

**DISEÑO DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA SUPERVIVIENTES
DE SUICIDIO CONSUMADO EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**

ESTUDIANTES

DANIELA ALEJANDRA NARANJO GIRALDO

CARMEN YHADIRA ARIAS RENTERIA

TATIANA AGUIRRE SÁNCHEZ

DAVID BETANCUR ÁLVAREZ

ASESOR

CAROLINA SALAS ZAPATA

FACULTAD DE MEDICINA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA

LÍNEA - SITUACIÓN SALUD

UNIVERSIDAD CES

MEDELLIN

2023

**DISEÑO DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA SUPERVIVIENTES
DE SUICIDIO CONSUMADO EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**

ESTUDIANTES

DANIELA ALEJANDRA NARANJO GIRALDO

CARMEN YHADIRA ARIAS RENTERIA

TATIANA AGUIRRE SÁNCHEZ

DAVID BETANCUR ÁLVAREZ

ASESOR

CAROLINA SALAS ZAPATA

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTAS EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA**

FACULTAD DE MEDICINA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA

LÍNEA - SITUACIÓN SALUD

UNIVERSIDAD CES

MEDELLIN

2023

TABLA DE CONTENIDO

1.	RESUMEN	4
2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
2.1.	Antecedentes y planteamiento del problema	5
2.1.	Justificación	6
3.	MARCO TEÓRICO	7
3.1.	Salud mental	7
3.2.	Comportamiento suicida	7
3.2.1.	Ideación suicida	8
3.2.2.	Intento de suicidio	8
3.2.3.	Suicidio consumado	8
3.3.	Supervivientes del suicidio	10
3.3.1.	Comunidades	10
3.3.2.	Familiares y amigos	10
3.4.	Intervenciones psicosociales relacionadas con el comportamiento suicida	11
3.4.1.	Intervenciones universales	12
3.4.2.	Intervenciones selectivas	12
3.4.3.	Intervenciones específicas	12
4.	OBJETIVOS	15
4.1.	Objetivo general	15
4.2.	Objetivos específicos	15
5.	DISEÑO METODOLÓGICO	16
6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	17
7.	RESULTADOS	18
7.1.	Selección de estudios	18
7.2.	Estrategias y programas de intervención existentes en el ámbito de la postvención	18
7.3.	Línea de base acerca de estrategias sobre postvención implementadas en la actualidad en algunos municipios de Antioquia	20
7.4.	Guía de intervención psicosocial para supervivientes de suicidio consumado	24
8.	CONCLUSIONES	34
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
	ANEXOS	40

1. RESUMEN

El suicidio es una problemática que se presenta a nivel mundial, evidenciado por un aumento durante los últimos años en las tasas de mortalidad y que actualmente se configura como objeto de estudio para la Salud pública. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren más de 700.000 personas como resultado de este proceso. Las familias, amigos y personas cercanas a un evento por suicidio viven un duelo la mayoría de las veces, con estigmatización, sentimiento de culpa y afectación en la interacción social y familiar, sin recibir el acompañamiento necesario para afrontar este desenlace; es por esto que toma importancia el proceso de “postvención”, definido como una intervención específica sobre estas personas, con el objetivo de establecer y coordinar acciones que apoyen el proceso de duelo.

Por lo anterior, se propone un modelo de intervención psicosocial para supervivientes de suicidio consumado en el departamento de Antioquia, el cual está basado en evidencia científica, como producto del proceso de revisiones sistemáticas y documentadas a nivel nacional e internacional, y la aplicación de un cuestionario a once municipios de siete subregiones del departamento acerca de las intervenciones que se implementan con los supervivientes de suicidio consumado, con el fin de contribuir a la reducción de daños y a la mitigación de impactos negativos en esta población; permitiendo a los equipos interdisciplinarios de salud, que sea aplicado y adaptado de acuerdo a las necesidades de cada comunidad, para establecer aspectos centrales que acompañen y orienten las intervenciones a realizar.

Palabras clave: Suicidio, supervivientes, intervención psicosocial, postvención.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Antecedentes y planteamiento del problema

El comportamiento suicida a nivel mundial, nacional y departamental se configura como una problemática objeto de estudio e intervención desde la salud pública, esto debido a que representa una de las principales causas de mortalidad en las poblaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) pone en manifiesto las dimensiones de este evento, planteando que en el mundo cada año mueren más de 700.000 personas como resultado del suicidio, es decir, según esta estimación cada 40 segundos se presenta un suicidio en el mundo, esto ha llevado a que a nivel internacional se unifiquen criterios para el abordaje de la problemática, ya que la evidencia científica plantea que estas muertes son prevenibles (1).

Por su parte, en Colombia en el año 2020 se registraron 2.347 suicidios consumados, representando una tasa de mortalidad específica de 5.1 muertes por cada 100.000 habitantes; sin embargo, es importante resaltar que se ha presentado un incremento en las tasas de mortalidad entre los años 2016 donde se registraron 2.480 casos, el 2017 con un total 2.709 casos, en 2018 se presentaron 2.869 casos y en 2019 se registraron 2.927 casos. La disminución presentada en la mortalidad por suicidio en el país para el año 2020 es atribuible a las condiciones de vida generadas en consecuencia al confinamiento por la pandemia por COVID-19 (2).

En el departamento de Antioquia la morbilidad y mortalidad relacionada con el comportamiento suicida es alarmante, ya que en el año 2020 se presentaron 449 suicidios, lo que traduce en una tasa de mortalidad específica de 6,7 casos por 100.000 habitantes, superando esta la tasa de mortalidad por la misma causa en el país. En cuanto al intento de suicidio en este mismo año se notificaron 4.421 casos en Antioquia, con una tasa de 62,2 por cada 100.000 habitantes, número que casi duplica la tasa nacional de intentos de suicidio, la cual está ubicada en 34.3 casos por cada 100.000 habitantes. Un dato a destacar en el departamento es que el 4% de los casos de intento de suicidio tuvo como factor desencadenante el suicidio de un familiar siendo este un factor de riesgo importante que debe motivar a generar intervenciones direccionadas al acompañamiento y atención de las personas que han transitado por experiencias relacionadas con la muerte de una persona cercana a causa del suicidio (3).

Los familiares de personas que mueren por causa del suicidio viven síntomas de duelo similares a los de otras circunstancias de muerte, pero son más intensificados, debido a que las muertes por suicidio producen una mayor estigmatización que el resto de las muertes, aumentando el sentimiento de culpa y cuestionando sobre lo que se pudo haber hecho. Uno de los componentes que más dificultan el duelo por suicidio es el tabú social que gira en torno a este evento, impidiendo que familiares y personas cercanas expresen sus sentimientos, esto sumado a la vergüenza generada por la creencia de que la muerte de un familiar es resultado de la omisión y falta de apoyo del núcleo más cercano. Este tipo de duelo es más prolongado e involucra problemas de salud mental como conductas de autolesión e ideación suicida de los afligidos, además se ve afectado el funcionamiento e interacción entre los miembros de la familia y, a su vez, la red social, interfiriendo en el proceso del duelo y la adquisición de conductas adaptativas, lo que hace

imprescindible el apoyo de profesionales de la salud y otros actores relacionados a través de acciones de intervención psicosocial (4).

Ahora bien, las dificultades del duelo por suicidio no se configuran solamente en los familiares o personas con vínculos afectivos al fallecido por esta causa. Según la tesis planteada por Munera Ramos, las respuestas emocionales surgidas a causa de la muerte por suicidio también afectan implícitamente a los profesionales que han atendido previamente el caso, golpea la identidad laboral y genera un estigma ante su competencia laboral acompañado por un sentimiento de culpa por no haber conseguido valorar el riesgo o planificar las medidas preventivas que conduzcan a prevenir el deceso. Todo esto expresado en síntomas como pensamientos obsesivos, angustia, sentimiento de vergüenza, culpa, inseguridad e incluso cuestionamientos sobre su futuro profesional (5).

Por lo tanto, es importante tener en cuenta que por cada suicidio consumado un aproximado de 100 personas son afectadas directa o indirectamente, las cuales no reciben el soporte necesario para afrontar este desenlace, es por esto que toma valor el proceso de “Postvención”, definido como una intervención específica sobre los familiares, amigos y personas cercanas del individuo que muere por suicidio, con el objetivo de aportar en la resolución del proceso de duelo, incluyendo cualquier ideación o intento suicida. El comportamiento suicida no se puede interpretar desde un enfoque unidimensional, existen múltiples factores que tienen influencia en que las personas opten por este tipo de respuestas, uno es el hecho de ser superviviente de un suicidio consumado, de ahí la necesidad de establecer y coordinar acciones para intervenir esta población; entendiendo que la atención a las personas sobrevivientes de suicidio es una forma de prevención de otras muertes autoinfligidas prevención para las generaciones futuras (6,7).

En la revisión desarrollada sobre las intervenciones para personas supervivientes del suicidio se puede evidenciar que la gran mayoría tienen un enfoque desde el abordaje clínico e individual, sin considerar que es un fenómeno de coyuntura de la salud pública y afecta en gran medida a la población; por consiguiente, es necesario plantear acciones que adopten un enfoque colectivo que permita de una manera sistematizada coordinar y generar intervenciones para el acompañamiento de comunidades y familias que han presenciado o han tenido relación de una u otra manera con eventos de suicidio (8).

2.1. Justificación

La muerte por suicidio es un acontecimiento doloroso y traumático para los supervivientes, término que hace referencia a la familia, el entorno barrial y comunitario, así como los ámbitos institucionales laborales, educativos y sociales de participación directa de la persona que se quitó la vida. Con esta investigación se construye y describe un modelo de intervención con enfoque psicosocial para supervivientes de suicidio consumado con el fin de contribuir a la reducción de daños y a la mitigación de impactos negativos en esta población. Además, se propone aportar información a los equipos interdisciplinarios de salud del departamento de Antioquia que realizan acciones de postvención, buscando ordenar aspectos centrales que acompañen y orienten las intervenciones.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Salud mental

La salud mental es definida por la OMS como un estado de bienestar en el que la persona afronta el estrés usual de la vida en familia y en comunidad, o como el desarrollo de las potencialidades de la persona permitiendo desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente para contribuir a la mejora de su comunidad siendo un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario, social y económico. Cuando una persona experimenta un proceso que afecta su salud mental puede generar afecciones de trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados asociados a un alto grado de discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva (9).

El director general de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, señaló «Todos conocemos a alguien afectado por trastornos mentales. La buena salud mental se traduce en buena salud física y este nuevo informe presenta argumentos convincentes para el cambio. Los vínculos indisolubles entre la salud mental y la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo socioeconómico significan que transformar las políticas y prácticas con respecto a la salud mental puede arrojar beneficios reales y considerables para las personas, las comunidades y los países de todo el mundo. La inversión en salud mental es una inversión en una vida y un futuro mejor para todos» (10).

La salud mental es fundamental para la salud pública, pues los trastornos mentales son frecuentes y afectan a dos de cada cinco personas adultas en Colombia, ningún nivel socioeconómico o área geográfica es inmune a ellos y generan un alto impacto a nivel económico y emocional para la persona, la familia y la sociedad. La promoción de la salud, así como la prevención de la enfermedad, específicamente los trastornos mentales deben trascender a una visión holística del individuo, para lograr acciones coordinadas en pro del bienestar de la población (9).

3.2. Comportamiento suicida

La conducta suicida se conoce como la acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo. Es un problema de salud pública de orden mundial que ha incrementado de manera sistemática, tanto en intentos como en suicidios consumados, no debe entenderse solo en términos de epidemiología, pues sus componentes principales son los factores biopsicosociales y las diversas dimensiones como la ideación, el intento y suicidio consumado; lo que exige modelos explicativos más amplios que permitan una comprensión profunda del fenómeno (11,12).

Diversos estudios reportan factores de riesgo psicosociales que aumentan las probabilidades de una conducta suicida, entre ellos, tener antecedentes personales o familiares de intento de suicidio, presentar cuadros clínicos asociados con trastornos del ánimo, pobres estrategias de afrontamiento, baja autoeficacia emocional y social, disfuncionalidad familiar, experiencias de intimidación escolar, déficit en el control de los impulsos, trastornos de conducta disruptiva, uso y abuso de sustancias psicoactivas, alta vulnerabilidad

y estrés psicosocial, abuso físico, psicológico y sexual en etapas tempranas del desarrollo, entre otros. El conjunto de estos factores de riesgo y vulnerabilidad se complementan con los aspectos biológicos, económicos, sociales, culturales, clínicos y psicológicos de cada persona en la sociedad (12).

3.2.1. Ideación suicida

La ideación es la primera dimensión del comportamiento suicida, se expresa como una frustración vital asociada a la inconformidad e insatisfacción de algunas personas con su estilo de vida actual. Puede adquirir las siguientes expresiones: “la vida no vale la pena vivirla”, “lo que más quisiera es morirme”, “para vivir así lo mejor es estar muerto”, “sin ti no puedo vivir”, “Me voy a matar”, “He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma”, entre otros. A estas expresiones se debe prestar atención, ya que pueden constituirse como alertas tempranas ante un posible desajuste emocional que refuerce la representación suicida como salida ante una crisis (13).

Se plantean cuatro tipologías, la primera es la idea suicida sin método específico, donde la persona tiene deseos de matarse, pero cuando se le cuestiona el método no sabe cómo hacerlo; segundo la idea suicida con método inespecífico, que sucede cuando la persona expone sus deseos de morir y responde las opciones de cómo lo podría hacer; la tercera fase es la idea suicida con método específico no planificado, pues la persona desea de manera urgente suicidarse y elige un método fulminante, sin aún elegir el momento en que lo va a realizar; como cuarta etapa aumenta el deseo de suicidarse y se denomina idea suicida planificada, en ella la persona elige un método definitivo y mortal, especifica el lugar, el momento y tiempo oportuno para hacerlo, esta etapa es la más peligrosa de todas y se acompaña no solo del plan estructurado sino también de indiferencia, condiciones mixtas de tipo ansioso-depresiva y fases maníacas e hipomaniacas (13).

3.2.2. Intento de suicidio

Esta dimensión se da cuando la persona realiza la acción de autolesión, pero no llega a consumarse, por alguna razón, impericia o falla en el método. Se puede dar de dos maneras; cuando el individuo realiza un acto de autoagresión con amenaza de muerte, pero su intención final no era quitarse la vida, y cuando si tenía planeado morir, pero su acción falla (11,14).

3.2.3. Suicidio consumado

Finalmente, el suicidio es el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria y deliberada. Es importante reconocer que este se puede evitar y el hecho de tener acceso a los medios necesarios para suicidarse constituye, además de un factor de riesgo relevante, un determinante del suicidio. El método escogido por una persona para suicidarse está determinado por los diversos factores y también por sus experiencias anteriores en caso de tener como antecedentes intento de suicidio (11,14).

En algunos casos, en el intento de suicidio, el objetivo es diferente a la pérdida de la vida como tal, pues la meta puede ser llamar la atención, acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad, llevando al acto de autodestrucción en donde el individuo termina con su vida.

Algunos factores de riesgo para el suicidio pueden ser haber sufrido sucesos traumáticos en la infancia, tener una historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia, mostrar un nivel alto de impulsividad/inestabilidad emocional o carecer de recursos de afrontamiento adecuados. Esta predisposición puede interactuar con otros factores como la fase aguda de un trastorno mental, los pensamientos suicidas, el fácil acceso a métodos letales, el acoso o algún acontecimiento vital adverso reciente, sobre todo si genera humillación profunda. La vulnerabilidad psicológica se acentúa si se suman ciertas circunstancias psicosociales, como procesos de separaciones amorosas, afrontamiento a situaciones vitales estresantes como una enfermedad crónica, el abandono de sus seres queridos, la pérdida de estatus social, el aislamiento social, entre otros. Algunos de estos factores son modificables, pero otros resultan inmodificables, por ejemplo: sexo, edad, historia familiar, conducta suicida previa o salud física. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros en función de las circunstancias individuales de cada persona (46).

En cuanto a los factores de protección, se habla de aquellos acontecimientos o cosas que disminuyen el riesgo de un suicidio, muchas personas pueden estar afectadas a lo largo de su vida por sucesos adversos, enfermedades crónicas dolorosas, trastornos mentales o situaciones de soledad y, sin embargo, se muestran resistentes a los pensamientos y conductas suicidas. Esta capacidad de resistencia se relaciona con algunas dimensiones de personalidad, como una autoestima adecuada, relaciones familiares armoniosas, bienestar emocional, red de apoyo social, entre otros. Asimismo, los valores de la persona, de tipo religioso, espiritual o altruista, puede neutralizar hasta cierto punto los pensamientos derrotistas o la ideación. Ciertos factores sociales y familiares desempeñan también un papel protector, por ejemplo, tener relaciones sociales sanas, estar integrado culturalmente, contar con apoyo familiar, tener animales domésticos. Un factor protector de gran importancia es ponerse a tratamiento médico o psicológico (y seguir adecuadamente las prescripciones terapéuticas) cuando una persona está afectada por un trastorno mental grave o por un dolor crónico (46).

Para la prevención de la conducta suicida, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La detección e identificación del caso, por lo que es preciso disponer de herramientas que permitan una evaluación fiable y válida de la conducta suicida.
- La implementación de tratamientos profilácticos eficaces empíricamente validados. Tanto en la evaluación como en la intervención, cuanto antes mejor.
- La educación y formación de la sociedad y sus diferentes entes, evitando las creencias infundadas y mitos, reduciendo el estigma asociado, conociendo los diferentes factores de riesgo y protección o identificando las posibles señales de alarma.

Las nuevas políticas integrales de salud pública para la prevención del suicidio utilizan múltiples métodos, incluyendo la formación en prevención del suicidio y la orientación de consejeros capacitados en las escuelas y los lugares de trabajo. La mejora en el acceso a la atención de la salud mental consiste en proporcionar intervenciones de reducción del riesgo de suicidio en los centros de atención de la salud mental, así como en los consultorios de atención primaria y los servicios de urgencias. Recientemente, el desarrollo de la inteligencia artificial en las redes sociales ha ayudado a identificar a las personas en riesgo

y a proporcionar la asistencia oportuna. Las políticas de salud pública que hacen que los medios letales sean menos accesibles también son medidas de prevención (47).

3.3. Supervivientes del suicidio

El término de supervivientes tiene dos significados, hace referencia a las personas que han sobrevivido después de algún intento de suicidio y a aquellos vinculados afectivamente a quien que fallece por suicidio, entre los que se incluyen familiares, amigos, compañeros e incluso el médico psiquiatra u otro terapeuta que le asistía; en este apartado se hará referencia al último término mencionado. Los supervivientes de un suicidio consumado sufren un gran impacto psicológico pues es, probablemente, la muerte más desoladora que existe. Además del dolor de la pérdida y el sentimiento de culpa, se suma la vergüenza a revelar el motivo real del fallecimiento (15,16).

3.3.1. Comunidades

El concepto de comunidad no se agota en una delimitación o un espacio compartido, es un proceso colectivo construido, gestado y vivido de una forma dinámica, donde un conjunto de personas están vinculadas por características o intereses comunes. Detrás de una muerte por suicidio no solo están los contactos personales y familiares del fallecido, sino que también están presentes las dinámicas comunitarias y sociales en general conocidas como instituciones educativas, organizaciones, iglesias, población en general, personal de salud, personal especializado en salud mental y personal de primera respuesta (17).

En las comunidades rurales el suicidio ha sido poco estudiado e intervenido, en muchos casos se conoce como un mito, una anomalía o un suceso anecdótico, donde falta atención y prevención sobre enfermedades asociadas a este evento, como la depresión, esquizofrenia y otras discapacidades mentales, así como el duelo y las presiones que deben afrontar los supervivientes que afectan la salud mental ante la pérdida de un miembro de su comunidad (18).

3.3.2. Familiares y amigos

La muerte por suicidio es un acontecimiento que se presenta en la vida familiar de una manera sorpresiva, en comparación con los otros tipos de muerte se considera que cuestiona en mayor medida la funcionalidad de la familia y además aumenta el riesgo de dificultades para la elaboración del duelo, exponiendo al núcleo familiar a una mayor probabilidad de desestructuración, desorganización y expresiones patológicas en sus miembros (19).

Características del superviviente

Las características del superviviente varían en relación con la edad, el sexo y los mecanismos con los que los familiares y amigos expresan emociones, afronta situaciones o relacionan los duelos pasados, influyendo así en la manera como se logra resignificar la pérdida. Existen además unas variables culturales, éticas, étnicas y el grado de apoyo social, que son importantes, debido a que las características del entorno y el soporte que éste brinda a los supervivientes facilitan o no las expresiones por la pérdida y la realización de ritos frente a la muerte (20).

Consecuencias físicas

Las respuestas físicas tras la muerte de un ser querido pueden manifestarse en forma de síntomas somáticos, generalmente son náuseas, vómitos, dificultad para respirar, aumento de la frecuencia cardíaca, entumecimiento, incapacidad para estar de pie, dolores abdominales severos, dolor físico, pérdida del apetito o problemas para conciliar el sueño. También se han documentado casos de comportamientos meses posteriores a la muerte de un familiar que son perjudiciales para la salud como el consumo excesivo de alcohol y drogas, justificado como una estrategia de afrontamiento para evitar los pensamientos y recuerdos de la muerte o para disminuir los problemas de insomnio (21).

Consecuencias psicológicas

Las consecuencias psicológicas se encuentran relacionadas en mayor medida con la presencia de estrés, síntomas depresivos, ansiedad, riesgo suicida y desesperanza. La situación empeora si el familiar encuentra el cuerpo del fallecido, pues existe evidencia de que los efectos psicológicos son a largo plazo y severos, como ataques de pánico o síntomas de estrés postraumático. Además, si existe un diagnóstico psiquiátrico previo a la pérdida de un familiar por suicidio, el riesgo de conductas suicidas se incrementa (21).

Fase del duelo

El duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras una pérdida, ocurre o se inicia inmediatamente después, o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido y está limitado a un período de tiempo que varía de persona en persona. Existen unas fases del duelo, que son propias de los supervivientes que mantenían relaciones profundas con la persona fallecida, estas son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (22,23).

3.4. Intervenciones psicosociales relacionadas con el comportamiento suicida

La intervención psicosocial es una disciplina dentro de la psicología social, que trata de comprender, predecir y cambiar la conducta social de las personas, así como modificar aquellos aspectos nocivos de su entorno, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estas; tiene como objetivo central incrementar el bienestar individual y colectivo, a través del desarrollo psicológico de las personas y de sus vinculaciones con el entorno social (24).

En este sentido el suicidio al ser una expresión individual gestado en la dinámica en la que vive esta persona con el mundo que la rodea, debe ser analizada desde una perspectiva interaccionista; que permita fundamentar intervenciones que impacten los factores sociales que inciden en la construcción y significación del acto (44).

Las intervenciones relacionadas a todo el espectro del comportamiento suicida se pueden categorizar en tres tipos: intervenciones universales, intervenciones selectivas e intervenciones específicas, todas estas enfocadas en una primera instancia a reducir la angustia y condena generada respecto al evento de forma abierta por la sociedad.

3.4.1. Intervenciones universales

Las intervenciones universales tienen como fin la promoción de la salud a partir de procesos direccionados al desarrollo de habilidades sociales (esto principalmente en niños, niñas y adolescentes) brindando herramientas a los individuos, tales como la comunicación asertiva y la resolución de problemas, mitigando así directamente factores que ponen en riesgo la salud mental y por ende pueden desarrollar en las personas conductas autolesivas. A su vez, se brindan herramientas para la identificación oportuna de las señales de alerta, psicoeducación con respecto a los signos y síntomas más comunes del comportamiento suicida y se establecen rutas para cuando el riesgo ya está establecido (25).

3.4.2. Intervenciones selectivas

La prevención selectiva por su parte está centrada en un modelo de Atención Primaria en Salud (APS), por tanto los programas con enfoque de salud mental, deben enfatizar su gestión en consolidar un sistema que apoye la prevención del suicidio y la seguridad del paciente a través de un sólido liderazgo, la identificación y evaluación del riesgo de suicidio, la implementación de tratamientos basados en la evidencia, la continuidad de la atención y el mejoramiento continuo de la calidad que brinde una atención oportuna a quien ya se ha identificado en riesgo (26).

3.4.3. Intervenciones específicas

Las intervenciones específicas hacen referencia a ese conjunto de acciones direccionadas a la prevención de cualquier tipo de este comportamiento que pueda darse en personas, familias y colectivos que tuvieron ya sea un intento de suicidio previo o hayan vivido el fallecimiento de una persona por esta causa, teniendo en cuenta que tanto el haber tenido antecedentes previos de intento de suicidio como tener una pérdida cercana, son factores que aumentan el riesgo de mortalidad atribuible a este evento. En este tipo de intervenciones ha tomado fuerza el término de postvención el cual es definido como todas las acciones de acompañamiento que son brindadas a una persona cuando ha padecido secuelas a raíz de un suicidio consumado (7).

- **Atención posterior al intento**

En cuanto la atención posterior al evento de intento de suicidio se logra evidenciar que hay mayores avances en cuanto a los modelos de intervención, esto debido a que los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida, teniendo en cuenta que durante los primeros seis meses e incluso en el primer año el riesgo aumenta entre 20 y 30 veces. Las intervenciones sistematizadas para este tipo de atención incluyen aspectos como el análisis funcional de la conducta suicida, acompañamiento psicosocial con la familia y allegados al intento, intervención psicológica con los curiosos y acompañamiento a los intervinientes presentes, todas estas intervenciones centradas al fortalecimiento de habilidades sociales, escucha activa, el establecimiento de empatía y el manejo y contención emocional, en estrategias de negociación, etc (27,28).

- **Postvención**

En primera instancia el padre de la suicidiología Edwin Sheidman atribuye el concepto de postvención a las actividades que ocurren después de un evento suicida, tanto después del intento como de un suicidio consumado. Sin embargo, teóricos contemporáneos como Andriessen plantean que el término es demasiado amplio, y proponen una definición más actualizada. Por lo que consideran que la postvención son un conjunto de actividades desarrolladas por, con o para los supervivientes del suicidio, con el fin de facilitar la recuperación posterior al deceso y prevenir así los resultados adversos que incluyen el comportamiento suicida (7).

Por lo tanto la postvención es entendida como una estrategia de intervención en crisis diseñada con el objetivo de acompañar todo el espectro relacionado por un duelo de muerte por suicidio, direccionado a familias, comunidades y poblaciones; en donde si esta es adecuadamente desarrollada ayuda a reducir los riesgos de un denominado contagio social del suicidio, a su vez que da elementos a los supervivientes para abordar y hacer frente al estigma social asociado al evento (45).

En la postvención la estructura de la intervención debe darse como un sistema de actuación protocolizado el cual ofrezca una respuesta acertada que proteja a todos los miembros que componen una comunidad; ya que particularmente es característico que el duelo por suicidio se comporte como un duelo colectivo por el nivel de cuestionamiento y sufrimiento social derivado de este tipo de acontecimientos (45).

Dentro de las intervenciones contempladas desde la postvención podemos encontrar acciones tales como informar responsablemente el suicidio, generar espacios para la intervención en crisis para supervivientes del suicidio, generación de respuestas de orden colectivo ante la crisis, la activación de servicios de apoyo y de soporte sociocomunitario y la facilitación de espacios para la resignificación del evento que permita comprender a la postvención desde la mirada de la prevención de más casos de comportamiento suicida.

Los Grupos de Mutua Ayuda (GAM) son una de las actividades comúnmente utilizadas dentro de la postvención con resultados más positivos; esta estrategia ayuda a los supervivientes a avanzar con su duelo, ya que genera espacios para las personas que padecieron una pérdida cercana por suicidio y ofrece una ayuda colectiva para conformar un entorno terapéutico espontáneo, fenómeno que no ocurre por ejemplo en los Grupos de Apoyo (GAP) que son caracterizados por contar con la facilitación de un profesional, y

en este caso los participantes tienden a desconectarse de la estrategia debido a que, según los asistentes, se puede presentar una monopolización del tiempo por parte del facilitador (29).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Diseñar un modelo de intervención psicosocial para supervivientes de suicidio consumado en el departamento de Antioquia.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar las principales estrategias y programas de intervención existentes en el ámbito de la postvención.
- Construir una línea de base acerca de las estrategias implementadas en la actualidad para el acompañamiento de los supervivientes de un suicidio consumado en algunos municipios de Antioquia.
- Elaborar una guía de estrategias de intervención para personas supervivientes del suicidio, dirigida a los equipos interdisciplinarios de salud de los municipios de Antioquia.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación se desarrolló en tres fases: la primera a través de una búsqueda documental para análisis de literatura disponible sobre el tema; la segunda fue la construcción de una línea de base a través de una encuesta y finalmente se realizó una guía, la cual consolidó diferentes estrategias de intervención que pueden ser implementadas en cada municipio del departamento de Antioquia.

Fase I

Se desarrolló mediante la revisión y análisis de publicaciones en el buscador google académico y en bases de datos bibliográficas como Pubmed, Scielo, Lilacs entre otros, que incluyeron guías de práctica clínica y artículos relacionados con intervenciones y las atenciones utilizadas en el ámbito de la postvención. De igual manera, en estas bases de datos se exploraron documentos que dieron cuenta de planes y estrategias que abordaron la problemática tanto en Colombia como en otros países; por último, se incluyó literatura gris compuesta por trabajos de investigación que abordaron el tema.

Fase II

La segunda fase fue el levantamiento de la línea de base de las intervenciones que algunos municipios de Antioquia desarrollan actualmente para el acompañamiento de las personas supervivientes del suicidio consumado; para esto, se seleccionaron según cifras del RUAF once municipios con mayores tasas de suicidio consumado en el año 2021, distribuidos por las subregiones del departamento: Puerto Triunfo del Magdalena Medio, Chigorodó de Urabá, Bagre del Bajo Cauca, San Roque y Yolombó del Nordeste, Briceño y Campamento de Norte, Andes y Hispania del Suroeste, y Giraldo y Olaya del Occidente (Ver anexo 1).

La información se obtuvo mediante un cuestionario de 11 preguntas, aplicado a los referentes municipales de salud mental, coordinadores de salud pública, profesionales de plan de intervenciones colectivas, secretarios de salud y/o psicólogos de cada uno de los municipios seleccionados. Dichos cuestionarios se difundieron de forma virtual por correo electrónico, con su respectiva carta de solicitud al secretario(a) de salud actual de cada municipio y se elaboró en la herramienta google forms.

Fase III

Esta comprendió la creación de una guía de intervención basada en evidencia, como producto del proceso de investigación multidisciplinaria y de revisiones sistemáticas y documentadas que contaron con validez, confiabilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad y claridad, la cual estuvo dirigida a los equipos interdisciplinarios de salud de los municipios del departamento, en donde se proponen acciones para el acompañamiento de familias supervivientes y demás comunidad que se pueda ver afectada por una muerte por suicidio en el territorio, esto desde un enfoque psicosocial centrado en la postvención.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo de este proyecto se planteó sobre tres principios éticos declarados en el informe de Belmont: respeto a las personas, beneficencia y justicia. La información analizada y los resultados obtenidos en el proyecto no tenían otro fin sino brindar información relevante sobre las intervenciones psicosociales a los supervivientes de un suicidio consumado a través de una guía de intervención.

Según la resolución 8430 de 1993, artículo 9, del Ministerio de Salud de la República de Colombia “Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, basados en este artículo, el proyecto pertenece a la categoría sin riesgo, la cual se define en el Artículo 11: “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta...” Según lo anterior, se puede afirmar que la investigación no conllevaba riesgos ya que se realizó una revisión y análisis de publicaciones sobre postvención y aplicó un cuestionario a los referentes municipales de salud mental, coordinadores de salud pública, profesionales de plan de intervenciones colectivas, secretarios de salud y psicólogos de algunos municipios de las subregiones de Antioquia priorizados.

La recolección de la información se realizó de forma virtual, mediante cuestionarios con consentimiento informado previo, dando a entender que la finalidad fue el levantamiento de una línea de base, para conocer actualmente como se aborda un episodio de suicidio consumando en el ámbito familiar, escolar, comunitario y laboral. El artículo 8 de la resolución mencionada al inicio cita: “en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”. Siguiendo los parámetros, los cuestionarios se aplicaron de forma anónima para proteger la privacidad de los participantes y se darán a conocer los resultados colectivos arrojados por el estudio, al igual que la socialización de la guía para orientar las intervenciones en postvención.

Este proyecto está pensado principalmente para construir una guía de intervención psicosocial para los supervivientes de suicidios consumados en el departamento de Antioquia. Tendrá más beneficios que riesgos dado que se pretende brindar una guía sobre el modelo de atención en esta población para contribuir a la reducción de daños y a la mitigación de impactos negativos, y a su vez permitiendo a los equipos interdisciplinarios de salud aplicarlo y adaptarlo de acuerdo con las necesidades de cada comunidad.

El trabajo fue realizado con documentos científicos aprobados, justificados y referenciados para lograr la suficiente transparencia y claridad en el estudio. En ningún momento el estudio fue pensado para favorecer a un tercero o un particular. Siguiendo los principios establecidos por la declaración de Helsinki, la investigación nunca pondrá como prioridad los resultados ante los derechos y los intereses de quienes participen en ella. Así mismo, se someterá al comité institucional de ética de la Universidad CES y se solicitará autorización de la Institución. Se da constancia de que el proyecto respeta los derechos de autor.

7. RESULTADOS

7.1 Búsqueda bibliográfica de estrategias y programas de intervención existentes en el ámbito de la postvención

7.1.1 Selección de estudios

Se realizó búsqueda de publicaciones en el buscador google académico y en bases de datos como Pubmed, Scielo, Lilacs entre otros con las palabras clave: estrategias, programas, intervención, atención multidisciplinaria, suicidio, postvención, supervivientes, familia, duelo, luto, se encontraron 37 artículos en total, de los cuales se eliminaron 3 duplicados, los 34 restantes fueron revisados y se excluyeron aquellos que tuvieran intervenciones de prevención de suicidio o que no mencionaran estrategias, programas o intervenciones de postvención, quedando un total de 13 publicaciones (Ver anexo 2).

7.1.2 Estrategias y programas de intervención identificados en el ámbito de la postvención

La postvención son las acciones de intervención que se desarrollan después de un suicidio, las cuales tienen por objetivo minimizar los resultados negativos que se pueden presentar en la salud de los dolientes a nivel familiar y en espacios comunitarios como escuelas, iglesias, universidades y lugares de trabajo. Algunas estrategias han dado resultados exitosos, demostrando efectividad tanto en acciones individuales y colectivas en macro de políticas de la salud pública (6). Sin embargo, se identifica falta de estudios que analicen las intervenciones en el entorno de las personas que se han suicidado, así como de programas especializados en esta población. Esta escasez, muestra la falta de conciencia sobre las características de los supervivientes, que impide que exista un cuerpo teórico que ayude a la realización de otros programas o a la generalización de resultados (38).

A nivel internacional, países Europeos como Italia y España han implementado estrategias de postvención. En Italia, por ejemplo, existen unos grupos de apoyo, denominados Grupos de Apoyo al Duelo por Suicidio (GADS), que están abiertos a aquellas personas en duelo por suicidio, para el acompañamiento de su proceso, el acceso a estos grupos es abierto a todo el mundo, se divulga por medio de boletines, remisiones y las redes de apoyo de la misma comunidad. Durante el proceso, si se evidencia por el facilitador que la persona necesita un apoyo profesional se deriva a servicios especializados (39).

En España, se tienen implementadas varias modalidades alternativas complementarias para ayudar a los supervivientes a superar el duelo por suicidio, entre ellas se encuentran los programas de actividad física y alimentación saludable, como el yoga traumático, que entiende el duelo como un estado natural, un proceso terapéutico donde se crea un espacio seguro y sagrado para procesar sensaciones, pensamientos y emociones. Existen además guías redactadas por el Ministerio de Sanidad con algunas recomendaciones para supervivientes al suicidio, entre ellas está la de realizar ejercicio aeróbico, respetar las horas de sueño,

usar técnicas de relajación, no abusar de fármacos ni drogas, entre otras. Los grupos de apoyo terapéuticos son la base de las estrategias, desde una perspectiva cognitiva-conductual, basada en la comunicación a través del diálogo, con el objetivo de mejorar la sintomatología depresiva, y siguiendo esta línea de intervención conductual, también se realizan las terapias de aceptación y compromiso, que tienen como fin analizar los elementos comunes de los supervivientes, eliminar los mitos del proceso del duelo, entre otros aspectos. También realizan intervenciones enfocadas en las familias supervivientes al suicidio desde una perspectiva de resiliencia, donde estas fuesen capaces de enfrentarse al proceso sobreponiéndose y saliendo más fuertes de la experiencia (37).

En Norte América se evidencian algunas estrategias similares, que buscan que los supervivientes tengan una intervención que no se basa únicamente desde el ámbito clínico, sino también cobra importancias las intervenciones colectivas y comunitarias. En EEUU, existe una intervención terapéutica llamada biblioterapia, que utiliza historias para ayudar a las personas a obtener una visión personal y aprender estrategias de afrontamiento de situaciones desafiantes, este tipo de intervención se siente segura y familiar para los niños, señalan que leer una historia con un niño ayuda a generar confianza y compenetración (40). Además, implementan tres estrategias de intervención con grupos de pares. El más común es la participación en un grupo de apoyo de duelo cara a cara con otros supervivientes de pérdidas por suicidio, pueden ser facilitados por profesionales, orientadores con experiencia en el tema o una combinación de ambos, es útil debido a la oportunidad de interactuar con otras personas que enfrentan el mismo desafío de integrar la pérdida por suicidio de un ser querido y reconstruir la propia vida. La segunda forma de contacto es a través de grupos de apoyo en línea. Y la tercera son los llamados equipos de extensión de superviviente a superviviente, estos son voluntarios supervivientes capacitados, y a veces acompañados por un profesional de salud mental, que se reúnen con las personas poco después de la muerte y brindan información, sugerencias y apoyo emocional para la familia (41).

En países de Latinoamérica como Brasil, las acciones de intervención se enfocan en grupos de apoyo para sobrevivientes en duelo, además consideran la necesidad de acciones de postvención asequibles y resolutivas, como líneas gratuitas de prevención, visitas domiciliarias tempranas, escucha terapéutica y atención al duelo. En un estudio realizado sobre los grupos de apoyo para los supervivientes del suicidio se demostró que este es un recurso importante para acceder, rescatar y acoger a las personas ya que ofrece un espacio acogedor para la expresión de sentimientos promueve el rescate del vínculo y ofrece una base segura para la legitimación del sufrimiento (6). En forma comunitaria además de los grupos de apoyo, buscan implementar acciones de información sobre el suicidio y sus diversas implicaciones en los supervivientes y a nivel individual se implementan intervenciones como brindar atención psicoterapéutica al sujeto doliente (42). En Perú implementan estrategias similares que han contribuido a disminuir los síntomas de estrés postraumático, ansiedad, síntomas depresivos y problemas de conducta, dentro de las estrategias se destacan las intervenciones grupales, la psicoeducación grupal y los grupos de apoyo (21).

En Uruguay las intervenciones de postvención se dan a partir de las 48 o 72 horas posteriores al evento y en un plazo de hasta dos meses, manteniendo luego acciones de seguimiento. En un documento en colaboración con la UNICEF mencionan que cuando un equipo de salud recibe una demanda para intervenir

en postvención se interviene en tres niveles; con los adolescentes donde se brinda apoyo y contención; con los adultos de la institución, organización o grupo donde se brinda orientación del personal de salud con relación a cómo deben actuar, qué deben decir y cómo deben reaccionar ante preguntas o actitudes de los y las adolescentes; y con las familias de los supervivientes, brindando escucha y orientación a padres y cuidadores acerca de cómo hablar del suicidio, la muerte y los sentimientos que se generan en los y las adolescentes, cómo darse cuenta de que las cosas no están bien con sus hijos o cómo interpretar conductas y responder preguntas frecuentes. Pese a que el material de apoyo es enfocado en adolescentes mencionan que algunos abordajes son oportunos y adecuados con los adultos referentes, tanto padres, familiares y docentes, por lo cual también puede considerarse y aplicarse para esta población superviviente (23).

A nivel nacional, en Colombia los estudios sobre las intervenciones en postvención son limitados, posterior a la búsqueda únicamente se logró encontrar un estudio realizado en la ciudad de Bogotá llamado “Visibilización de las capacidades resilientes de supervivientes del suicidio en los distintos sistemas amplios”, en el que comprenden las capacidades resilientes como un proceso que está en constante cambio, pero que se puede generar o potencializar con las estrategias de autocuidado, teniendo en cuenta los contextos socioculturales, las creencias y las vivencias de cada persona.

Se describen tres estrategias de afrontamiento y autocuidado para potencializar la resiliencia y la adaptabilidad posterior a la pérdida por suicidio; estas son:

-El uso de los recuerdos: La persona que experimenta la pérdida de un familiar o un amigo a causa del suicidio se encuentra normalmente en una situación de agotamiento, ya que no logra comprender completamente la pérdida, por lo que se utilizan los recuerdos para llegar a un recorrido de los sucesos y buscar una comprensión o respuesta a las preguntas que solo el fallecido podría contestar. También se utilizan los recuerdos para lograr que los supervivientes experimenten emociones de felicidad; pues este es un sentimiento de aceptación en donde la mente logra aceptar el suceso y se genera un cambio positivo.

-Las redes de apoyo y la espiritualidad: Los espacios de conversatorios son promotores de un adecuado afrontamiento del duelo, ayudan a fomentar el autocuidado y permiten dar paso a nuevas reflexiones y comprensiones sobre sus recursos, capacidades y significados a su supervivencia a partir de este hecho.

-El reconocimiento a la vida: Permite el uso de pautas y hábitos saludables como promotores de la recuperación y adaptabilidad de los supervivientes, sin olvidar que han experimentado uno de los sucesos más doloroso posible en la vida humana (43).

7.2 Línea de base acerca de estrategias sobre postvención implementadas en la actualidad en algunos municipios de Antioquia

La línea de base de las intervenciones sobre postvención se realizó en 11 municipios distribuidos en siete subregiones del departamento de Antioquia: Bajo Cauca, Magdalena M, Nordeste, Norte, Occidente, Suroeste y Urabá. La información se obtuvo mediante un cuestionario de 11 preguntas, aplicado a diferentes actores y referentes de salud mental dentro de cada municipio.

El 54% de los municipios encuestados conocían estrategias para el acompañamiento de las familias supervivientes del suicidio consumado, están son: asesoría y acompañamiento a través de código dorado (estrategia rápida y gratuita para atender emergencias por trastornos psicológicos y situaciones que afectan la salud mental en el departamento), acompañamiento psicosocial desde diferentes entornos para proceso de duelo, centros de escucha, grupos de apoyo, visitas domiciliarias, activación de rutas para identificación del riesgo, acciones lúdico educativas como espacios de relajación, de reflexión y arteterapia (Ver tabla 1).

Municipio	Subregión	Conocimiento de estrategias de acompañamiento de las familias supervivientes	Estrategias
Puerto Triunfo	Magdalena Medio	Sí	Asesoría y acompañamiento a través de código dorado.
Yolombó	Nordeste	No	-
San Roque	Nordeste	Sí	Desestigmatización de mitos sobre el suicidio, acompañamiento psicosocial para proceso de duelo, y reconocimiento del ser.
Campamento	Norte	No	-
Andes	Suroeste	Sí	Centro de escucha, visitas domiciliarias, acompañamiento en los entornos familiares, activación de rutas por identificación del riesgo a través de diferentes acciones, asesoría directa a través de la escucha activa, acciones lúdico-educativas, espacios de relajación y reflexión, arteterapia.
Olaya	Occidente	No	-
Briceño	Norte	No	-
Hispania	Suroeste	No	-
Giraldo	Occidente	Sí	Por parte del personal médico y psicosocial del municipio se realiza seguimiento y acompañamiento para las familias.
Chigorodó	Urabá	Sí	Grupos de Apoyo y Centros de Escucha Institucional o Comunitario.
El Bagre	Bajo Cauca	Sí	Acompañamiento psicológico a los integrantes de la familia.

Tabla 1: Fuente propia. Estrategias de acompañamiento de las familias supervivientes implementadas por los municipios de Antioquia que participaron del estudio.

En 6 de los 11 municipios han implementado estrategias para el acompañamiento de las familias supervivientes al suicidio, realizando activación de la ruta de atención del municipio, acompañamiento psicoeducativo, grupos de apoyo, centro de escucha comunitario y visitas domiciliarias. De los municipios que no implementan estrategias, refieren que algunas de las causas se deben a que existe rotación continua de profesionales en las secretarías de salud, por lo que hay poca claridad sobre las funciones a realizar en los nuevos cargos, falta seguimiento y documentación de los casos de suicidio consumado. Además, se

presenta una insuficiencia en la gestión de los recursos para implementar estrategias de intervención a las comunidades implicadas.

En 3 de los 11 municipios; San Roque, Briceño y Chigorodó conocían estrategias para el acompañamiento en el entorno laboral cuando ocurre un suicidio en un empleado, estas se basan en la red de apoyo de los colaboradores, la contención emocional, el acompañamiento psicosocial al personal y talleres de manejo de emociones, pero sólo el municipio de Chigorodó ha implementado la estrategia de atención psicológica individual y familiar con los empleados. Hay 6 de los 11 municipios que refieren que no se han presentado casos de suicidio en entornos laborales desde que se encuentran en dichos cargos.

El 54% de los municipios conocen estrategias para el acompañamiento en el entorno escolar por una muerte por suicidio de un estudiante, maestro o persona que hace parte de la comunidad educativa, estas son: acompañamientos interdisciplinarios psicoeducativos y psicosociales entorno a la ideación, intento y suicidio consumado, valoración de señales de alerta en la población, movilización de acciones a través de los directivos, docentes y padres de familia, talleres colectivos y actividades individuales sobre el valor de la vida y estrategias para enfrentar el duelo. Del total de los municipios, el 36% las ha implementado, centrándose en actividades de atención psicológica individual, grupos focales y rituales de despedida.

Alrededor del 45% de los municipios identifican las siguientes estrategias de orden comunitario que pueden implementarse ante una muerte por suicidio: Contención, acompañamiento y asesoría a través del código dorado, psicoeducación entorno a la ideación, intento y suicidio consumado, articulación con medios de comunicación para manejo de información que prevenga el incremento de casos o de afectaciones en la comunidad, movilización social para la visibilización, toma de conciencia, fortalecimiento de factores protectores a través de medios y espacios educativos, promoción de ofertas institucionales, grupos focales, centros de escucha comunitarios y rituales de armonización (en el caso de las comunidades indígenas). Dentro de las cuales las que ha puesto en práctica, se resaltan; sensibilización frente al señalamiento y juzgamiento para el ser y su familia, freno en especulaciones en torno a la decisión del suicidio, contención emocional, talleres de manejo de emociones, centros de escucha comunitarios y rituales de armonización.

En municipios como el Bagre, Chigorodó, Hispania y Yolombó cuentan con grupos de ayuda mutua o grupos de apoyo para supervivientes del suicidio, mientras que los demás municipios que participaron del cuestionario refieren no contar este tipo de estrategias (Ver gráfico 1).

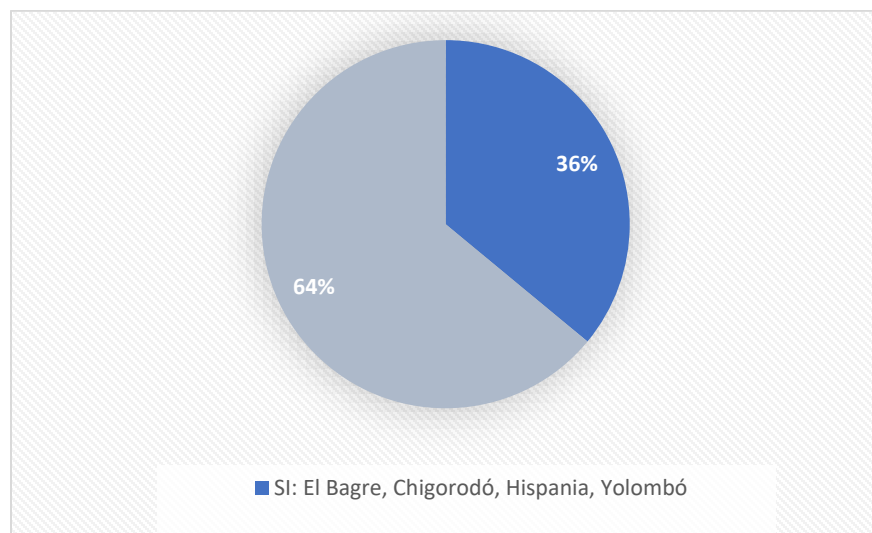


Gráfico 1: Fuente propia. Porcentaje de municipio que cuentan con Grupos de Ayuda Mutua o Grupos de Apoyo para supervivientes del suicidio.

Ante la ocurrencia de una muerte por suicidio en el municipio, los actores que habitualmente brindan información a la comunidad respecto al suceso son: la unidad de comunicaciones del municipio, la emisora comunitaria y los medios de comunicación independientes; seguidos de los canales comunitarios, la dirección local de salud y E.S.E Hospital municipal (Ver gráfico 2).

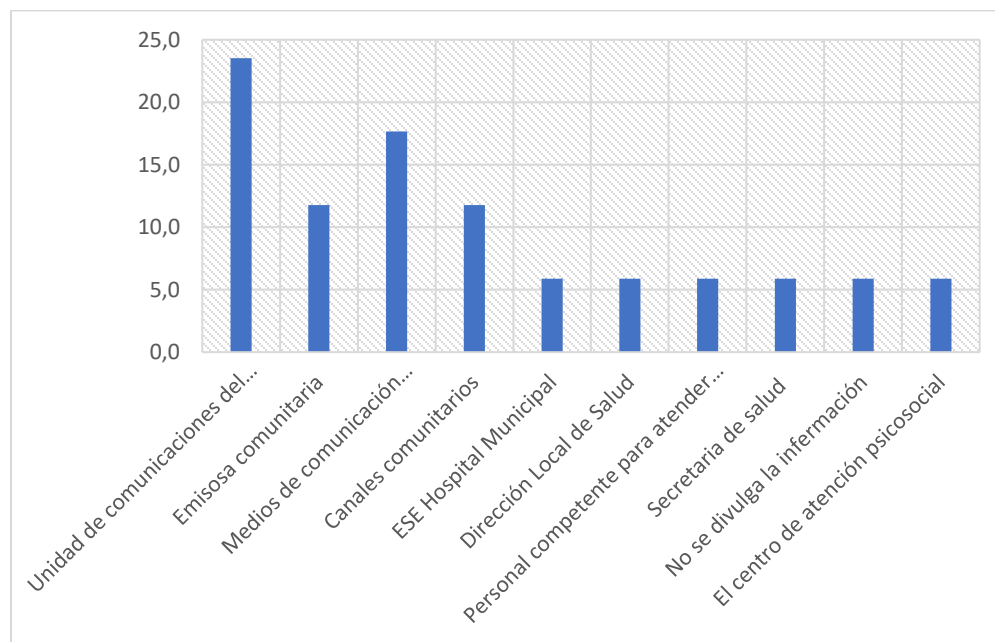


Gráfico 2: Fuente propia. Porcentaje de actores que habitualmente brindan información a la comunidad sobre un suicidio consumado en los municipios que participaron del estudio.

Con respecto a la información que se brinda a la comunidad y a los medios sobre la muerte por suicidio, cabe resaltar que algunos municipios de las subregiones de Magdalena, Norte y Nordeste evitan dar detalles explícitos del suceso, manifiestan que se procura respetar los derechos a la intimidad, a la información y al debido proceso de las familias supervivientes del suicidio, por lo que se intenta que sean casos tratados con la privacidad que merecen. Entre tanto, si es consentido por la familia se brindan aspectos generales del hecho, sin revelar datos de identidad. En un municipio de la subregión Suroeste realizan reuniones para la unificación de criterios para cuidar la generación del efecto Werther, y el manejo adecuado, ético y respetuoso de la información debido a las familia y allegados, y finalmente en un municipio de la subregión de Urabá, tiene presente a la hora de divulgar la información “Salvaguardar la privacidad de la familia”, “emplear el lenguaje adecuado al referirse a la situación o nombrar el acto suicida como tal”. “evitar dar detalles de manera explícita”, “prevenir el estigma”, “evitar legitimar o justificar el acto del suicidio consumado”, “evitar el amarillismo” entre otros.

7.3. Guía de intervención psicosocial para supervivientes de suicidio consumado

La presente guía se desarrolla a partir de un proceso de revisión sistemática de información con respecto a las estrategias y modelos aplicados a nivel nacional e internacional utilizados para el abordaje de los supervivientes del suicidio bajo el enfoque de la postvención, a su vez que se tienen en cuenta estrategias que algunos municipios del departamento ya vienen desarrollando como respuesta a la necesidad de hacer un abordaje integral enfocado en el cuidado después de la muerte.

- **Conformación del Equipo Interdisciplinario Municipal de Postvención (EIMP).**

El primer paso para desarrollar un proceso planificado para el abordaje de las familias y comunidades supervivientes del suicidio es la conformación del equipo interdisciplinario, el cual será el responsable de liderar todo el proceso. Este equipo será el encargado de brindar acompañamiento y seguimiento psicosocial a los supervivientes del suicidio, a la generación de toda la información que será materia de divulgación en los diferentes medios de comunicación, convocatoria y coordinación de voluntarios y la conformación y la coordinación de los Grupos de Apoyo (GAP) y Grupos de Ayuda Mutua (GAM).

Para la conformación de este grupo interdisciplinario se recomienda hacerlo en el marco del Comité o Mesa de Salud Mental del municipio, y si en el municipio no se tiene conformado este, se plantea que se haga en el marco del Comité de Vigilancia Epidemiológica Municipal (COVE).

Este grupo debe estar conformado por el personal psicosocial que labora en las diferentes entidades presentes en el municipio como son: Dirección Local de Salud, Hospital e IPS presentes en el territorio, docentes orientadores de las Instituciones Educativas, entre otros. Además, de este grupo de profesionales psicosociales, también puede participar un colectivo de supervivientes que, tras elaborar su duelo aporten con su participación y acompañamiento en los grupos de apoyo, así mismo como se puede incluir voluntarios con formación en el ámbito de la psicología o actores comunitarios e institucionales que en razón a su rol en el municipio se consideren importantes para el abordaje de este tipo de eventos (docentes, asociaciones de padres de familia, jóvenes líderes, líderes comunitarios, sindicatos, etc). Es importante hacer énfasis en que la coordinación y conformación de este Equipo Interdisciplinario Municipal de Postvención (EIMP) debe estar a cargo de la Dirección Local (Secretaría) de Salud Municipal, la cual será la encargada de convocar y notificar los eventos.

Este equipo interdisciplinario debe ser formado con relación a conceptos relacionados con la postvención, generalidades del suicidio, factores protectores y de riesgo en salud mental, primeros auxilios psicológicos, activación de la ruta de atención del comportamiento suicida y otras rutas de atención relacionadas y en estrategias de promoción de la salud mental.

- **Propuesta de intervención**

Convocatoria del Comité o Mesa de Salud Mental y del COVE Municipal.

El primer paso ante la ocurrencia de una muerte por suicidio en el municipio será la convocatoria del Comité o Mesa de Salud Mental o en su defecto el COVE municipal, la cual no debe exceder en su realización a

los tres (3) días posteriores al acontecimiento. Estos comités son fundamentales porque dentro de sus participantes encontramos a diferentes actores intersectoriales del municipio como lo son actores de los sectores de salud (Direcciones Locales de Salud, Hospitales Públicos, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Administradoras del Plan de Beneficios), educación (Secretaría de Educación, Instituciones Educativas), comunicación, gobierno (Policía, Comisaría de Familia), ministerio público (personería y/o procuraduría), sectores representativos de la comunidad, entre otros; lo cual permite hacer un análisis del evento desde un enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). En cuanto a la convocatoria de estos comités, es fundamental asegurar la participación de otros actores institucionales que hayan tenido algún tipo de relación con el evento ocurrido a su vez que la del Equipo Interdisciplinario Municipal de Postvención (EIMP).

En el análisis de caso realizado en el marco del Comité o Mesa de Salud Mental o en su defecto el COVE Municipal se debe tener en cuenta una serie de aspectos que deben ser incluidos dentro de la intervención:

- Realizar un análisis desarrollado desde el enfoque diferencial (entorno y curso de vida) en donde se logre identificar cual es el segmento del territorio y de la comunidad que se puede ver expuesto al riesgo ante la muerte por suicidio y así realizar un proceso de priorización (por ejemplo, si el evento es de un estudiante del noveno grado de una de las instituciones educativas, se identifica que la intervención en primera instancia debe ser en dicha institución, priorizando el grado noveno, interviniendo tanto los docentes, como padres de familia y estudiantes).
- Dentro del análisis deben ser incluidos aspectos como cuales fueron esos factores de riesgo que pudieron incidir en el hecho y que se pueden ver exacerbados ante la ocurrencia del hecho, con el fin de generar estrategias de mitigación a corto, mediano y largo plazo. También, los factores protectores con los que cuenta el segmento de la comunidad más vulnerable ante el hecho.
- Evaluar las representaciones sociales y efectos primarios generados en el segmento de comunidad identificada como vulnerable y de la comunidad en general.

A partir de este análisis, se debe concertar con los actores participantes en el comité y que tienen injerencia en este segmento de la comunidad o sector a intervenir una serie de acciones direccionadas a la promoción de la salud, la prevención y mitigación de riesgos y detección e intervención individual temprana. Es importante tener en cuenta que siempre debe ser incluidas dentro de las acciones a desarrollar, el acompañamiento psicosocial a la familia de la persona que muere por suicidio (Ver anexo 3).

En el análisis y definición de estrategias para el acompañamiento se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Evitar al máximo la especulación, ya que el alcance de estos espacios es hacer un análisis de efectos y como pueden ser intervenidos. El especular o centrarse en el hecho ocurrido no es competencia ni del Comité de Salud Mental o del COVE municipal, más teniendo en cuenta que puede ser un evento que puede estar siendo investigado por las autoridades competentes.
- Asegurar la presencia de actores interinstitucionales ya que el comportamiento suicida es un evento multifactorial, por ende, requiere intervenciones de orden intersectoriales fundamentadas en el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud.
- Hacer énfasis en el componente ético dentro de estos espacios ya que este tipo de eventos transgreden significativamente la sensibilidad de toda la comunidad incluida la de las personas presentes.

- No es objetivo del espacio encontrar culpables, por tanto, se debe trabajar bajo el principio de la corresponsabilidad.

Posterior a que se prioricen los segmentos de la comunidad que serán objeto de la intervención y las acciones a desarrollar con su respectiva concertación, el Equipo Interdisciplinario Municipal de Postvención (EIMP), procederá a desarrollar su intervención con la comunidad guiado por la planeación desarrollada conjuntamente ya sea con el Comité o Mesa de Salud Mental o el COVE Municipal.

- **Abordaje a la familia superviviente del suicidio**

El abordaje o acompañamiento por parte de los miembros del Equipo Interdisciplinario Municipal de Postvención (EIMP) a la familia de la persona que muere por suicidio se divide en el momento I: donde se deben desarrollar los Primeros Auxilios Psicológicos en las primeras 72 horas con el fin de reducir los riesgos de mortalidad; momento II: donde se ofrece el apoyo psicosocial por lo menos las 3 semanas posteriores; y el momento III: la inclusión de la familia a los grupos de apoyo o grupos de ayuda mutua de supervivientes del suicidio presentes ya sea a nivel municipal o departamental. Estos momentos se desarrollan de la siguiente manera.

Momento I: Si se puede acompañar el mismo día del suicidio, el profesional debe acercarse y presentarse como parte del programa de salud mental del municipio, el proceso debe ser acompañado por medio de los Primeros Auxilios Psicológicos y en este se debe observar el comportamiento familiar, identificado personas que por el impacto quedan más vulnerables como lo son los adultos mayores, niños o personas que dejan ver problemas de salud mental y por tanto van a requerir mayor acompañamiento.

Retirar a los vecinos, medios de comunicación, niños y personas que están en el lugar del hecho evitando a toda costa que alguien publique lo ocurrido en redes sociales. Por tanto, se debe asegurar en la escena del suicidio no se dé entrada a medios de comunicación ni personas de la comunidad, únicamente se debe dar dicha entrada familiares exclusivamente necesarios, y autoridades competentes como el CTI y la Policía.

Indicar la importancia de no tocar el cuerpo de la persona fallecida por suicidio, de no alterar la escena, y de ubicar a los familiares en otro espacio de la casa mientras ocurre el levantamiento, ya que estar en la escena directamente tiene impacto a largo plazo (feed backs).

Momento II: Posterior a las honras fúnebres se debe ofrecer ojalá por vía telefónica apoyo emocional a la familia, en donde diariamente se debe llamar al líder de la familia para atentos a la necesidad de hacer canalizaciones al sistema de salud en aquellos que presentan mayor vulnerabilidad.

Se recomienda agendar una cita para reunir la familia la misma semana del suicidio o máximo a la siguiente semana evitando dejar pasar mucho tiempo ya que esto puede ocasionar que se pierda el vínculo con la familia, es importante recordar que las primeras horas son vitales y de ellas depende el curso de duelo y la posibilidad de hacer detección en crisis de señales de alerta en otros familiares.

Dentro de esta cita se buscará reconocer era la dinámica familiar antes y después de la pérdida. No es recomendable nombrar la muerte como un suicidio ya que no todas las familias admiten la forma de muerte a pesar de contar con la evidencia de ello, ni busque reconocer aún la escena del suicidio a menos que la familia quiera hablar de ello.

A partir de esto es importante desarrollar las siguientes acciones:

- Reconocer la relación de cada familiar con la persona perdida.
- Promover actividades que comiencen a generar la construcción de sentido de vida a partir de otros vínculos cercanos como lo son los hijos, hermanos, padres, o en casos donde la persona es muy solitaria el acercamiento actividades de servicio al otro.
- Por ningún motivo se debe ofrecer explicaciones a un caso que no se conoce ya que la familia no requiere nuevas teorías de porque se ha suicidado su familiar esto sesga el duelo y lo puede complicar.
- Desarrollar psicoeducación sobre los aspectos normales del duelo que pueda estar viviendo cada miembro de la familia bajo el modelo de klubber Ross (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) (30).
- La psicoeducación familiar también se debe dar en vías de sensibilizar y dar herramientas a todos los miembros en lo referente al estigma, ya que una de las expresiones más comunes en el duelo por el suicidio es la vergüenza que genera el temor a llegar a ser señalados como culpables de la muerte (15,16).

Momento III: El equipo que acompañe el caso debe tener a la mano información referente a los grupos de apoyo o grupos de ayuda mutua para supervivientes del suicidio, en caso de que no se tenga presencia de estos en el municipio, busque espacios de encuentro y acogida comunitaria que estén en vías a los intereses de cada miembro de la familia ya que esto asegura herramientas de soporte que se configuran como factor protector.

- **Abordaje del suicidio consumado por entorno**

Asegurada la intervención y acompañamiento a la familia superviviente del suicidio y fundamentado en el análisis que se hace en el Comité o Mesa de Salud Mental o el COVE municipal se debe definir ese segmento de la comunidad a intervenir el que entorno será captado, puede ser en el entorno educativo, laboral o comunitario (31).

Intervenciones en el entorno educativo:

En el entorno educativo los suicidios tienen características particulares. Andriessen plantea que un suicidio consumado impacta negativamente aproximadamente entre 50 y 60 personas, sin embargo, estas cifras no consideran el entorno escolar ya que estudios como el de Álvarez dan cuenta que si un suicidio ocurre en la escuela el número de afectados asciende de 200 a 300 personas, sin contar las afectaciones generadas vinculadas a las redes sociales (32).

El inicio de la intervención en el entorno educativo se debe realizar a partir de las 48 y 72 horas posterior al evento y en un plazo de hasta 2 meses, mientras que el seguimiento a las instituciones educativas se debe mantener hasta por lo menos dos años por medio de acciones de promoción de salud mental.

La postvención en el escenario educativo debe darse por medio del EIMP de manera simultánea con todos los agentes del sector educativo de la siguiente manera:

Estudiantes: Se deben realizar por lo menos dos encuentros en donde el profesional hable con los estudiantes respecto a los efectos suscitados a partir del suicidio, en donde se abra la posibilidad a estos de

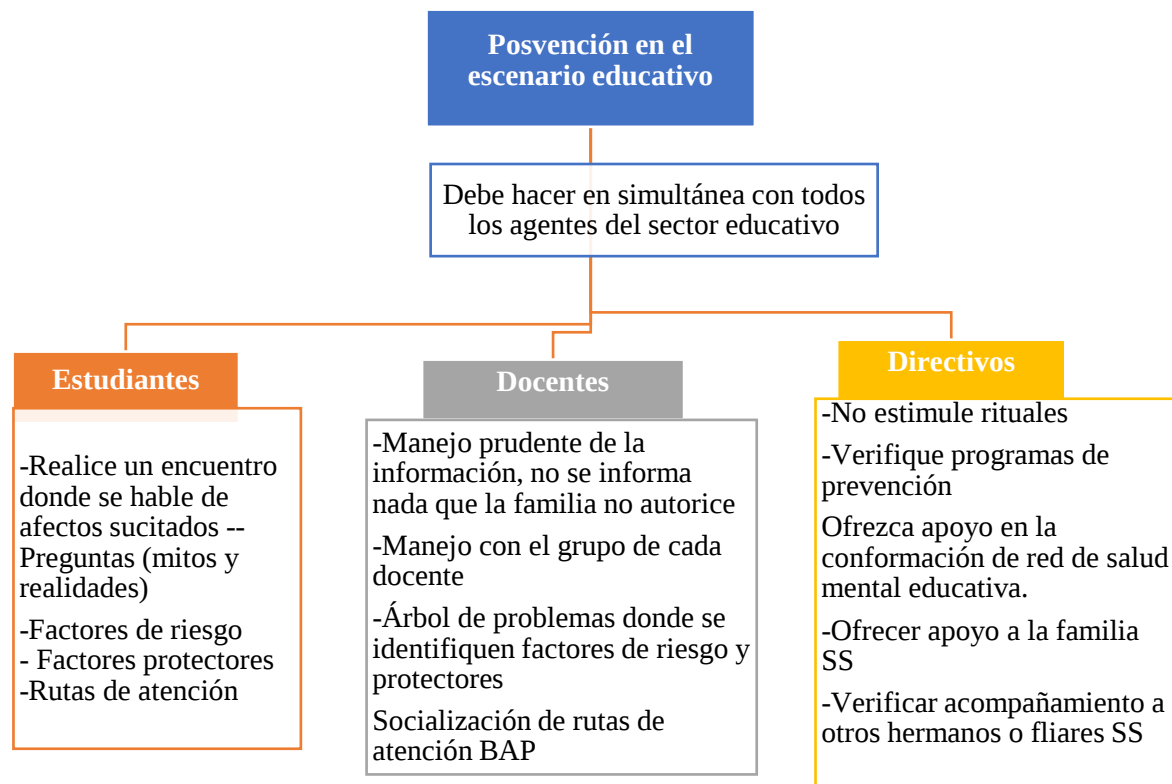
manifestar las preguntas que tienen respecto al suceso. En medio de este dialogo los profesionales facilitadores del encuentro deben estar atentos a que alguno de los estudiantes en el marco de la intervención se descompense o entre en una crisis, allí se deben activar los primeros auxilios psicológicos, es por esto que se recomienda siempre hacer esta intervención con una dupla ya sea de dos profesionales psicosociales o de un profesional y un voluntario; uno facilitará el espacio y el otro estará atento ante las crisis.

En este espacio se deben identificar los factores protectores y de riesgo en salud mental del grupo, esto con el fin de planear una intervención posterior de mediano y largo plazo donde se reduzcan los factores de riesgo y se aumenten los factores protectores; a su vez que se debe hacer la difusión de las rutas de atención de comportamiento suicida y otras rutas de atención relacionadas.

Docentes: En la intervención con los docentes se recomienda primero, desarrollar una actividad de expresión emocional tal como la que se realiza con los estudiantes para que posterior a esto a partir de un ejercicio de educación en salud se deben dar herramientas a los docentes en términos de la identificación de señales de alarma del comportamiento suicida para la detección temprana y la activación de rutas de atención, a su vez que brindar elementos en cuanto al manejo de la información en relación al suceso. Después de todo este ejercicio, realizar una caracterización de causas y efectos a partir de la aplicación de metodologías como el árbol de problemas o la espina de pescado.

Es muy importante con los directivos de la Institución educativa a intervenir hacer énfasis en la importancia de no estimular rituales referentes al evento.

Conforme se hacen estas intervenciones de carácter primario se recomienda que se haga el fortalecimiento de las zonas de orientación escolar, las cuales deben estar preparadas para la gestión de los casos que se identifiquen como sujetos de riesgo a raíz del evento y donde se tenga la disponibilidad de los diferentes tamizajes de salud mental propuestos por la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud (RPMS) (31).



:

Fuente propia. Gráfico de intervenciones de carácter primario para la posvención en el escenario educativo.

Intervenciones en el entorno comunitario

La muerte por suicidio no solamente afecta de manera significativa a las familias o las personas cercanas a la vida perdida, sino que también afecta enormemente las dinámicas comunitarias ya que como lo nombra Maroto Vargas el suicidio es un duelo que se asienta en lo más profundo de la comunidad, por lo cual se expresan respuestas como la búsqueda de culpables ante el hecho y generando así fracturas inimaginables del tejido social (17).

En este sentido es vital que con la comunidad se genere la intervención en dos vías; el cómo debe ser informado el suicidio y acciones de información y educación en salud. En cuanto al cómo comunicar el suicidio se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Adoptar dentro de la comunicación un enfoque de acción sin daño en donde se sea consciente de que los mensajes comunicados serán recepcionados por la población con vulnerabilidad por antecedentes de comportamiento suicida, los sobrevivientes del suicidio consumado y la población en general en donde un mensaje no manifestado de manera asertiva puede incrementar el estigma con relación al suicidio y por ende aumentar los riesgos.

- Se debe procurar no hablar del método o mecanismo utilizado para la consecución del suicidio, a su vez que se debe evitar a toda costa comunicar o dar detalles de los factores que desencadenaron en el acontecimiento ya que esto puede generar en ciertos individuos que tienen una ideación suicida activa identificarse con el hecho. Este efecto se denomina “efecto Werther” (33).
- Evitar glorificar, ritualizar de manera generalizada o mostrar como héroe a la persona que muere por suicidio a su vez que tampoco se debe simplificar el hecho o subestimar su efecto o importancia.
- Procure no incluir dentro de la información emitida respecto al suicidio consumado datos o cifras muy específicas del municipio, ya que eso genera reacciones sensacionalistas. Es importante abordar la noticia desde un contexto internacional, nacional o departamental que haga visualizar la problemática del suicidio como un aspecto motivo de abordaje desde la Salud Pública.
- No divulgar bajo ningún motivo los retos suicidas ya que esto amplía la cadena de replicación aumentando el riesgo en ciertos segmentos de la población. Cuando se esté bajo la presencia de estos tipos de retos promueva campañas o estrategias de comunicación relacionadas al acompañamiento familiar en el uso de las redes sociales.

A su vez también dentro de las estrategias de información y educación para la promoción de la salud se deben incluir:

- Educar a las comunidades con respecto a las señales de alerta relacionadas con el comportamiento suicida (cambios súbitos en el estado de ánimo, sensación de desesperanza, aislamiento, pérdida de interés por las actividades que antes se disfrutaban, manifestaciones explícitas e implícitas de no querer seguir viviendo) lo cual permita hacer identificación temprana de la ideación suicida; todo esto acompañado con la divulgación de las rutas de atención.
- Informar a la comunidad en relación a las ofertas municipales que pueden configurarse como escenarios de soporte comunitario y por ende en factores protectores. Ejemplo de estos son los programas de salud mental propuestos por el municipio, las ofertas de educación para el trabajo, ofertas culturales y deportivas entre otros. Todo esto por curso de vida.
- Realizar psicoeducación familiar, laboral y escolar de prácticas para el cuidado de la salud mental y física a partir de la promoción actividades de ocio productivo, cultura, deportes, recreación.
- Trabajar las 10 habilidades para la vida en todos los cursos de vida propuestas por la OMS incluyendo acciones como el desarrollo de la capacidad de referir afectos, deseos, necesidades; la promoción de la comunicación (clara, directa, precisa y coherente); el fomento escucha activa y empática en los entornos. Todo esto mediante acciones simples de entender y de desarrollar (34).

Intervenciones en el entorno laboral

Luego del suicidio de alguien cercano cuando un funcionario pierde un ser querido por suicidio, la personal experimenta emociones muy intensas, qué hace que sea difícil incorporarse en el puesto de trabajo. La pérdida y el duelo que las personas están sintiendo influye directamente en el lugar de trabajo de muchas formas. Cabe resaltar que los directivos pueden desempeñar un apoyo crucial en situaciones como esta., comenzando por el reconocimiento y el entendimiento de la pérdida dolor debido a que impacta de manera positiva en la recuperación, siendo fundamental la empatía que el trabajador se siente escuchado lo cual proporciona un ambiente propicio para que sepan que tienen ayuda disponible de profesionales de la Salud (35).

- **Conformación y coordinación de los Grupos de Ayuda Mutua o de los Grupos de Apoyo.**

Una de las funciones de los Equipos Interdisciplinarios Municipales de Postvención (EIMP) es la conformación y la coordinación de los grupos de soporte comunitario, los cuales son comprendidos por la OPS como dispositivos que permiten la generación de vínculos con formas de interacción organizadas que permiten y favorecen procesos como la posibilidad de exteriorización emocional y del reconocimiento de emociones, propenden por el desarrollo la capacidad de autorreflexión y facilitan la toma de conciencia, así como la búsqueda e integración de soluciones; la recuperación de la esperanza, el fomento del espíritu de solidaridad y apoyo mutuo y el desarrollo de actividades sociales gratificantes (36).

En este sentido es importante plantear que existen dos tipos de grupos de soporte comunitario los cuales son los Grupos de Ayuda Mutua y los Grupos de Apoyo los cuales tienen unas diferencias sustanciales que serán descritas a continuación:

Grupos de Apoyo (GAP)

Es una estrategia grupal liderada por un profesional (de la salud o las ciencias sociales, con previo entrenamiento para tal fin) con el propósito de “crear un ambiente acogedor donde gestionar los recursos de los miembros para afrontar la situación de cambio conflictiva o amenazante; su objetivo principal es generar un espacio que dé la oportunidad de interacción social regularizada, un espacio de comunicación de doble vía donde se escucha, pero también se propone, se comenta, se opina (36).

En estos Grupos de Apoyo los miembros del EIMP deben organizarse con el fin de cumplir con los siguientes roles dentro del grupo:

Terapeuta: El cuál es la persona que debe dirigir el encuentro y desarrollar todo el proceso de psicoeducación.

Co-terapeuta: Apoya al terapeuta en la dirección del encuentro y la psicoeducación y está a disposición de atender los emergentes suscitados del encuentro.

Encargados de taller experiencia: Profesionales o voluntarios que deseen realizar el acompañamiento vivencial por bases

Observador (diarios de campo): Persona encargada de realizar diario de campo o acta al finalizar el encuentro para sistematizar la experiencia

Logístico: Persona encarga de materiales, listados de asistencia, etc.

A partir de la distribución de estos roles se hará toda la planificación del desarrollo de los encuentros en los cuales se recomiendan los siguientes temas:

- Etapas del duelo: Estrategias de afrontamiento como factores mediadores en el proceso de duelo.
- La culpa, el sufrimiento y la sensación de vacío.
- Fortalecimiento de redes de apoyo; factores protectores y de riesgo.
- Familia, vínculo y apego; los roles en el hogar.
- Habilidades para la vida.
- Estrategias de abordaje emocional.

Para la coordinación del Grupo de Apoyo se recomienda tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Realizar los encuentros de manera quincenal ya que si se desarrolla de manera semanal las personas pueden desarrollar dependencia al grupo.
- En cuanto a la duración del espacio se recomienda que este sea de aproximadamente hora y media ya que si las reuniones son más largas pueden ser agotadoras emocionalmente para los participantes.

En cuanto a la realización del Grupo de Apoyo este en este se recomienda se vivan tres momentos:

Primer momento: Reflexión del mes. Puede ir relacionado con el tema central del grupo

Segundo momento: Se presenta en 5 ideas principales el tema que nos reúne. (Psicoeducación)

Tercer momento: Momento para reflexionar y dar lugar a la palabra. El líder de grupo debe encausar la conversación uniéndola siempre al tema central. Y retroalimentar esas opiniones.

Cuarto momento: Cierre y retroalimentación. Las personas que requieran enlace con la oferta institucional de la secretaria de salud se quedan para tomar sus datos y poder generar las remisiones si es el caso.

Es importante destacar que conforme este GAP comienza a obtener autonomía en cuanto a los temas que aborda o a las estrategias que direcciona, este ya va tomando una connotación más relacionada a la de un Grupo de Ayuda Mutua GAM.

Grupos de Ayuda Mutua (GAM).

Es un espacio en el cual diversas personas que comparten un mismo problema o dificultad se reúnen para intentar superar o mejorar su situación; los cuales están constituidos y operan de manera autónoma al margen de la participación de profesionales y por tanto que no son entendidos como espacios de orden terapéutico.

Las actividades que se incluyen dentro de los Grupos de Ayuda Mutua se incluye la narración de experiencias relacionadas con el duelo o situación vivida tras la pérdida por suicidio, expresión emocional verbal o través de actividades artísticas, llamadas telefónicas de acompañamiento entre los miembros y la lectura de fragmentos o cuentos literarios

Para la consolidación de un GAM se deben desarrollar los siguientes pasos:

Paso 1: Identificar un cierto número de persona con experiencias o problemáticas en común que deseen reunirse, para el caso esta intervención, personas supervivientes del suicidio.

Paso 2: Convocar a las personas a un primer encuentro usando medios virtuales o telefónicos.

Paso 3: Determinar aspectos normativos como cantidad de personas, frecuencia y si será abierto o cerrado.

Paso 4: Definir roles dentro del grupo y actividades a desarrollar dentro del GAM.

Paso 5: Acordar estrategias de grupo según las demandas, necesidades e intereses de sus miembros.

- **Evaluación de la intervención**

Por último y desarrollada la intervención, el Equipo Interdisciplinario Municipal de Postvención (EIMP), realiza una evaluación en encuentro ordinario ya sea del COVE Municipal o del Comité o Mesa de Salud Mental con el fin de dar cuenta de los logros, dificultades, retos e impases que se dieron en el marco del desarrollo de las acciones, esto con el fin de permitir una posibilidad de mejoramiento continuo en términos de las acciones de postvención en el territorio.

Para la difusión de la estrategia que se plantea, es fundamental el apoyo del área de comunicaciones de la Alcaldía municipal o directamente de la Secretaría (Dirección Local) de Salud, con el fin de socializarla a través de medios de comunicación disponibles. Igualmente, se deben promover espacios de capacitación y sensibilización con las instituciones y personas interesadas en la temática.

La evaluación de la estrategia debe plantearse en términos cuantitativos y cualitativos, permitiendo la participación de los distintos actores involucrados en ésta. Para el seguimiento, es importante que se analice la posibilidad de que estas acciones se registren en el SIVIGILA u otro software que permita recolectar y analizar la información de manera rutinaria.

8. CONCLUSIONES

La búsqueda y recolección de evidencia acerca de intervenciones de postvención que se desarrollan con los supervivientes de suicidio consumado, a nivel nacional e internacional, demuestra que existen pocas publicaciones relacionadas con el tema y, por ende, es limitada la implementación de estrategias para intervenir en los diferentes entornos. Se resalta en dicha información lo relacionado con grupos de apoyo y/o ayuda mutua, que son los más comunes y se basan en la generación de espacios comunitarios para dicha población, con acompañamiento por profesionales expertos en el tema en un entorno terapéutico.

A nivel departamental, en algunas subregiones de Antioquia implementan actualmente estrategias para el acompañamiento de los supervivientes de un suicidio consumado, dentro de las que se encuentran: contención, psicoeducación, grupos focales, centros de escucha comunitarios y rituales de armonización (en el caso de las comunidades indígenas). Sin embargo, al realizar el levantamiento de la línea de base se logró identificar que las acciones no se desarrollan siguiendo una ruta de atención integral para brindar acompañamiento de acuerdo a la población en los entornos escolares, familiares, comunitarios y laborales; los municipios implementan acciones desde sus propios conocimientos sobre postvención y las experiencias de los casos registrados de suicidios consumados. Ese abordaje contempla un componente más desde el área psicológica, y no se identifican acciones interdisciplinarias para abordar el suceso. Algunos municipios reconocen la importancia de la articulación con medios de comunicación para manejo de información de forma que se prevenga el incremento de casos, pero no todos conocen cuáles son los aspectos que deben informarse ante un suicidio, por lo cual es necesario unificar criterios para cuidar la generación del efecto Werther, y el manejo adecuado, ético y respetuoso de la información.

Por tanto y atendiendo a todos esos retos encontrados en los municipios de las subregiones en lo relacionado a la intervención y acompañamiento de los supervivientes del suicidio, se concibe la guía de intervención y la creación y puesta en marcha de los EIMP como una alternativa sistemática y organizada la cual centra su foco en la generación de escenarios de apoyo psicosocial a las familias y comunidades afectadas por la problemática; brindando así herramientas adaptables a los contextos territoriales que deriven en acciones sin daño enfocadas a la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud y a la mitigación de las secuelas que puede dejar un acontecimiento que toca las fibras más sensibles de una comunidad.

Se deben implementar y/o fortalecer las estrategias y programas de intervención existentes en el ámbito de la postvención en los territorios de Antioquia, con enfoque integral e interdisciplinario, como aporte a la mitigación de la problemática del suicidio.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. 2021; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>
2. Cólón Cogollo MH, Páez Santos YS. La problemática del suicidio en Colombia y la necesidad de políticas públicas con enfoque de derechos humanos [Internet]. 2022. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4806>
3. Castillo González M del P. Suicidio, duelo y afrontamiento. Estudio de caso. 2022; Disponible en: <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2250/CastilloGonzalezMariadelPilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Kólves K, Zhao Q, Ross V, Hawgood J, Spence SH, de Leo D. Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. enero de 2019 [citado 24 de noviembre de 2022];243:96-102. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032718314241>
5. Munera Ramos P. El duelo por el suicidio: análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental [Internet]. Universidad de Granada; 2013. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/29526/21876800.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Kreuz G, Antoniassi RPN. Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. *Psicologia em estudo* [Internet]. 2020;25. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/pe/a/NxmPb6PdVV8svwSFNP8ryqB/?lang=pt>
7. Andriessen K. Can Postvention Be Prevention? *Crisis* [Internet]. enero de 2009 [citado 24 de noviembre de 2022];30(1):43-7. Disponible en: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910.30.1.43>
8. Feigelman B, Feigelman W. Surviving After Suicide Loss: The Healing Potential of Suicide Survivor Support Groups. *Illness, Crisis & Loss* [Internet]. octubre de 2008 [citado 1 de diciembre de 2022];16(4):285-304. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/IL.16.4.b>
9. Posada JA. La salud mental en Colombia. *Biomédica* [Internet]. 2013;33(4):497-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001
10. Organización Mundial de la Salud. La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. 17 de junio de 2022; Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
11. Valladolid MN. Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet]. 2011;15(2):1-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798>
12. Gómez-Tabares AS. Perspectivas de estudio sobre el comportamiento suicida en niños y adolescentes: una revisión sistemática de la literatura utilizando la teoría de grafos. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2021;38(3):408-51. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2021000300408

13. Salazar JAA. Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. Revista electrónica de psicología Iztacala [Internet]. 2012;15(2):688. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose-Andrade-Salazar/publication/230794434_ASPECTOS_PSICOSOCIALES_DEL_COMPORTAMIENTO_SUICIDA_EN_ADOLESCENTES_-_PSYCHOSOCIAL_CONDITIONS_SUICIDAL_OF_BEHAVIOR_IN_ADOLESCENTS/links/09e415047b9e6ee7bb000000/ASPECTOS-PSICOSOCIALES-DEL-COMPORTAMIENTO-SUICIDA-EN-ADOLESCENTES-PSYCHOSOCIAL-CONDITIONS-SUICIDAL-OF-BEHAVIOR-IN-ADOLESCENTS.pdf
14. Joel RC, Roberto RA, Carmen Luisa MV, Mislaidis FR, Rosa Yurien RC. Caracterización de la conducta suicida en Guisa. En 2020. Disponible en: <http://jvvirtualpsiquiatria2020.sld.cu/index.php/jvpsq/2020/paper/view/74/105>
15. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Terapia psicológica [Internet]. 2015;33(2):117-26. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>
16. Orozco EG. Sobrevivientes del suicida. Asociación Mexicana de Tanatología, AC [Internet]. 2013; Disponible en: <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/101%20Sobreviviendo.pdf>
17. Maroto Vargas A. El suicidio en el ámbito comunitario: lineamientos para su abordaje. Revista Reflexiones [Internet]. 2017;96(1):27-39. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-28592017000100027&script=sci_arttext
18. Arias E, Blanco I. Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas de América Latina. Estudios Sociológicos [Internet]. 2010;185-210. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59820675008>
19. Garciandía Imaz JA. Familia, suicidio y duelo. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2013;43:71-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-familia-suicidio-duelo-S0034745014000109>
20. Ramírez R del PG. Proceso de duelo: meta análisis del enfrentamiento a la muerte suicida desde una perspectiva familiar. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología [Internet]. 2017;17(1):49-64. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/2147/1617>
21. Baños-Chaparro J. Duelo por suicidio: ¿qué sucede después en la familia? Revista de Investigación en Psicología [Internet]. 2022;25(1):159-70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1609-74752022000100159&script=sci_arttext
22. Vargas Solano RE. Duelo y pérdida. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. 2003;20(2):47-52. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152003000200005&script=sci_arttext
23. Grunbaum S, Rodríguez C. Posvención por suicidio con adolescentes. septiembre de 2022;Primera edición:32. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/media/6771/file/Posvenci%C3%B3n%20por%20suicidio%20con%20adolescentes.pdf>
24. Castaño Vergara AP, Quintero Cordero AC, Bedoya Viera JP, Anaya Velilla RD, Silva Teherán SP. La imagen y la narrativa como herramientas para el abordaje psicosocial en escenarios de violencia.

Departamentos Bolívar y Sucre. Municipios de Carmen de Bolívar, Sincelejo y Corozal. 2018; Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/17804/1052081733.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25. Sganzerla GC. Risco de suicídio em adolescentes: Estratégias de prevenção primária no contexto escolar. *Psicol Esc Educ* [Internet]. 2021 [citado 25 de noviembre de 2022];25:e226820. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572021000100332&tlng=pt
26. Socha Rodríguez MA, Hernandez Rincon EH, Guzmán Sabogal YR, Ayala Escudero A, Moreno Gómez M del M. Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes en atención primaria. *archmed* [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 25 de noviembre de 2022];21(1). Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3781>
27. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida I. Evaluación y tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [Internet]. 2011; Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000400018&script=sci_arttext&tlng=pt
28. Pérez VM. Conducta suicida. Protocolo de intervención. *Revista infad de Psicología International Journal of Developmental and Educational Psychology* [Internet]. 2016;2(1):233-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6918396>
29. Echenique Sarratea I. Atención a supervivientes de suicidio. 2022; Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/58480>
30. Moral De la Rubia José, Miaja Ávila Melina. Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer [Internet]. 2015 [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612015000100001
31. Ministerio de salud y proteccion social. Resolucion 3280 de 2018 [Internet]. 2018 [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039995>
32. Alvarez MA. La escuela: Escenario del suicidio. La Posvención: una herramienta después de un suicidio que afecta a la escuela y su comunidad [Internet]. 2018 [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://es.linkedin.com/pulse/la-escuela-escenario-del-suicidio-posvenci%C3%B3n-una-despu%C3%A9s-alvarez>
33. Caricote E, González JE. Efecto Werther y la conducta suicida en la adolescencia / Werther Effect and suicidal behavior in adolescence. 2020;24. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol24n2/art06.pdf>
34. Ruíz VM. Habilidades para la vida: una propuesta de formación humana. *Itinerario Educativo* [Internet]. 12 de junio de 2014 [citado 30 de mayo de 2023];28(63):61-89. Disponible en: <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Itinerario/article/view/1488>
35. Papageno. Prevención del suicidio en el entorno laboral [Internet]. Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio. 2019 [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://papageno.es/prevencion-del-suicidio-en-el-entorno-laboral>

36. Araújo DM. Orientaciones para el Trabajo con Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua [Internet]. Imprenta Nacional de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Orientaciones-grupos-apoyo-ayuda-mutua.pdf>
37. Jiménez LI. Supervivientes al suicidio: Cambios en el ejercicio físico y propuesta para su promoción. 2022; Disponible en:
https://repositori.tecnocampus.cat/bitstream/handle/20.500.12367/1997/7605_Laura_Iglesias_Jimenez_TFG_CAFE_IglesiasJimenez_Laura_Anexo2_31185_1996541339.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Torres Ascensión MM. (des)aparecidos: Visibilización del Suicidio y sus Supervivientes. Universidad de La Laguna, Facultad de Psicología y Logopedia [Internet]. 2020; Disponible en:
[https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19780/\(Des\)aparecidos%20Visibilizacion%20del%20suicidio%20y%20sus%20supervivientes.pdf;jsessionid=545ADF1FCBBD4FD54AF60A8AAFC652E5?sequence=1](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19780/(Des)aparecidos%20Visibilizacion%20del%20suicidio%20y%20sus%20supervivientes.pdf;jsessionid=545ADF1FCBBD4FD54AF60A8AAFC652E5?sequence=1)
39. Riello M, Carbone S. Establecimiento y Mantenimiento de grupos de Apoyo para Personas en Duelo por Suicidio: Herramientas para Facilitadores. Euregenas [Internet]. 2014; Disponible en:
<https://aidatu.org/wp-content/uploads/2018/10/GruposApoyoDueloSicidio.pdf>
40. Cutrer-Párraga EA, Cotton C, Heath MA, Miller EE, Young TA, Wilson SN. Three Sibling Survivors' Perspectives of their Father's Suicide: Implications for Postvention Support. J Child Fam Stud [Internet]. 2022;31(7):1838-58. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9120346/>
41. Jordan JR, McGann V. Clinical work with suicide loss survivors: Implications of the U.S. postvention guidelines. Death Stud [Internet]. 2017;41(10):659-72. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28557576/>
42. Rocha PG, Lima DMA. Suicidio: peculiaridades del luto de las familias sobrevivientes y la actuación del psicólogo. Psicología Clínica [Internet]. agosto de 2019 [citado 31 de mayo de 2023];31(2):323-44. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652019000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
43. Garcia Bonilla JF, Muñoz Segura MC. Visibilización de las capacidades resilientes de supervivientes del suicidio en los distintos sistemas amplios. 29 de junio de 2021 [citado 31 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/34678>
44. Echeverría CC, Vargas AM. El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: Los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica. Anuario de Estudios Centroamericanos. 2017;
45. Ormazá JG, Gabilondo Cuéllar A, Jara Segura AB, Muela Aparicio A. Estrategia de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo [Internet]. 2022. Disponible en:
https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_estrategiasuicidioedu/es_def/Estrategia-de-Prevencion-Intervencion-y-Posvencion-de-la-Conducta-Suicida-en-el-Ambito-Educativo_2022.pdf

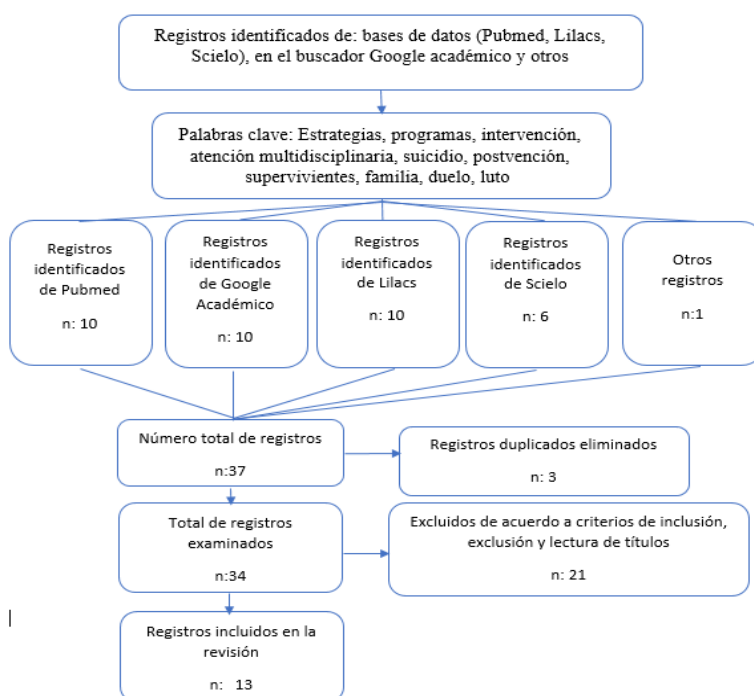
46. Instituto Tecnológico de Sonora. Itson| Factores de Riesgo y Factores Protectores para el Suicidio | Factores de Riesgo, Precipitantes y de Protección [Internet]. [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa9/suicidio/y6.htm>
47. Conducta suicida - Trastornos de la salud mental [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>

ANEXOS

Anexo 1: Fuente propia. Cuadro con distribución de municipios por subregión del departamento de Antioquia, seleccionados para el estudio con mayores tasas de suicidio consumado en el año 2021

SUBREGIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	MUNICIPIOS SELECCIONADOS PARA PARTICIPAR EN LÍNEA DE BASE SOBRE INTERVENCIONES EN POSTVENCIÓN
Bajo Cauca	El Bagre
Magdalena M	Puerto Triunfo
Nordeste	San Roque
	Yolombó
Norte	Briceño
	Campamento
Occidente	Giraldo
	Olaya
Suroeste	Andes
	Hispania
Urabá	Chigorodó

Anexo 2. Fuente propia. Búsqueda bibliografía de estrategias y programas de intervención existentes en el ámbito de la postvención.



Anexo 3. Fuente propia. Cuadro de análisis para priorización de acciones de suicidios consumados, dirigido al Comité de Salud Mental.

Comunidad o sector a intervenir por su grado de vulnerabilidad	Factores de Riesgo Identificados	Factores Protectores Identificados	Efectos generados	Acciones a desarrollar
Representaciones sociales y efectos primarios generados en la comunidad en general				