado garante del bienestar de sus ciudadanos. En esta vía, la Resolución 4886 de 2018 reivindica que es obligatorio que se adopten programas de promoción que fortalezcan habilidades para la vida a nivel individual y colectivo, gestionando entornos saludables, protectores y resilientes.

De manera puntual, esta Resolución, en su numeral 3.1.2. sobre el análisis de la situación, aborda de manera prioritaria el suicidio como “un resultado no deseado en salud mental”, que es necesario asumir integralmente desde la política pública. Siendo coherentes, este aparte da lugar a que el suicidio sea una línea de acción obligada en toda política pública en salud mental y que garantizar su atención integral sea un compromiso del Estado; para ello se requiere voluntad y decisión política, de manera que se posibilite un fortalecimiento estatal en materia social que haga posible, de manera efectiva, reforzar y adaptar las instituciones a las exigencias que implica una política pública.

Entre dichas exigencias del reforzamiento institucional para la política pública en comportamiento suicida hay que destacar las siguientes: afianzar la articulación intersectorial mediante un plan nacional que cubra las acciones estatales en favor de la vida y de una salud mental integral de la población; cualificar a los profesionales y servidores públicos en general que prestan servicios de atención a las comunidades para que cada vez sean más sensibles, pertinentes y humanos con sus necesidades vitales; construir y activar rutas locales de atención integral en prevención, intervención y posvención del suicidio, ampliándolas, incluso, más allá de la atención en salud – como lo manda la Resolución 3202 de 2016–, a la intersectorialidad local; perfeccionar el acceso oportuno a los servicios institucionales para que, por un lado, se favorezca el desarrollo social y humano de las comunidades en las regiones y, por el otro, se fortifique la confianza de la ciudadanía en las instituciones del Estado; además, formar a las comunidades sobre estrategias para la vida, posibilitando espacios participativos conjuntos de construcción de sentido con la vida. Todas estas acciones exigen de una infraestructura institucional sólida que haga posible su implementación.

**CONCLUSIONES**

Esta contemporaneidad, con sus problemáticas propias, exige posicionar a la salud mental como un factor de desarrollo promovido necesariamente desde las instituciones del Estado en los contextos nacional, regional y local y, así mismo, a nivel intersectorial –es decir, no solo desde el sector salud, sino también desde los sectores justicia, protección y educación, pues estos son los encargados de prestar directamente la atención a situaciones y problemáticas de la población–.

Como pudo constatarse, por ejemplo en las instituciones educativas de nuestros territorios se realizan ejercicios de promoción de la salud mental y la convivencia que contribuyen en la prevención del comportamiento suicida; además, en algunas están trabajando de manera explícita en rutas de atención a nivel interno con remisiones a la institucionalidad externa de la escuela, lo que muestra un compromiso por parte del sector educativo con el acompañamiento a los estudiantes en situación de riesgo y a sus familias. Sin embargo, también se evidencian las fallas que en ocasiones se presentan, tales como el retraso en la atención a situaciones de riesgo, el desconocimiento de los protocolos existentes desde las normativas de los Ministerios de Salud y Educación y su escaso seguimiento, lo que acarrea soledad estatal en las poblaciones y personas afectadas por comportamiento suicida.

En tal sentido, es necesario reconocer la importancia de la vinculación de los diferentes actores sociales en relación con este problema de salud pública. Por lo que es ineludible un acercamiento interdisciplinar que haga posible entender el suicidio en el contexto sociocultural e institucional donde acontece, lo que exige intervenciones que promuevan entre las poblaciones, desde construcciones participativas, acciones reflexivas que realmente permitan abordar procesos saludables de forma integral e incentiven oportunidades para retomar acciones de vida desde la creación y recreación de soluciones frente a problemáticas a las que no se les encontraba salida.

Así, pues, la implementación de la *Política Nacional de Salud Mental* pone de manifiesto la obligatoriedad de contar con profesionales cualificados para una atención humanizada e integral que tengan las competencias para motivar y fortalecer la educación para la salud mediante procesos de psicoeducación a las comunidades que asisten a las instituciones públicas. Profesionales con capacidad de ser lectores respetuosos y sensibles de contextos que se permitan, conocer y comprender el proceso particular de cada localidad, para que, así, la institucionalidad en representación de sus profesionales se convierta en el apoyo para el desarrollo de estrategias de acción que aporten a la construcción de ciudadanía.

De allí que una política pública en salud mental y, específicamente en prevención y atención integral del comportamiento suicida, también exige un fortalecimiento en la infraestructura institucional del Estado que implique desde la voluntad política para las decisiones sobre las acciones sociales pertinentes, hasta el ejercicio óptimo de los servicios de atención a partir de las competencias específicas de cada sector en funcionamiento articulado.

Además, es fundamental construir redes de apoyo social. Una red de apoyo efectiva es el camino óptimo para que un ser amado se sienta acompañado y pueda superar las dificultades vividas. Ayudar a la persona a controlar los factores que le vulneran es la vía de la prevención, desde donde se logran implementar estrategias para la toma de decisiones beneficiosas mediante acciones articuladas entre la comunidad y la institucionalidad. En esa vía se proponen los grupos de apoyo o de ayuda mutua, los cuales operan como una estrategia de intervención que cumple con los criterios de la prevención terciaria, ya que contempla prevenir desde el mecanismo de la posvención, más allá de que el proceso de salud enfermedad sea agudo o, en nuestro caso, que ya se haya presentado una muerte por suicidio. Es decir, los grupos de apoyo a sobrevivientes del suicidio no solo posibilitan la intervención del duelo no lineal, que es complejo, sino también la prevención del suicidio en otros miembros de la familia o del contexto inmediato.

De este modo, los grupos de apoyo mutuo en posvención pueden ser liderados, en principio, por un profesional psicosocial que entrene a personas padecientes del duelo por suicidio para liderar el encuentro de ayuda mutua mediante un esquema de trabajo metodológicamente ordenado desde la reflexión y la psicoeducación. De tal manera que las mismas personas con procesos de duelo, ya en fases que les permita estar más fortalecidos, sean capaces de sostener en el tiempo el encuentro grupal e ir acompañando a nuevos dolientes.

Los grupos de ayuda mutua son acciones contextualizadas que incorporan elementos de la salud mental positiva en cada comunidad, pues según el grupo social de referencia se dan estrategias de afrontamiento que cada uno de los miembros de la comunidad y sus familias asumen y desarrollan al compartirlas, así poco a poco se convierten en estrategias de afrontamiento comunes mediante ese apoyo al apoyo.

Otra estrategia que se plantea en este libro es el acompañamiento psico-pastoral, ya que en las comunidades religiosas el líder se convierte en un apoyo ante situaciones críticas de la comunidad, es importante integrar en la prevención del comportamiento suicida prácticas espíritu-religiosas en relación con la salud mental como un componente intrínseco para su estabilidad. Por ello, se plantea un protocolo psico-pastoral como apoyo para el ejercicio pastoral que realizan los líderes con sus comunidades religiosas, el cual les ayude en su misión de acompañamiento y les aporte herramientas de intervención a personas de sus contextos que estén en riesgo de comportamiento suicida.



Otro aspecto fundamental de reconocer tiene que ver con el uso de la tecnología digital que, si bien en la contemporaneidad impacta la supervivencia humana en muchos sentidos positivos, no obstante, requiere ser mediada por procesos educativos que conlleven un uso racional, así como ocuparse de los fenómenos que generan impacto significativo en la salud mental de sus usuarios. Los fenómenos emergentes del uso inadecuado de la tecnología y los dispositivos, tales como el *phubbing*, el *sexting*, la sextorsión y el ciberacoso, entre otros, se consolidan como factores de riesgo para la salud mental con implicaciones entre leves a graves, por consiguiente, pueden llegar a estar asociados con posibles causales para el comportamiento suicida.

Por ende, la salud mental es impactada sustancialmente con el uso de la tecnología por cuanto las redes sociales esbozan un ideal de felicidad, éxito y perfección que se convierten en estándar a alcanzar, pero muestran, en la mayoría de los casos, fragmentos de la realidad que inducen en algunas personas conclusiones despectivas o desvitalizadas respecto de sus propias vidas, generando sensaciones de fracaso y decepción que conllevan trastornos mentales.

Hoy en día, la comunicación cara a cara se concibe como un asunto del pasado, las redes y en general la tecnología digital permiten desde una conversación desapercibida por medio de un chat o videollamada, pasando por el alcance de la satisfacción sexual y la consumación del deseo con una pareja o sin ella, hasta llenar las soledades modernas por medio de la virtualidad. De ahí que las probabilidades de desarrollar trastornos tales como ciberadicción, depresión y ansiedad sean altas en personas que no tienen un uso regulado y consciente de la virtualidad, lo que indudablemente se convierte en un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

Por su parte, los medios de comunicación y las redes sociales son grandes aliados en la difusión de información provida mediante estrategias de salud mental, rutas de atención y divulgación de la oferta institucional existente en un territorio para que las comunidades puedan acceder a ellas. El impacto de las campañas comunicativas enfocadas en la salud mental y en la prevención del comportamiento suicida entre las comunidades o público receptor exige que se garantice la frecuencia de un proceso de difusión y formación; si se implementan con frecuencia como un patrón informativo y no únicamente en fechas especiales o cuando acontece un suicidio, la salud mental tiene que convertirse en cultura ciudadana. Así como se puede ocasionar el efecto Werther, conducta de imitación, cuando se informa inadecuadamente sobre un suicidio, es posible promocionar el efecto Papageno, viralizando información con contenidos que inviten a la protección de la salud mental y la desestigmatización del suicidio. Esta premisa permite constituir campañas efectivas de comunicación social que sean adoptadas por los gobiernos y las organizaciones para favorecer la prevención del comportamiento suicida entendido como problemática de salud pública.

# RECOMENDACIONES

Es obligado que la institucionalidad pública en nuestros territorios refuerce el trabajo articulado a nivel intersectorial para permitir el intercambio de competencias interdisciplinarias pertinentes y efectivas en torno a una atención integral y una comprensión amplia del comportamiento suicida.

Vale la pena acompañar desde las instituciones públicas, con sus equipos psicosociales, la conformación de grupos en posvención del suicidio como una forma participativa de prevención terciaria con el objeto de que las comunidades puedan tramitar su duelo, no solo en lo personal sino también en lo colectivo, dado que cada persona que fallece por suicidio hace parte de un tejido social que resulta altamente afectado, lo que puede, además, generar efecto Werther o repetición según lo que dicha persona representara para esa comunidad, incrementando así la desesperanza ante los factores de riesgos o precipitantes en contra de la vida.

Es conveniente realizar acciones de posvención y acompañamiento en el marco de los primeros auxilios psicológicos durante las primeras horas del evento suicida, observando y apoyando las reacciones de los familiares y personas cercanas sobrevivientes, dado que del manejo de los primeros momentos y las semanas posteriores al evento puede situar elementos de base para la elaboración del duelo. Por ello, se recomienda servirse de la ruta de posvención que proponemos, a dos semanas después del evento, para acompañar el momento del suicidio consumado y ofrecer posteriormente formar parte de un grupo de apoyo en un proceso de por lo menos los dos primeros años de curso de duelo.

Se recomienda a los medios de comunicación no entrevistar a sobrevivientes, no revelar sus identidades o lugares de residencia, dado que en muchos casos se genera estigmatización del sobreviviente, complicando así su proceso de duelo y la forma en la que la comunidad le acoja o le exponga a una revictimización en dicho proceso.

Se sugiere que los grupos de apoyo sean un espacio participativo que valide, desde la psicoeducación como enfoque de trabajo, el reconocimiento de cada uno de sus integrantes desde la escucha mutua, donde se fortalezcan el respeto y la confianza que posibilita la cohesión grupal. De tal forma, no se desborda el alcance de este dispositivo de intervención como estrategia que busca fortalecer la gestión de las emociones, la salud mental y el cuidado de sí como elementos de base para la elaboración de un duelo.

Es fundamental, con la situación convulsionada del mundo actual, tener en cuenta o retomar la espiritualidad como un componente valioso de la salud mental. Por esto, es importante la cualificación de líderes religiosos en programas de formación para la prevención e intervención integral del comportamiento suicida, con el fin de que adquieran herramientas de multiplica-

ción para con sus comunidades. En esta vía es fundamental el trabajo interdisciplinario entre el personal de la salud y los líderes religiosos con miras a la prevención del comportamiento suicida en los contextos comunitarios.

Así, se recomienda la implementación del Protocolo Psico-pastoral de Evaluación de Comportamiento Suicida como parte de un programa interdisciplinar de prevención del suicidio.

Es valioso que las instituciones educativas tengan establecido en sus manuales de convivencia todo lo relacionado con el cumplimiento y seguimiento de lo estipulado por la Ley 1620 y la Ley 1616 –ambas del año 2013–, porque permiten no solo el acompañamiento a situaciones de convivencia escolar, sino también de salud mental; entrambas leyes están estrechamente relacionadas y de manera directa se convierten en una ruta de acción para la prevención frente al comportamiento suicida. Estas rutas y protocolos explicitados en el reglamento institucional deben ser de conocimiento y apropiación de toda la comunidad educativa.

Por otra parte, se hace un llamado a la corresponsabilidad en el acompañamiento formativo de niños, niñas y adolescentes, y se invita al reconocimiento de los recursos municipales sobre los cuales se pueden generar distintos procesos de articulación para la promoción de la salud mental y la mitigación del riesgo del comportamiento suicida.

Es significativo tener presente que la prevención del comportamiento suicida depende, en gran medida, del seguimiento que se haga a las situaciones de salud mental y convivencia que se presentan en los establecimientos educativos, por lo que se requiere que todos los agentes educativos, sean maestros, orientadores, personal administrativo, familias y demás entes interventores en cada situación, puedan dejar un registro del mismo que permita monitorear la evolución de los distintos procesos y diseñar acontecimientos pedagógicos para la promoción del bienestar, la convivencia y la salud mental que, en última instancia, motiven el compromiso por la vida.

En lo concerniente a las campañas de prevención en las instituciones públicas en general, es conveniente que estas sean planificadas desde lineamientos claros e implementados de forma articulada, según los momentos y necesidades de los usuarios, pues se suelen realizar acciones poco planificadas que dificultan su impacto.

Es necesario abogar por una articulación sistemática a partir de la concertación de una mesa de trabajo entre comunicadores y equipos de salud mental que se posicione desde los entes territoriales del Estado y con las organizaciones privadas para favorecer el cuidado de la vida. Es imperativo que la acción social se opere en red para que tenga mayor impacto; su desarticulación demuestra un ineficiente uso de los recursos locales.

Es trascendental que Internet y las redes sociales promuevan aspectos para optimizar la salud mental de los cibernautas, tales como habilidades para la vida; es decir, páginas web que fomenten la capacidad de afrontamiento a conflictos, el respeto y valor de la diversidad, la inclusión social, el amor por la naturaleza, el fortalecimiento de la autoestima, la inteligencia emocional, la resiliencia. Que el Internet sea un aliado para mejorar actitudes y estilos de vida, entre otros posibles asuntos que puedan valorarse como factores protectores ante el comportamiento suicida.

Es crucial tomar consciencia del uso y consumo del celular y demás dispositivos de conectividad virtual, para establecer un vínculo saludable con las tecnologías digitales. Para ello, es importante tener tiempos de abstinencia digital programados, en donde se busquen otras alternativas tales como leer libros impresos, salir al aire libre, hacer yoga, u otras, que nos permitan tener el control y no quedar objetos de los estímulos virtuales y el posterior estrés digital. Es la única forma de tener como contemporáneos un futuro digital saludable.

La mediación parental es un asunto orientador con los niños y adolescentes que permite acompañar el uso de la tecnología; es fundamental divulgar estrategias que permitan un uso regulado de la misma y, a su vez, promuevan hábitos saludables en esta población.

El ejemplo es una forma de aprendizaje, por lo tanto amerita que los adultos revisen su forma de interacción con la tecnología y propendan por configurar cambios que generen una impronta diferente en los niños, niñas y adolescentes; es así que de las personas adultas parte, en buena medida, la responsabilidad de construir espacios alternos para el uso del tiempo libre que resulten atractivos y contribuyan al fortalecimiento de las habilidades sociales y al adecuado desarrollo de la autoestima, entre otras disposiciones necesarias en la vida cotidiana.

Urge un interés investigativo por parte de la comunidad de las áreas sociales por comprender e intervenir las influencias que un uso no regulado de la tecnología digital, las redes sociales y los dispositivos, tiene en nuestras poblaciones, por cuanto estos fenómenos están impactando contundentemente las formas de vinculación social y la salud mental en general.

Se recomienda la articulación en los territorios de todos los medios de comunicación masiva con los equipos psicosociales y de salud con la finalidad de unir una red de comunicación en salud mental desde el sector público y el privado para que, en las agendas de los medios, siempre aparezcan estrategias para el cuidado de la vida y rutas de prevención e intervención integral del suicidio.

Es obligatoria la toma de conciencia acerca de la necesidad de una formación ciudadana continuada en el tema de la salud mental, en donde esta no sea solo un tema en el mes de la prevención del suicidio o semana de la salud mental cada año, sino que de manera continuada

se generen, como parte de la cultura ciudadana, comunicaciones sobre el cuidado de la salud mental o de la vida. Para ello se recomienda la difusión de mensajes contextualizados desde los territorios que lleguen a toda la comunidad; así como se han logrado en nuestros contextos el cuidado de la higiene oral, la prevención de enfermedades endémicas, la concienciación sobre la importancia de las vacunas es necesario posicionar, dando un lugar protagónico, al cuidado y el valor por la vida. Este mensaje debe convertirse en una acción continua de la institucionalidad, de las entidades responsables de los segmentos publicitarios y de las redes sociales.

Las intervenciones y campañas preventivas sobre el suicidio tienen que estar orientadas a la promoción del compromiso por la vida, focalizándose en acciones de detección temprana, desde las formas de interacción y la observación y toma de consciencia de las situaciones cotidianas –como son los contextos familiar, educativo, laboral, social, y dentro de estos hacer reconocimiento de las situaciones emocional, espiritual, económica, sociopolítica–, como factores múltiples que en un momento dado se pueden convertir en precipitantes y que contribuyen en la ocurrencia de comportamientos suicidas.

# REFERENCIAS

- Abreu, T., & Souza, M. (2017). A influência da internet nos adolescentes com ações suicidas. *Revista Sociais e Humanas*, 30(1), 158-173. <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/25868>
- Acero, P. (2011). Evitar y sobrevivir al suicidio, una misión posible. *Revista de Psiquiatría*, 15, 15-26. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/evitar-y-sobrevivir-al-suicidio-una-mision-posible/>
- Alcaldía de Medellín, Universidad CES. (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012*. [https://www2.congreso.gov.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/1F4EB-0B9B0E524A905257AA70077982A/\\$FILE/1.Estudio\\_Salud\\_Mental\\_Medellin\\_2011.pdf](https://www2.congreso.gov.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/1F4EB-0B9B0E524A905257AA70077982A/$FILE/1.Estudio_Salud_Mental_Medellin_2011.pdf)
- Alegre Martí, M. (2018). *La estigmatización de la enfermedad mental como factor de riesgo de suicidio* [Trabajo de grado, Universidad Pompeu Fabra]. E-Repositori. UPF. <https://repositori.upf.edu/handle/10230/35212>
- Álvarez Torres, S. (2012). Efecto Werther: una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV/EHU). *Revista Norte de Salud Mental*, 10(42), 48-55.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Appadurai, A. (2003). La aldea global. La modernidad desbordada: Dimensiones culturales de la globalización. En: *La modernidad descentrada*. Fondo Cultura Económica. <https://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2011/08/080210.pdf>
- Aristóteles. (2001). *Ética a Nicómaco* (J. L. Calvo Martínez, Trad.). Alianza Editorial. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2017/12/Etica-a-Nicomaco-Aristoteles-PDF.pdf>
- Arrieta Burgos, E. (2016). Psicología y derecho en Colombia: una relación reflexiva. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas UPB*, 46(124), 171-206.
- Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y de Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio. (2019). *Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes*. RED AIPIS-FAeDS y Salud Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (1964). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones en seres humanos*. AMM. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>



- Aznar Díaz, I., Kopecký, K., Romero Rodríguez, J., Cáceres Reche, M., & Trujillo Torres, J. (2020). Patologías asociadas al uso problemático de internet. Una revisión sistemática y metaanálisis en WoS y Scopus. *Investigación Bibliotecológica*, 34(82), 229-253.
- Barbosa, J., Mendes, G., Oliveira, M., Corrêa, M., Shimabukuro, N., & Amorim, C. (2018). Séries e internet: até que ponto elas interferem na ideação suicida? *Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. <https://core.ac.uk/download/pdf/154173811.pdf>
- Baró, S. (2016). *Mesa de Trabajo Intersectorial. Una herramienta para la gestión de Políticas Públicas*. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias y Coordinación Nacional Programa Municipios y Comunidades Saludables. [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001053cnt-2014-01\\_mesa-trabajo-intersectorial.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001053cnt-2014-01_mesa-trabajo-intersectorial.pdf)
- Barrón López de Roda, A., & Sánchez Moreno, E. (2021). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=408>
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Bazley, R., Pakenham, K., & Watson, B. (2019). Perspectives on Suicide Preventions Amongst Members of Christian Faith-Based Organizations. *Community Mental Health Journal*, 55, 831-839. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0355-4>
- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106.
- Braunstein, N., Pasternac, M., Benedito, G., & Saal, F. (1982). *Psicología, ideología y ciencia*. Siglo XXI Editores.
- Bravo-Andrade, H., Orozco Solís, M., Ruvalcaba Romero, N., Colunga Rodríguez, C., & Ángel González, M. (2018). Factores sociales de riesgo y protección del suicidio adolescente. *Avances en Psicología, Revista UNIFE*, 26(2), 175-188. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1189>
- Bravo, O. (Ed.). (2016). *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos*. Editorial Universidad ICESI, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. [https://repository.icesi.edu.co/biblioteca\\_digital/bitstream/10906/81081/1/bravo\\_pensar\\_salud\\_2016.pdf](https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/81081/1/bravo_pensar_salud_2016.pdf)

- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, M., & Greenberg, N. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Caballero-Domínguez, C., Jiménez-Villamizar, M., & Campo-Arias, A. (2020). Suicide Risk During the Lockdown Due to Coronavirus Disease (COVID-19) in Colombia. *Death Studies*, 46(4), 885-890. 10.1080 / 07481187.2020.1784312
- Cameron, A. (2016). What Have We Learnt about Joint Working between Health and Social Care? *Public Money & Management*, 36(1), 7-14. <https://research-information.bris.ac.uk/ws/files/45393273/45393240.pdf>
- Campos Faria, H., Faria Lima, I., & Tavares Filgueiras, M. (2018). O grupo de Suporte como espaço promotor de *holding* para mulheres com câncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicopatología*, 21(3), 465-485.
- Cañón, S., Castaño, J., Mosquera, A., Nieto, L., Orozco, M., & Giraldo, W. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Perspectiva Psicológica*, 14(1), 27-40.
- Carmona, J. A., Jaramillo, J. C., Tobón, F., & Areiza, Y. A. (2010). *Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas. ¿Qué hacer en casos de suicidio consumado, intento de suicidio o ideación suicida de nuestros estudiantes?* Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó, Universidad de San Buenaventura y Colciencias. [http://suicidioprevention.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/MANUAL-DE-PREVENICI%-C3%93N-DEL-SUICIDIO.pdf](http://suicidioprevention.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/MANUAL-DE-PREVENICI%C3%93N-DEL-SUICIDIO.pdf)
- Capilla, E., & Cubo, S. (2017). Phubbing. Conectados a la red y desconectados de la realidad. Un análisis en relación al bienestar psicológico. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 50, 173-185. <http://dx.doi.org/10.12795/pixelbit.2017.i50.12>
- Caricote, E., & González, J. (2020). Efecto Werther y la conducta suicida en la adolescencia. *Revista Salus*, 24(1), 42-46. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol24n2/art06.pdf>
- Casas Patiño, D., Jarillo Soto, E., Contreras Landgrave, G., & Rodríguez Torres, A. (2013). La salud colectiva para el análisis de la medicina familiar, *Medwave*, 13(4), <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5666>

- Castañeda, M., Mota, V., Flores, J., & Arévalo, C. (2020). Correlación entre ideación suicida y adicción a internet en estudiantes universitarios de Ciencias Computacionales. *Tecnología Educativa Revista CONAIC*, 7(1), 31-37. <https://doi.org/10.32671/terc.v7i1.13>
- Cazares Sánchez, J. (2021). Ansiedad, estrés, y depresión, relacionadas con la pandemia Covid-19 en la población ecuatoriana: desafío para el tratamiento psiquiátrico [Tesis de posgrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/23501/1/UCE-FCM-CPO-CAZARES%20JESSICA.pdf>
- Chaux, E., Lleras, J., & Velásquez, A. (2004). *Competencias ciudadanas. De los estándares al aula*. Universidad de los Andes.
- Chávez-Hernández, A., & Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355-360.
- Cifuentes Gil, R. (2011). *Diseño de proyectos de investigación cualitativa*. Noveduc.
- Cita Triana, R., & González Amado, I. (2017). La proporcionalidad de las penas en la legislación penal colombiana. Ministerio de Justicia. Grupo Editorial Ibáñez. <https://www.politicacriminal.gov.co/Portals/0/documento/LaPropoPenLeCol.pdf?ver=2017-03-29-110809-953>
- Clarke, M., & Ware, V. (2015). Understanding Faith-based Organizations: How FBOs are Contrasted with NGOs in International Development Literature. *Progress in Development Studies*, 15(1), 37-48. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1464993414546979>
- Cobacango, J., Cedeño, V., & Tinoco, M. (2019). La ciberadicción en la conducta de los estudiantes. *Revista Atlante. Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 130-143. <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/07/ciberadiccion-estudiantes.html>
- Congreso de Colombia. (1968). *Ley 75. Por la cual se dictan normas sobre filiación y se crea el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_0075\\_1968.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0075_1968.htm)
- Congreso de Colombia. (1994). *Ley 115. Por la cual se expide la ley general de educación*. [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf)
- Congreso de Colombia. (2000). *Ley 599. Código Penal Colombiano* [Comentado y compilado por José Fernando Botero Bernal]. [https://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/l\\_20130808\\_01.pdf](https://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/l_20130808_01.pdf)

- Congreso de Colombia. (2002). *Ley 733. La cual dicta medidas para erradicar los delitos de secuestro y extorsión, y se expiden otras disposiciones*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22772>
- Congreso de Colombia. (2006a). *Ley 1029. Por la cual se modifica el artículo 14 de la Ley 115 de 1994*. [https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-101500.html?\\_noredirect=1](https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-101500.html?_noredirect=1)
- Congreso de Colombia. (2006b). *Ley 1090. Código deontológico y bioético del ejercicio de la psicología en Colombia*. <https://vlex.com.co/vid/psicologia-dicta-deontologico-bioetico-60054118>
- Congreso de Colombia. (2013a). *Ley 1616. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial. CXLVIII. <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-leyes/salud-publica/ley-1616-de-2013-salud-mental>
- Congreso de Colombia. (2013b). *Ley 1620. Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar*. Diario Oficial. CXLVIII. <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1685356>
- Congreso de la República de Colombia. (2004). *Ley 906 de 2004. Código de procedimiento penal*. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0906\\_2004.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0906_2004.html)
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2000). *Documento 3077. Política Nacional para la construcción de paz y convivencia familiar -Haz paz*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3077.pdf>
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2020). *Documento 3992. Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia. Departamento Nacional de Planeación*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>
- Constanza Cañón, S., Garcés Palacios, S., Echeverri Díaz, J., Bustos Gonzáles, E., Pérez Uribe, V., & Aristizabal López, M. (2016). Autopsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. *Archivos de Medicina (Col)*, 16(2), 410-421.
- Cook, C. (2014). Suicide and Religion. *The British Journal of Psychiatry*, 204(4), 254-255. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136069>

- Corte Constitucional de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Consejo Superior de la Judicatura. <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia. (2002). Sentencia C-762/2002. Libertad de configuración legislativa en política criminal [M. P. Eduardo Montealegre Lynett]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/C-762-02.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2012). Sentencia C-365/12. Libertad de configuración legislativa en materia penal–Límites. Principio de necesidad en derecho penal – Mínima intervención y última ratio. [M. P. Gabriel Mendoza Martelo]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/C-365-12.htm>
- Creswell, J. (2013). *Investigación cualitativa y diseño investigativo. Selección entre cinco tradiciones*. Sage Publications.
- David, M., & Roberts, J. (2017). Phubbed and Alone: Phone Snubbing, Social Exclusion, and Attachment to Social Media. *Journal of the Association for Consumer Research*, 2(2), 155-163. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/690940>
- Delfino, G., Sosa, F., & Zubieta, E. (2017). Uso de internet en Argentina: género y edad como variables asociadas a la brecha digital. *Investigación y Desarrollo*, 25(2), 100-123. <https://doi.org/10.14482/indes.25.2.10961>
- De Oliveira-Maraldi, E. (2018). Response Bias in Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Critical Review of the Literature and Methodological Recommendations. *Journal of Religion and Health*, 57(3), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0639-6>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2020). *Salud mental en Colombia: una aproximación desde las estadísticas oficiales en el contexto de la pandemia. Encuesta de pulso social*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021a). *Nota estadística. Salud mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia*. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/serie-notas-estadisticas>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021b). *Estadísticas Vitales, EEVV. Nacimientos y defunciones*. DANE. [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/pre\\_estadisticasvitales\\_Itrim\\_2021pr.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/pre_estadisticasvitales_Itrim_2021pr.pdf)

- Descubre, Comparte, Aprende. (2021). Página Web. <https://es.slideshare.net/>
- Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernández, M., & Varela Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.
- Díaz de Rada, V. (2012). Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. *Papers: Revista de Sociología*, 97(1), 193-223. <https://raco.cat/index.php/Papers/article/view/248512>
- Dumon, E., & Portzky, G. (2014). *Directrices de actuación para la prevención, intervención y postvención del suicidio en el entorno escolar*. Unidad de Investigación en Suicidio – Universidad de Gante. <https://www.aepsal.com/wp-content/uploads/2016/09/Guia-prevencion-suicidio-entornos-escolares.pdf>
- Durkheim, E. (1982). *El suicidio*. Akal.
- Escobar Echavarría, J., Montoya, L., Restrepo, D., & Mejía, D. (2017). Ciberacoso y comportamiento suicida. ¿Cuál es la conexión? A propósito de un caso. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 247-251, <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.004>
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. (2003). *Apoyo psicológico basado en la comunidad. Manual de formación*. IFRC. <https://www.hhri.org/wp-content/uploads/2020/12/Apoyo-psicologico-basado-en-la-comunidad.pdf>
- Fundación Saldarriaga Concha. Página Web. <https://www.saldarriagaconcha.org/>
- Galeano Marín, M. E. (2018). *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada* (Segunda edición). Fondo Editorial FCSH, Universidad de Antioquia.
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: Una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 233-254.
- García Peña, J. (2016). *Propuesta efectiva de ruta de atención intersectorial a las violencias sexuales*. Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó. [http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/284\\_Propuesta\\_efectiva\\_de\\_ruta\\_de\\_atencion\\_intersectorial\\_a\\_las\\_violencias\\_sexuales.pdf](http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/284_Propuesta_efectiva_de_ruta_de_atencion_intersectorial_a_las_violencias_sexuales.pdf)
- García Peña, J. (2020). *El suicidio. Una mirada integral e integradora*. Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó. [https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/648\\_El\\_suicidio\\_Una\\_mirada\\_integral\\_e\\_integradora.pdf](https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/648_El_suicidio_Una_mirada_integral_e_integradora.pdf)

- García Peña, J., Moncada Ortiz, R., & Quintero Gil, J. (2013). El bullying y el suicidio en el escenario universitario. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 298-310.
- García Peña, J., & Villota Araujo, D. (2019). Un camino a la reparación psicológica de los niños con ideaciones suicidas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (58), 180-201.
- Generalitat Valenciana. (2018). *Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. [http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio\\_WEB\\_CAS.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf)
- Georgette, S. (2021). Suicidio infantil, una realidad en Venezuela ignorada por las políticas públicas. *El Diario*. <https://eldiario.com/2021/03/10/suicidio-infantil-venezuela-ignorada/>
- Global Digital Overview. (2021). *Digital report 2021: El informe sobre las tendencias digitales, redes sociales y mobile*. <https://wearesocial.com/es/blog/2021/01/digital-report-2021-el-informe-sobre-las-tendencias-digitales-redes-sociales-y-mobile/>
- Goethe, J. W. (s.f.). *Las penas del joven Werther*. Editorial Palabras. [https://www.taller-palabras.com/Datos/Cuentos\\_Bibliotec/ebooks/Las%20penas%20del%20joven%20Werther.pdf](https://www.taller-palabras.com/Datos/Cuentos_Bibliotec/ebooks/Las%20penas%20del%20joven%20Werther.pdf)
- González, S. (1962). Unidad, libertad, caridad. *Proyección: Teología y mundo actual*, 35, 309-312.
- González Sábado, R., Martínez Cárdenas, A., Martínez González, A., Martínez González, O., & Blanco Suárez, M. (2016). Salud familiar en adolescentes con antecedentes de intento suicida. *Multimed*, 20(1). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/142/192>
- González Retuerto, N., & Estévez Gutiérrez, A. (2017). El apoyo social percibido moderador entre el uso problemático de internet y la sintomatología depresiva en jóvenes adultos. *Salud y Drogas*, 17(1), 53-62.
- González-Rivera, J., Segura-Abreu, L., & Urbistondo-Rodríguez, V. (2018). Phubbing en las relaciones románticas: Uso del celular, satisfacción en la pareja, bienestar psicológico y salud mental. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 4(2), 81-91. <https://doi.org/10.24016/2018.v4n2.117>
- González-Rivera, J., Veray Alicea, J., & Rosario Rodríguez, A. (2017). Relación entre la espiritualidad y el bienestar subjetivo en una muestra de adultos puertorriqueños. *Salud y Conducta Humana*, 4(1), 1-12.

- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342.
- Guelmes Valdés, E. L., & Nieto Almeida, L. E. (2015). Algunas reflexiones sobre el enfoque mixto de la investigación pedagógica en el contexto cubano. *Revista Universidad y Sociedad*, 7(2), 23-29.
- Han, B-Ch. (2012). *La sociedad del cansancio* (A. S. Arregi, trad.). Editorial Herder.
- Han, B-Ch. (2014). *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder* (A. Bergués, trad.). Editorial Herder.
- Han, B-Ch. (2015). *El aroma del tiempo. Un ensayo filosófico sobre el arte de demorarse* (P. Kuffer, trad.). Editorial Herder.
- Hegerl, U., Rummerl-Kluge, C., Varnik, A., Arensman, E., & Koburger, N. (2013). Alliances against Depression – A Community-based approach to Target Depression and to Prevent Suicidal Behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(10), 2404-2409. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.02.009>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hurtado, J. (2010). *Metodología de la investigación: Guía para la comprensión holística de la ciencia* (4.ª ed.). Quirón. [http://emarketingandresearch.com/wp-content/uploads/2020/09/kupdf.com\\_j-hurtado-de-barrera-metodologia-de-investigacioacuten-completo-1.pdf](http://emarketingandresearch.com/wp-content/uploads/2020/09/kupdf.com_j-hurtado-de-barrera-metodologia-de-investigacioacuten-completo-1.pdf)
- Instituto Aragonés de Estadística. (2018). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares*. IAEST. <https://www.aragon.es/-/encuesta-sobre-equipamientos-y-uso-de-las-tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion-en-los-hogares>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2019). Sistema Nacional de Bienestar Familiar, SNBF. <https://www.icbf.gov.co/bienestar/sistema-nacional-bienestar-familiar>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). *Datos para la vida*. [https://www.medicinalegal.gov.co/inicio/-/asset\\_publisher/t0LBQNMxVOxe/content/forensis-20-2](https://www.medicinalegal.gov.co/inicio/-/asset_publisher/t0LBQNMxVOxe/content/forensis-20-2)



- Jiménez-Marín, G., Sanz-Marcos, P., & Zambrano, R. (2020). Uso de smartphones en la infancia y seguimiento del Código PAOS por parte de anunciantes de alimentación. *Revista de Comunicación y Salud*, 10(3), 53-72. <http://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/176>
- Kaplan, C., & Szapu, E. (2019). Jóvenes y subjetividad negada. Apuntes para pensar la intervención socioeducativa sobre prácticas autolesivas y suicidio. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 18(1), 1-11. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/1485/969>
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2014). Prospective Prediction of Suicide in a Nationally Representative Sample: Religious Service Attendance as a Prospective Factor. *National Library of Medicine*, 204, 262-266. 10.1192 / bjp.bp.113.128900
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network*, 1, 1-33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H. G. (2015). Religion, Spirituality, and Health: A Review and Update. *Advances in Mind-Body Medicine*, 29(3), 19-26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26026153/>
- Larrota Medrano, K., Márquez, R., Ariza, Y., Redondo Pacheco, J., & Luzardo Briceño, M. (2018). Ideación suicida en una muestra de jóvenes víctimas de cyberbullying. *Psicoespacios: Revista Virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 12(20), 19-34.
- Lifeline. (s.f.). *Crisis support, suicide prevention*. <https://www.lifeline.org.au/>
- Lipovetsky, G. (2000). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo* (10.ª ed.). Editorial Anagrama. <http://catedradatos.com.ar/media/lipovetsky-La-era-del-vacio.pdf>
- Livingstone, S., & Helsper, E. (2008). Parental Mediation of Children's Internet Use. *Journal of Broad Casting Electronic Media*, 52(4), 581-599. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08838150802437396> [https://www.researchgate.net/publication/238400704\\_Parental\\_Mediation\\_of\\_Children's\\_Internet\\_Use](https://www.researchgate.net/publication/238400704_Parental_Mediation_of_Children's_Internet_Use)
- Lluch, M. (2002). Promoción de la salud mental: cuidarse para cuidar mejor. *Revista Matronas*, 3(7), 10-14. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/29057/1/500669.pdf>
- López Martínez, L. (2020). Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet. *Norte de Salud Mental*, 17(63), 25-36.

- López-Roldán, P., & Fachelli, S. (2016). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Dipòsit Digital de Documents, Universitat Autònoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/record/163567>
- Marín Díaz, V., Vega Gea, E., & Sampedro Requena, B. (2018). Uso problemático del smartphone en estudiantes universitarios. *Revista Especializada en Drogodependencia*, 43(1), 62-76. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-171744>
- Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (1986). *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro*. Editorial Cepaur. <http://habitat.aq.upm.es/deh/adeh.pdf>
- Mejía, R. (2016). Duelo y afrontamiento en sobrevivientes al suicidio. *Revista de investigaciones Aletheia*, (6), 179-205. [https://www.academia.edu/40158402/Duelo\\_y\\_afrontamiento\\_en\\_sobrevivientes\\_al\\_suicidio?auto=download](https://www.academia.edu/40158402/Duelo_y_afrontamiento_en_sobrevivientes_al_suicidio?auto=download)
- Melguizo-Garín, A., Hombrados-Mendieta, I., & Martos-Méndez, M. (2020). La experiencia de un grupo de apoyo en el proceso de duelo de familiares de niños con cáncer. Un estudio cualitativo. *Psicooncología*, 17, 117-129. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-196987>
- Mendes, I., & Silva, I. (2017). Uso problemático da Internet em adultos: Que relação com sintomas clínicos? *Revista de Estudos e Investigação em Psicologia y Educación*, 13, 129-133. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.13.2565>
- Michelmores, L., & Hindley, P. (2012). Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507-524. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1943-278X.2012.00108.x>
- Ministerio de Educación Nacional. (2013). *Guía N.º 49. Guías pedagógicas para la convivencia escolar. Ley 1620 de 2013 – Decreto 1965 de 2013*. [https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-339480.html?\\_noredirect=1](https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-339480.html?_noredirect=1)
- Ministerio de Educación Pública, República de Costa Rica. (2018). *Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio*. Departamento de Salud y Ambiente. <https://www.mep.go.cr/sites/default/files/protocolo-prevencion-suicidio.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF)

- Ministerio de Salud. (1998). *Resolución 2358. Por medio de la cual se formuló la Política Nacional de Salud Mental*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan decenal de salud pública, 2012-2021*. <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1841. Que adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 518. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PIC*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 3202. Por la cual se adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y se dictan otras disposiciones*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Guía N.º 60. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Sistema General de Seguridad Social en Salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Orientaciones para el trabajo con grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Orientaciones-grupos-apoyo-ayuda-mutua.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Resolución 4886. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social / Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. [https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf)
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Desarrollo de estrategias preventivas para comunidades escolares. Programa Nacional de prevención del suicidio*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>
- Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia. (2021). *Boletín Trimestral de las TIC. Cifras cuarto trimestre 2020*. [https://colombiatic.mintic.gov.co/679/articles-172261\\_archivo\\_pdf.pdf](https://colombiatic.mintic.gov.co/679/articles-172261_archivo_pdf.pdf)
- Molina, G., Ramírez, A., & Oquendo, T. (2018). Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016, *Revista Salud Pública*, 20(3), 286-292. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n3.62648>
- Molina, M. J., & Restrepo, D. (2018). Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿cuál es la conexión? *Revista Pediatría*, 51(2), 30-39. <https://revistapediatria.org/rp/article/view/109>
- Morales Borrero, M. (Ed.). (2017). *Cuadernos del Doctorado, N.º 18. Salud colectiva y salud pública: ¿se está hablando de lo mismo?* Universidad Nacional de Colombia. <http://www.doctoradosaludp.unal.edu.co/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-18.pdf>
- Moreno-Carmona, N., Marín-Cortés, A., Cano-Bedoya, V., Sanabria-González, J., Jaramillo-Suarez, Á., & Ossa-Ossa, J. (2021). Mediaciones parentales y uso de internet por niños, niñas y adolescentes colombianos. *Interdisciplinaria*, 38(2), 275-290.
- Morfín, T., & Ibarra, A. (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar*. Editorial Manual Moderno. <https://books.google.com.pe/books?id=oughCQAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Morin, E. (2004). *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa.
- Morin, E. (2007). *El hombre y la muerte*. Editorial Kairós.
- Muñoz Arce, G., & Larraín Salas, D. (2019). Interseccionalidad y los programas sociales pro-integralidad: lecturas críticas sobre intervención social. *Tabula Rasa*, 30, 153-170. <https://doi.org/10.25058/20112742.n30.08>

- Muñoz, C., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(3), 166-173.
- Muñoz, J., Sánchez, M., Palacios, B., & Franco, M. (2014). Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: Resultados del proyecto EUREGENAS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2).
- National Center for Injury Prevention and Control – Division of Violence Prevention. (2017). *Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas*. <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
- Nordtvedt, M., & Chapman, L. S. (2011). Health Promotion in Faith-based Institutions and Communities. *American Journal of Health Promotion*, 25(4), 1-8. <https://doi.org/10.4278/ajhp.25.4.tahp>
- Observatorio de la Democracia. (2017). *Características y actitudes de los colombianos según su religión*. Universidad de los Andes. <https://obsdemocracia.org/publicaciones/noticias/caracteristicas-y-actitudes-de-los-colombianos-seg/>
- Olmo López, A., & García Fernández, D. (2015). Suicidio y libertad de información: entre la relevancia pública y la responsabilidad. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 19(38), 70-114. [http://www.seeci.net/revista/index.php/seeci/article/view/338/pdf\\_62](http://www.seeci.net/revista/index.php/seeci/article/view/338/pdf_62)
- Oman, D., & Syme, L. (2018). Weighing the Evidence: What is Revealed by 100+ Meta-analyses and Systematicreviews of Religion/spirituality and Health? In D. Oman (Ed.), *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health* (pp. 261-281). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3_15)
- Organización de Telecomunicaciones de Iberoamérica. (2018). *En el mundo hay más celulares que humanos*. <https://otitelecom.org/telecomunicaciones/mundo-mas-celulares-humanos/>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Informe sobre la salud en el mundo. Cambiar la situación*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65478/WHO\\_WHR\\_99.1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65478/WHO_WHR_99.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66802/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66802/WHO_MNH_MBD_00.3_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42897/9243562576.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental, 2013-2020*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud para adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016a). *Promoción de la salud: ¿Qué es la promoción de la salud?* <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/health-promotion>
- Organización Mundial de la Salud. (2016b). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Mental Health Gap Action Programme. <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/guia-mhgap.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicidio: datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1)
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2016). *Guía de entornos y estilos de vida saludables en comunidades indígenas lenkas. Municipio de Yamaranguila, Departamento de Intibucá*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34580/vidasaludable2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49121>

- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49120>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2018c). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe Regional, 2010-2014*. <https://www.sonepsyn.cl/web/docs/Suicidios.pdf>
- Ospina Velasco, A. (2003). Los grupos de apoyo: Una alternativa para la elaboración del duelo. *Revista Prospectiva*, (8), 172-184. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i8.7371>
- Ovejero Bernal, A. (1999). *La nueva psicología social y la actual posmodernidad: raíces, constitución y desarrollo*. Universidad de Oviedo.
- Palacios Hernández, B., & Téllez Alanis, M. (2017). La importancia de la atención a la salud mental en una situación de desastre. Experiencia de brigadas de apoyo psicológico de emergencia universitarias después del Sismo del 19 de septiembre 2017 en México [Editorial]. *Salud UIS*, 49(4), 513-516.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. (2013). *Recent Progress and Core Issues in the Science of the Psychology of Religion and Spirituality*. The Guilford Press. <https://www.guilford.com/excerpts/paloutzian.pdf?t>
- Pearce, M., Koenig, H. G., Robins, C. J., Bruce, N., Shaw, S. F., Cohen, H. V., & King, M. B. (2015). Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy: A New Method of Treatment for Major Depression in Patients with Chronic Medical Illness. *Psychotherapy*, 52(1), 56-66. <https://doi.org/10.1037/a0036448>
- Pedroza Zúñiga, M. (2020). *Abordaje en salud a familias en duelo asociado a suicidio. Una revisión del tema [Monografía, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.]*. Repositorio Institucional UDCA. <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/2832/1/M%-c3%b3nica%20Pedroza%20%2013022020%20%20C.%20%20Ps.%20Marlen%20Aguilar.pdf>
- Pérez Lucas, M., & Galindo Bonilla, E. (2018). *Guía de información responsable sobre suicidio y medios de comunicación en Castilla-La Mancha*. [http://papageno.es/wp-content/uploads/2019/10/guia\\_medios\\_comunicacion.pdf](http://papageno.es/wp-content/uploads/2019/10/guia_medios_comunicacion.pdf)

- Piedrahita, L., Paz, K., & Romero, A. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: La escuela como contexto. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 136-148. <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/2038>
- Polanco Díaz, R. (2020). *Caracterización de información disponible sobre suicidio en internet, de páginas en español en Colombia* [Tesis de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio institucional Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75519>
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 5(1), 25-36.
- Quinatoa, R., & Larzabal, A. (2021). Ciberacoso y su relación con la intencionalidad suicida en adolescentes de 12 a 17 años. *ProSciences*, 5(38). <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000volumes38.2021pp103-112>
- República de México, Gobierno del Estado de Yucatán. (2020). *Violencia digital, una realidad que se atiende en Yucatán: Cepredey*. Sala de prensa. [https://www.yucatan.gob.mx/saladeprensa/ver\\_notas.php?id=3897](https://www.yucatan.gob.mx/saladeprensa/ver_notas.php?id=3897)
- Reyes Moreno, L. (2017). *Adolescencia, suicidio y políticas públicas en Uruguay* [Trabajo de grado de psicología, Universidad de la República Uruguay]. Repositorio Institucional Colibri. [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18996/1/adolescencia\\_suicidio\\_y\\_politicas\\_publicas\\_en\\_uruguay\\_1.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18996/1/adolescencia_suicidio_y_politicas_publicas_en_uruguay_1.pdf)
- Rodado León, B., Alberdi, I., Montero, G., Jiménez, M., Bermejo, A., & García, A. (2019). Medios de comunicación y efecto contagio: Efecto Werther. *Interpsiquis*, XX. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=medios-de-comunicacion-y-efecto-contagio-efecto-werther>
- Rodríguez Abrahantes, T., Rodríguez Abrahantes, A., & García Pérez, M. (2017). Intervención educativa sobre suicidios en familiares o tutores de adolescentes de un área de salud, 2017. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 8(3), 26-38. <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/940>
- Rodríguez, M., Couto, M. D., & Díaz, N. (2015). Modelo salutogénico: enfoque positivo de la Salud. Una revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*, 53(3). [www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/)



- Rojas-Bernal, L., Castaño-Pérez, G., & Restrepo-Bernal D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Medicina*, 32(2), 129-140.
- Ruiz Maza, C. (2019). Afrontamiento familiar frente a trastornos mentales grupo Compartiendo por la salud mental – Cajamarca, 2018 [Tesis, Universidad de Cajamarca, Perú]. <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2763>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sánchez Correa, M., & Cabra Ángel, Z. (2021). Análisis de la salud mental en Colombia y la implementación de la política pública nacional de salud mental 2018 [Tesis de posgrado Medicina, Universidad CES]. Repositorio Digital Institucional Universidad CES, REDICES. [https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/5192/1/1053829632\\_46678630\\_2021.pdf](https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/5192/1/1053829632_46678630_2021.pdf)
- Sánchez Estévez, M. (2021). Creencias, actitudes e intervenciones psicoeducativas frente al suicidio en el contexto educativo: una revisión de la literatura. *Tejidos sociales*, 3(1), 1-12. <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/tejsociales/article/view/4761>
- Sandoval-Ato, R., Vilela-Estrada, M., & Gálvez-Olortegui, J. (2017). Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 1-5.
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2011). *Módulo de habilidades para la vida. Guía para el trabajo con adolescentes y jóvenes*. Imprenta Departamental de Antioquia. <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/877-modulo-habilidades-para-la-vida/>
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2020). *Informe mortalidad por causas externas por subregión/municipio 2005-2019*. <https://www.dssa.gov.co/index.php/normatividad-mision-medica/item/81-mortalidad-por-causas-externas-por-subregion-municipio-2005-2019>
- Seligman, M., Parks, A., & Steen, T. (2004). A Balanced Psychology and a Full Life. *Philos Trans Society Biologic Science*, 359(1449), 1379-1381. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693422/>

- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. (2010). *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiapreventionsuicidio.pdf>
- Sinyor, M., Schaffer, A., Nishikawa, Y., Redelmeier, D., Niederkröthenthaler, T., Sareen, J., Levitt, A., Kiss, A., & Pirkis, J. (2018). The Association between Suicide Deaths and Putatively Harmful and Protective Factors in Media Reports. *CMAJ*, *190*(30). <https://doi.org/10.1503/cmaj.170698>
- Sternberg, R. J. (1988). *El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso*. Paidós Ibérica.
- Stone, D. M., Holland, K. M., Bartholow, B., Crosby, A. E., Davis, S., & Wilkins, N. (2017). *Prevención del suicidio. Paquete técnico de políticas, programas y prácticas*. Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
- Suárez, E., Barrera, J., Gómez, M., Velásquez, N., Guzmán, Y., & García, V. (2017). Cobertura periodística sobre el suicidio: ¿habría riesgo de causar efectos negativos en personas susceptibles? *Perspectiva Bioética*, *21*(1), 151-160. <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2017.21.1.10>
- Technology Safety. (2020). Grupos de Apoyo en Línea. *Proyecto de Red de Seguridad en la Red Nacional para Poner Fin a la Violencia Doméstica (NNEDV)*. <https://www.techsafety.org/grupos-de-apoyo-en-A21>
- Téllez-Vargas, J., & Forero Vargas, J. (2012). Suicide in Latin America. In M. Pompili (Ed.), *Suicide: A Global Perspective* (pp. 185-200). Bentham Science Publishers. <https://doi.org/10.2174/97816080504991120101>
- Torres Montilla, Y., Mejía Montilla, J., & Reyna Villasmil, E. (2018). Características del ciberacoso y psicopatología de las víctimas. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, *27*(3), 188-196. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v27.n3.2018.213>
- Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. (2020). Sistema Nacional de Alerta Temprana como elementos para la gestión del riesgo de desastres. UNGRD. <http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Noticias/2020/Sistemas-de-Alerta-Temprana-como-elementos-para-la-gestion-del-riesgo-de-desastres.aspx>

- Valencia Puentes, A., & Trejos García, J. (2013). Los primeros auxilios psicológicos en el servicio de atención al ciudadano desde un enfoque humanista. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 4(2), 42-52.
- VanderWeele, T., Li, S., Tsai, A., & Kawachi, I. (2016). Association between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates among US Women. *JAMA Psychiatry*, 73(8), 845-851. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1243>
- Verhagen, P. (2017). Religion and Mental Health: A Critical Reflection in Consequence of Four Reviews (1969-2013). *International Journal of Psychotherapy and Research*, 1(2), 11-23. 10.14302/issn.2574-612X.ijpr-17-1753
- Vizcarra, B., & Dionne, J. (2008). *El desafío de la intervención psicosocial en Chile: Aportes desde la psicoeducación*. RIL Editores.
- World Health Organization. (1997). *Guidelines: Life Skills Education Curricula for Schools*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO\\_MNH\\_PSF\\_93.7A\\_Rev.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Wu, A., Wang, J., & Jia, C. (2015). Religion and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PlosOne*, 10(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131715>
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh, E., Tu, X., & Wang, W. (2010). An Outcome Evaluation of the Sources of Strength Suicide Prevention Program Delivered by Adolescent Peer Leaders in High Schools. *National Library of Medicine*, 100(9), 1653-1661. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920978/>
- Yoffe, L. (2015). Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *Avances en Psicología*, 23(2), 155-176. [https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015\\_2/L.Yoffe.pdf](https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_2/L.Yoffe.pdf)

# INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

## **John Jairo García Peña**

Magíster en Desarrollo. Especialista en Psicoanálisis con Niños. Psicólogo. Docente Investigador, Escuela de Posgrados y Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de Investigación: Estudios de Fenómenos Psicosociales. Correo electrónico: john.garciape@amigo.edu.co, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8390-5945>

## **Gloria Cecilia Cardona Ríos**

Magíster en Educación. Psicóloga. Docente Investigadora, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación: Farmacodependencia y otras Adicciones. Correo electrónico: gloria.cardonari@amigo.edu.co, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0855-7394>

## **Eliza Kratic Gil**

Magíster en Psicología y Salud Mental. Psicóloga Clínica. Docente Investigadora, Facultad de Ciencias Sociales, programa de Psicología, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación: Farmacodependencia y otras Adicciones. Correo electrónico: eliza.gilgi@amigo.edu.co, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9916-2883>

## **Sandra Isabel Mejía Zapata**

Magíster en Intervenciones Psicosociales. Especialista en Docencia Investigativa Universitaria. Psicóloga con énfasis en Psicología Social. Docente Investigadora, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de Investigación: Estudios de Fenómenos Psicosociales. Correo electrónico: sandra.mejiaza@amigo.edu.co, ORCID: <https://orcid.org/00000002-6368-314X>

## **Jhoeen Sneyder Rojas Díaz**

Magíster en Intervención Social en Sociedades del Conocimiento. Especialista en Gerencia de Mercadeo. Comunicador Social–Periodista y Teólogo. Docente Investigador, Facultad de Comunicación, Publicidad y Diseño, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación: Urbanitas. Correo electrónico: [jhoeen.rojasdi@amigo.edu.co](mailto:jhoeen.rojasdi@amigo.edu.co), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2584-5267>

## **Omar Augusto Amador Sánchez**

Magíster en Psicología. Especialista en Terapia Cognitiva. Psicólogo. Docente Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de Investigación: Neurociencias Básicas y Aplicadas (NBA). Correo electrónico: [omar.amadorsa@amigo.edu.co](mailto:omar.amadorsa@amigo.edu.co), ORCID <https://orcid.org/0000-001-6013-8480>

## **Marcos Fidel Vega Seña**

Doctorando en formación. Magíster en Educación. Comunicador Social – Periodista. Docente Investigador, Facultad de Comunicación, Publicidad y Diseño, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación: Urbanitas. Correo electrónico: [marcos.vegase@amigo.edu.co](mailto:marcos.vegase@amigo.edu.co), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1828-5388>

## **Maria Victoria Restrepo Tobón**

Magíster en Intervenciones Psicosociales. Psicóloga. Docente Investigadora, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de Investigación en Farmacodependencia y otras Adicciones. Correo electrónico: [maria.restrepoto@amigo.edu.co](mailto:maria.restrepoto@amigo.edu.co), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8904-7627>

## **David Ignacio Molina Velásquez**

Magíster en Psicología y Salud Mental. Especialista en Psicología Clínica, con énfasis en Salud Mental. Psicólogo. Docente Investigador, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación: Farmacodependencia y otras Adicciones. Correo electrónico: david.molinave@amigo.edu.co, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8252-7943>

## **Ángel Augusto Vizcaya Castillo**

Magíster en Derecho Procesal. Especialista en Derecho Administrativo. Abogado Titulado. Docente Investigador, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación: LUES- Laboratorio Universitario de Estudios Sociales. Correo electrónico: angel.vizcayaca@amigo.edo.co, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8265-0426>



Este segundo libro enmarcado en la investigación sobre el comportamiento suicida, contiene estrategias de intervención y de posvención, tanto a nivel de la prevención como ante la ocurrencia de un evento. Es el resultado reflexivo de un trabajo, ejecutado durante 4 años, financiado por la Universidad Católica Luis Amigó, y llevado a cabo en ocho localidades de Antioquia de forma presencial y en algunos países de la región de manera virtual; en donde se ha prestado asesoría y acompañamiento técnico con el propósito de fortalecer las competencias institucionales de estas localidades en lo referente al suicidio; el libro, presenta este proceso de investigación acción. Esperamos que su contenido, sea de utilidad para toda persona o institución interesados en saber cómo afrontar y contener esta problemática humana.