



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

**Bogotá (D.C.), agosto de 2018
Actualización**

Introducción

La conducta suicida es un conjunto de eventos complejos, que pueden afectar a personas de cualquier edad o condición; cuando se manifiesta como el suicidio consumado, tiene consecuencias devastadoras para el individuo, su familia y comunidad, y sus efectos son duraderos. Se encuentra asociada a diversos factores de riesgo que pueden ser intervenidos con acciones específicas que abarcan el espectro de la promoción de la salud mental, la prevención y atención a los problemas y trastornos mentales, involucrando a diferentes sectores e instituciones y a la sociedad civil, que permita evitar así los desenlaces fatales.

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

Definiciones

La conducta suicida. Es “una secuencia de eventos denominado *proceso suicida* que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (Cañón Buitrago SC. Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015)¹.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE - de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993), del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la conducta suicida se considera un síntoma de un malestar o trastorno emocional o mental y no representa un diagnóstico en sí mismo y, en consecuencia, se debe revisar la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que en conjunto hagan parte de su diagnóstico. Los códigos CIE en su versión 10, que se encuentran relacionados con la conducta suicida son: X60 al X84. Siempre que se atienda este evento en los servicios de salud, se recomienda realizar evaluación completa del estado de salud mental con el fin de identificar probables trastornos mentales asociados (Códigos CIE-10 F00 a F99) y así mismo, otras circunstancias psicosociales que en buena parte de los casos también se encuentran presentes (Códigos CIE-10 Z55 a Z65), los cuales deben ser consignados como diagnósticos relacionados en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS y en historia clínica y desde luego, el respectivo manejo clínico del trastorno y la gestión intra e intersectorial para la intervención de las problemáticas psicosociales identificadas.

La ideación suicida. “Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas”^{1,2}

El plan suicida: Además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento².

El intento de suicidio. El Protocolo de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública establece que un caso confirmado de intento de suicidio es “conducta potencialmente lesiva auto-inflingida y sin

resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método”³.

El suicidio. Muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y con la intención de provocar el propio fallecimiento. Es un problema de salud pública, por su frecuencia cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida que pudieron ser vividos y en general por sus graves consecuencias².

En adultos se han asociado diversos factores con el suicidio: “ser mayor de 45 años; la impulsividad; los eventos vitales adversos; el género masculino (excepto en algunos países como China); ser viudo, separado o divorciado; vivir solo; estar desempleado o jubilado; tener antecedentes familiares de suicidio, intentos previos; contar con una mala salud física; tener armas de fuego en casa, o padecer una enfermedad mental. En Colombia: ser mayor de quince años, de sexo masculino, vivir en área rural, soltero, separado, divorciado o vivir en unión libre y vivir en los nuevos departamentos o en la zona oriental, central o pacífica”¹ y en adolescentes: la depresión (asociada a eventos vitales estresantes); los antecedentes familiares también son importantes, tener una madre ansiosa, un padre con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, o cualquiera de ellos con trastorno mental incluyendo trastorno de la personalidad o divorcio de los padres, aumenta la probabilidad del suicidio. Otro antecedente de interés en este evento es haber sido víctima de maltrato infantil, pertenecer a un hogar donde se presente violencia intrafamiliar, presentar dificultades disciplinarias recientes, rupturas amorosas o pérdida de seres queridos recientemente, problemas en la escuela y falta de actividades en las que ocupar el tiempo.

Epidemiología de la conducta suicida a nivel mundial

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

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

Las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento y aquellas que tienen trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, tienen mayor probabilidad de presentar conducta suicida, al igual que quienes han tenido eventos críticos en su vida, como pérdidas de un ser querido, del empleo, han tenido experiencias relacionadas con conflictos, “peleas con los padres, separación, rompimiento con la pareja, cambio de vivienda”, madre con trastornos

mentales (principalmente en adolescentes), historia familiar de suicidios, maltrato, desastres, violencia y abuso sexual; personas con factores genéticos o biológicos que se asocian con mayor frecuencia del evento; entre otros.¹

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

La situación de salud mental de los grupos y pueblos indígenas pasa por un difícil momento, lo cual se ha asociado a determinantes estructurales e intermedios de la salud, así como a exposiciones específicas como el impacto del conflicto armado. El estudio de Naciones Unidas sobre la “Situación mundial de los pueblos indígenas” realizado en 2009 reporta tasas de suicidio entre los jóvenes guaraníes de Brasil 19 veces por encima de las nacionales y en algunos casos de 500/100.000 habitantes, en pueblos como los Embera de Colombia (frente a 5.2 a nivel nacional). Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud, plantea que la elevada vulnerabilidad psicosocial a la que son expuestos los indígenas se manifiesta en las altas tasas de suicidio en especial entre los jóvenes, en comparación con la población no indígena.^{6,7}

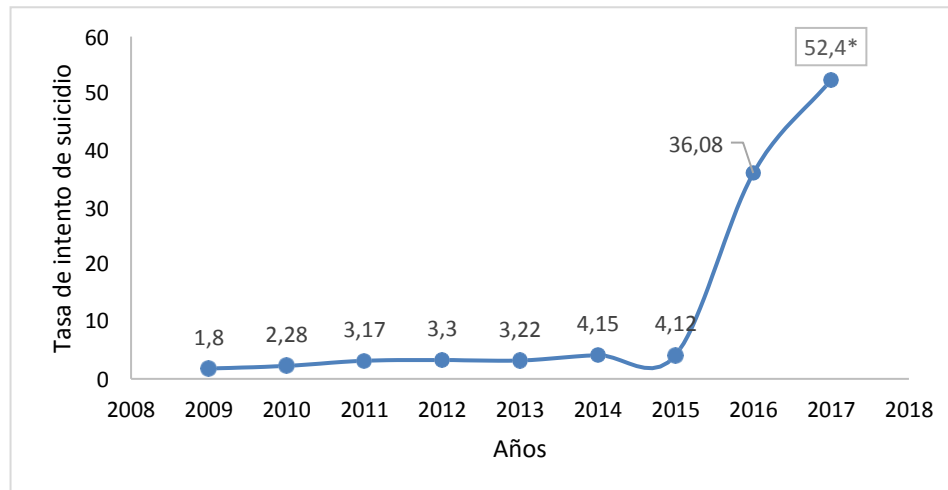
Situación actual del país

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

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

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

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

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


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

En la distribución de las tasas de intento de suicidio, por grupos de edad, se observa un ascenso progresivo, son más altas en el grupo de edad de 15 a 19 años, seguido por el grupo de 20 a 24 años. Ver tabla 1.

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

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

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

En 2017, los datos preliminares reportan que el 29,7% de los intentos de suicidio se dieron en población de 15 a 19 años, seguido del grupo de 20 a 24 años con 18,8%⁸.

Existen diferencias según el sexo, las tasas son más altas en las mujeres y la razón mujer/hombre se ha mantenido alrededor de 1,8. Es decir, por cada hombre que intenta suicidarse, aproximadamente dos mujeres lo hacen, la tendencia del indicador es hacia el incremento, en ambos sexos.

Vigilancia del intento de suicidio

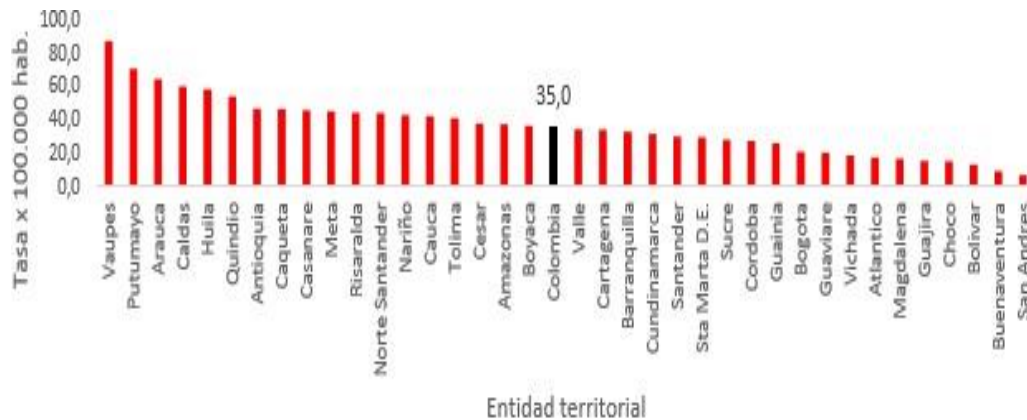
Desde el año 2016, en cumplimiento de la ley 1616 de 2013, el Instituto Nacional de Salud (INS), dio inicio a la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio. Desde que se inició este proceso las cifras reportadas se han incrementado dramáticamente, se pasó de una tasa de intento de suicidio de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

En el informe del evento el SIVIGILA reportó que, en 2017, el 62,7% de los casos de intento de suicidio registrados eran del sexo femenino y 37,3% del masculino. El 29,7% se presentaron en el grupo de 15 a 19 años (48,5% de 15 a 24 años). Las entidades territoriales con mayor número de casos fueron: Antioquia, Vaupés, Bogotá, Cundinamarca, Nariño y Huila. La tasa más alta en el país la tiene Vaupés con 128,1 por 100.000 habitantes, seguido de Putumayo (96,3), Caldas (94,8), Huila (86,5), Arauca (83,6) y Quindío (83,1), la tasa de Colombia en este año fue de 52,5 (dato preliminar). Ver gráfico 2.

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

Las intoxicaciones son el mecanismo utilizado en el 68,7% de los casos, seguido de arma cortopunzante en el 20%, ahorcamiento en el 5,7% y lanzamiento al vacío 3%. Otros mecanismos utilizados con menor frecuencia son: lanzamiento a vehículo, inmolación y lanzamiento a cuerpos de agua. El 32,1% de los casos notificados, presentaron intentos previos (8.299)⁹

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



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

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

Como se observa en la tabla 2, los trastornos psiquiátricos más frecuentemente relacionados con el intento de suicidio fueron: el trastorno depresivo, otros trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias psicoactivas (SPA). Hay que tener en cuenta que un mismo paciente puede tener varios diagnósticos psiquiátricos.

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

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

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

El 2,4% (409 casos) de los intentos de suicidio se presentaron en centros psiquiátricos, el 6% (412) pertenecen a población privada de la libertad (carcelaria), 1,1% a gestantes (288), 0,7% (183) a personas en condición de desplazamiento, 0,4% a población infantil bajo medidas de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF (105 casos), 0,4% a víctimas de violencia (99), personas con discapacidad 0,3%(83), y 0,2% a personas que habitan en la calle (60)⁹.

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

En relación al evento en población indígena, se debe señalar que existen factores favorecedores de la conducta suicida como son: la carencia de una educación con pertinencia étnica – etnoeducación, escasas oportunidades de vinculación laboral, restricción y destrucción de espacios rituales tradicionales procedente de un desequilibrio cultural, sumado a prácticas y comportamientos

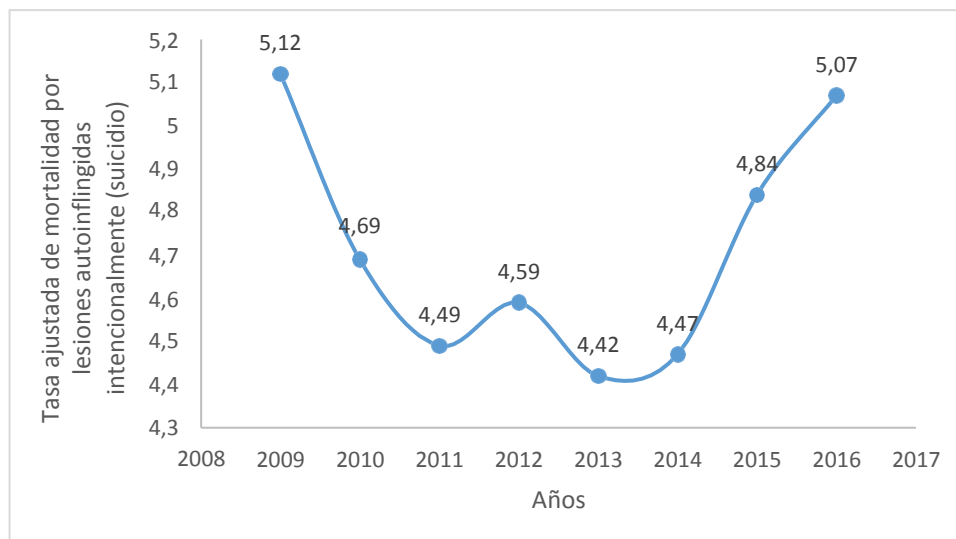
discriminatorios por parte de la población mestiza quienes imponen su propia cosmovisión, generando en los jóvenes indígenas un choque cultural y autonegación cultural, así como el escaso acceso a servicios de salud que incluyan acciones interculturales. También se reconoce un fenómeno de adoctrinamiento religioso, bajo nivel de ingresos económicos a nivel familiar, degradación de las condiciones comunitarias y la dependencia de otros modelos culturales, además, bajo desarrollo de procesos de práctica y recuperación de la medicina tradicional, insuficientes procesos de promoción y recuperación de los mecanismos de resolución de conflictos, de pautas de crianza, cuidado y educación¹⁰.

La marginación de los jóvenes indígenas tanto en sus propias comunidades, al no encontrar en ellas un lugar adecuado a sus necesidades, como en las sociedades envolventes, por la profunda discriminación, forja un sentimiento de aislamiento social que puede conducir a conductas suicidas.

Entre los factores protectores de la salud mental indígena que se han identificado están: la buena relación con los miembros de la familia y percepción del apoyo por parte de ellos; los estilos cognitivos y de personalidad como las buenas habilidades sociales, la confianza en sí mismo, la búsqueda de ayuda y consejo en momentos críticos, la receptividad hacia las experiencias de otras personas y hacia los conocimientos nuevos; así como aspectos de integración social, buenas relaciones con los compañeros y apoyo de otras personas significativas.¹⁰

Suicidio. Según el DANE, el número de defunciones por suicidios en Colombia entre 2009 y 2016 fue de 17.522, con un promedio anual de 2.190 casos, en 2017 la cifra de suicidios (preliminar) fue de 2.097, esto es 377 casos menos que en 2016. En términos de tasas de suicidios, en este período han presentado una variabilidad importante, con un pico alto en 2009, un descenso progresivo hasta 2011, para luego ascender y en 2013 alcanzó su valor más bajo en el período estudiado, con 4,42 por 100 mil habitantes, luego viene un ascenso en la tasa que persiste hasta la fecha. Ver gráfico 3.

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



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

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

Por edad, la distribución del suicidio en 2017 muestra que, en el grupo entre los 20 y 24 años el evento es más frecuente (14,6%), seguido por la población de 25 a 29 años (12,06%) y los de 30 a 34 años (9,65%). El 44,7% de los suicidios del país se da en personas de 20 a 39 años, lo cual indica que son muchos los años de vida potencialmente perdidos por esta causa¹³.

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

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, es un estudio poblacional realizado en Colombia, con una muestra representativa de las regiones Atlántica, Oriental, Central y Pacífica, incluye los 32 departamentos y el distrito de Bogotá, tanto a nivel urbano como rural. Se encuestaron 15.351 personas en los hogares seleccionados al azar, con un rango de edad de 7 a 96 años; la población se dividió en cuatro (4) grandes grupos: de 7 a 11 años con 2.628 personas seleccionadas en la muestra (20%), de 12 a 17 años con 1.752 (27,3%), de 18 a 44 años se incluyeron 5.058 (16%) y de 45 o más fueron 5.058 personas (16%); estas cifras incluyen un 20% más para equilibrar pérdidas por no respuesta¹.

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

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

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

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

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

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

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

En los adolescentes es más frecuente el intento de suicidio que el plan, lo que llama la atención sobre la incidencia de la impulsividad en este grupo poblacional; “en tales circunstancias, el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona”.¹¹

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

Carga de la enfermedad por causa del suicidio

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

Las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) ocupan el puesto 18 entre las 20 primeras causas por años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), en ambos sexos y en todas las edades.¹²

Lo que hace Colombia por las personas con conducta suicida

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

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

PLANES DE BENEFICIOS

- El Ministerio ha gestionado un aumento progresivo de los contenidos de salud mental en el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (antiguo POS).
- Se ampliaron y actualizaron los estándares de habilitación para la prestación de servicios en salud mental mediante las Resoluciones 1441 de 2013 y 2003 de 2014
- La Resolución 518/2015 incluye entre las tecnología en salud a desarrollar por parte de todas las entidades territoriales del país la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental, así como las Zonas de Orientación Escolar y los Centros de Escucha (que incluye centros de escucha telefónica o líneas telefónicas en salud mental), los cuales permiten una penetración de los entornos comunitario, familiar y educativo para disponer actividades de educación en salud y apoyo psicosocial. Disponibles en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>

DESARROLLOS TÉCNICOS

- Actualmente se cuenta con un documento borrador del Plan Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida 2018 -2021, con base en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. Este plan viene siendo construido de manera intersectorial con la

participación de más de 20 entidades y organizaciones, el Consejo Nacional de Salud Mental y algunas entidades territoriales.

- Este Ministerio ha desarrollado diferentes lineamientos técnicos y emprendido acciones para que los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud realicen acciones de prevención, intervención y gestión de la salud pública, entre los cuales se encuentran: la **Guía de Práctica Clínica (GPC)** para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos y la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol y la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida, disponibles en: <http://gpc.minsalud.gov.co>
- Desarrollo del Modelo de Atención para Eventos Emergentes en Salud Mental, en el marco del Sistema General de Seguridad en Salud, el cual incluye entre ellos la conducta suicida y la violencia escolar entre pares. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-eventos-emergentes-salud-mental.pdf>
- Desarrollo de Orientaciones Técnicas con Enfoque Intercultural para la Promoción de la Salud Mental, la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Conducta Suicida en *Población Indígena*. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/salud-mental-indigena-orientaciones-tecnicas.pdf> Adaptación de la Guía del Programa de Acción Mundial para la Superación de Brechas de Atención en Salud Mental – *MhGAP* al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/adaptacion-colombia-guias-atencion-mhgap.pdf>
- Diseño y validación de *Estrategia de Comunicación para la Reducción del Estigma en Salud Mental*, que permite incidir en la transformación de imaginarios y representaciones sociales que pueden generar exclusión social de las personas que padecen problemas y trastornos mentales, así como a sus familiares y cuidadores. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>
- Desarrollo de la *Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en salud Mental* y su inclusión como una tecnología en salud en el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/rbc-salud-manual-operativo.pdf> y <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-rbc-pic.pdf>
- Elaboración y socialización de lineamientos para la conmemoración del Día Mundial de Prevención de la Conducta Suicida (10 septiembre): durante los tres últimos años el Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social ha adoptado para Colombia las orientaciones de OMS/OPS y de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio- IASP y ha realizado una serie de videoconferencias Asocio con la Organización Panamericana de la Salud, el Instituto Nacional de Salud y la representante en Colombia de la IASP (esta última a partir de 2018), para socializar y orientar a los referentes de salud mental de las secretarías departamentales y distritales de salud con el fin que lideren la convocatoria intersectorial y ejecuten diversas actividades en su territorios en ocasión a esta fecha.
- El enlace para descargar la videoconferencia de este año: <http://bit.ly/prevnsuicidio2018>

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

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

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

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

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

<http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/PRO%20Intento%20de%20suicidio.pdf> y

<http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/FICHA%20Intento%20de%20suicidio%20356.pdf>

IMPLEMENTACION DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

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

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

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

Boletín No 2, julio de 2017
intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Estas

condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales.

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

FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO

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

Por otra parte, se llevó a cabo la adaptación y capacitación al personal de salud del nivel no especializado en la Guía del Programa de Acción Mundial para la Superación de Brechas de Atención en Salud Mental – *MhGAP*, la cual incluye un módulo denominado “Autolesión/suicidio” y diferentes tipos de trastornos mentales, lo que permitirá al personal de salud identificar y realizar manejo oportuno y adecuado a estas problemáticas en las instituciones de salud del nivel local. En Asocio con la Organización Panamericana de la Salud y varias universidades, durante el segundo semestre de 2016 se llevó a cabo un curso virtual de capacitación en esta Guía en el que participaron a 1558 profesionales de todo el país (medicina, enfermería, psicología, trabajo social y terapia ocupacional). Actualmente este curso se encuentra disponible en el Campus Virtual en Salud Pública de la OPS para nuevas cohortes que deseen implementar las entidades territoriales, las EAPB, la IPS o centros de formación universitaria. Disponible en: <https://cursospaises.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=305>

Además de lo anteriormente descrito, el Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental ha desarrollado y adaptado materiales para la formación del personal de salud no profesional y agentes de otros sectores y de la comunidad que permita el desarrollo de competencias para brindar primeros auxilios psicológicos, tamizaje y canalización a personas con problemas y trastornos mentales, producto de lo anterior se publicó el “Manual para formación en salud mental: Componente comunitario. Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de Salud Pública, Gestores en Salud y Agentes Comunitarios”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-formacion-componente-comunitario-salud-mental.pdf>

PÁGINAS WEB PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y DEPRESIÓN

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

- El directorio con las líneas de apoyo en salud mental disponibles en el país
- Datos de los puntos de contacto en cada territorio para la gestión de acceso a los servicios de salud

Boletín No 2, julio de 2017

- Información sobre signos de alarma, factores asociados a la conducta suicida y pautas para ayudar a las personas en crisis
- Directorio de referentes de salud mental de las secretarías departamentales y distritales de salud.
- Documentos técnicos y enlaces de interés, entre otros.

El enlace para acceder a la página es: www.minsalud.gov.co/prevencion-suicidio

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

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

El enlace para acceder es: www.minsalud.gov.co/depresion

LO QUE USTED DEBE SABER

¿Qué es la conducta suicida?

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

¿Quiénes están en mayor riesgo de suicidarse?

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

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

Deben tomarse en serio todas las amenazas de autolesión.

¿Cuáles son los signos de alarma⁴?

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

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

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

¿Cómo ayudar a prevenir la conducta suicida?

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

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

Medidas preventivas eficaces desde un enfoque comunicacional¹¹

Qué hacer

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

Qué no hacer

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

Directorio líneas telefónicas de atención en salud mental

Territorio	Nombre de la Línea y # telefónico	Territorio de cobertura	Horario de atención (Días y horas)	Otros Recursos
Atlántico	CRUE (5) 3309000 Extensión: 5131 (5) 3308100 - (5) 3308101	Todos los municipios del departamento	24 horas todos los días	
Antioquia	Línea Amiga (4) 4444448	Medellín	Lunes a Viernes 7:30 am a 7:30 p.m. Sábados 7:30 a.m. a 2:30 p.m.	
	Línea 123 Social o Mujer	Medellín	24 horas todos los días	
Arauca	Línea 125 de Atención a Urgencias y Emergencias en Salud	Todos los municipios del departamento	24 horas todos los días	
Barranquilla	Línea de la vida (5) 3399999	Barranquilla y área Metropolitana	24 horas todos los días	
Bogotá D. C.	Línea 106 "El poder de ser escuchado" Línea de atención, ayuda, intervención psicosocial	Bogotá D.C.	24 horas de domingo a domingo	WhatsApp al número 3007548933

	y/o soporte en situación de crisis.		Jornada Continua.	
	Línea Psicoactiva “Activa tu mente, transforma tu vida” 018000112439. Aborda el consumo de sustancias psicoactivas.	Bogotá D.C.	Lunes a sábado de 7:00 a.m. a 10:00 p.m. jornada continua.	
Bolívar	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (5)6645612 – (5) 6644675	Todos los municipios del Departamento	7 días de la semana / 24 horas	Instagram: cruebolivar Facebook: Crue Bolívar
	Línea 125	Turbaco, Turbana, Arjona, Mahates, Calamar, Arroyo Hondo, Santa Rosa de Lima, Santa Catalina, Clemencia, Villanueva, San Cristobal, San Estanislao de Kostka, Soplaviento, María La Baja, El Guamo, San Juan Nepomuceno, San Jacinto, El Carmen de Bolívar.	7 días de la semana / 24 horas	
Boyacá	Línea Amiga 106	Todos los municipios del departamento	7 días de la semana / 24 horas	
Caquetá	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias 3186175909 4356021 extensión 51	16 municipios del departamento	Todos los días 24 horas	
	Centro de Escucha Comunitario 321 467 83 23	Municipio de San Vicente del Caguán	Lunes a lunes 7:00 am a 7:00 pm	WhatsApp: 321 467 83 23 Correo:

				c-escucha@hospitalsanrafael.gov.co Facebook: San Rafael Escucha
	Centro de Escucha Comunitario 316 541 31 08	Municipio de Cartagena del Chairá	Lunes: 7:00 am a 12:00 M Jueves: 2:00 pm a 06:00 pm Viernes: 7:00 am a 12:00 M 02:00 pm a 06:00 pm Sábado: 08:00 am a 12:00 M	WhatsApp: 316 541 31 08
Cartagena DT	Línea 125	Distrito de Cartagena de Indias	Lunes a Domingo Atención las 24 horas	
Casanare	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias 3173717451	Todos los municipios del departamento	CRUE: lunes a Domingo Atención las 24 horas Psicólogo lunes a viernes 7:30 am – 12:00 m y 2:00 – 5:30 pm	
	Línea Amiga 3182990629	Municipio de Aguazul	Lunes a Domingo Atención las 24 horas	
Cauca	Línea CRUE 8205390 - 8205366 3218128623 y 3217005636	Todos los municipios del departamento	Lunes a Domingo Atención las 24 horas	

Cesar	Línea Vital #123 (se marca la tecla #)	Todos los municipios del departamento		
Cundinamarca	LINEA 123 de Cundinamarca Celular: 3212480377	Todos los municipios del departamento	Lunes a Domingo Atención las 24 horas	Discado desde cualquier municipio del Departamento es: 123 (Desde un celular de cualquier operador o teléfono fijo). Para descargar el aplicativo para celulares de la Línea 123 de Cundinamarca es: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.skp.cundinamarca123&hl=es
Huila	Centro de Escucha y (8) 3219073439 y (8) 8702277	Todos los municipios del departamento	Lunes a Domingo Atención las 24 horas	Chat: 3219073439 centroescucha.salud@huila.gov.co
Meta	Línea Amiga 312 575 11 35	Todos los municipios del departamento	Lunes a Domingo de 9 a.m. a 9 p.m.	
Risaralda	Línea amiga "Amate y Vive" Línea 106. (6)3339610	Todos los municipios del departamento	Lunes a viernes 8:00 am – 12:00 m 2:00 – 5:00 pm	Facebook: línea amiga Risaralda
Putumayo	CRUE 3123191736	Todos los municipios del departamento	24 horas todos los días	Disponibilidad del profesional en Salud Mental: 3138329526/3214197 174/3213070577
Sucre	(5) 2822556 CRUE	Sincelejo		

			7 días de la semana / 24 horas	
Valle del Cauca	Línea 106 Línea gratuita para niños, niñas adolescentes y jóvenes de Santiago de Cali.	Santiago de Cali y área metropolitana- Jamundí, Palmira	Lunes a Viernes: 8:00 a.m. a 10:00 p.m. Fines de semana: 9:00 a.m. a 5:00 p.m.	- Chat a través de WhatsApp 3156984482 - Correo electrónico: lineal@lineainfantil106.org - Página Web: http://www.teescuchamos.org/ - Twitter: @corpolatin106

Otros enlaces de interés en salud mental

Colección de documentos sobre conducta suicida en el Repositorio Institucional Digital del MSPS: <http://url.minsalud.gov.co/u0ns9>

- Página web Campaña #Depresión#Hablemos: www.minsalud.gov.co/depresion
- Organización Panamericana de la Salud (salud mental): http://www.who.int/topics/mental_health/es/
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1167&Itemid=353&lang=es
- Asociación Internacional Prevención del Suicidio: <https://www.iasp.info/>

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, tomo I. Bogotá 2015.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud. Bogotá, 2014.
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Intento de suicidio. Bogotá, 2016.
4. Organización Mundial de la Salud. Suicidio, nota descriptiva. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/> [Consultada en febrero 10 de 2017]
5. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. Washington 2016.
6. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Washington, DC: OPS, 2016.
7. UNICEF. Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso. Panamá, 2012.
8. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento, Intento de suicidio 2017. Bogotá, 2018.
9. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal, semana Número 52 de 2016. Bogotá 2016.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Proyecto tipo implementación de las “Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena”. Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de Enfermedades No transmisibles. Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. Bogotá, 2016.
11. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio, un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014.
12. Pontificia Universidad Javeriana, Cendex. Estimación de la carga de la enfermedad para Colombia, 2010. Bogotá, 2014.
13. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2017, Datos para la vida. Bogotá, 2018.
14. Organización Panamericana de la Salud. Salas de Situación en Salud. Disponible en: <http://es.slideshare.net/giramvndo/salas-de-situacion-en-salud> [consultado en octubre 11 de 2016]
15. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. CONPES Social147/2012, Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Bogotá, 2014.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2012. Bogotá, 2013.

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

IVÁN DARIO GONZALEZ ORTÍZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

HAROL MAURICIO CASAS CRUZ
Director encargado de Promoción y Prevención

HAROL MAURICIO CASAS CRUZ
Subdirector de Enfermedades No Trasmisibles

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

CAROLINA CUELLO ROYERT
Médico Epidemióloga, grupo GISM

RODRIGO LOPERA ISAZA
Profesional especializado – grupo GISM

RICARDO ÁNGEL URQUIJO
Dirección de Promoción y Prevención
Coordinación y Redacción

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental

Coordinación editorial y cuidado de texto

Nubia Esperanza Bautista Bautista
Carolina Cuello Royert
Rodrigo Lopera Isaza

Diseño y diagramación

Carolina Cuello Royert

Elaboración

Carolina Cuello Royert

Agradecimientos al grupo Gestión Integrada para la Salud Mental:

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

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

Bogotá D.C., Colombia, Julio de 2017

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