



## SUICIDIOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA: UN ACERCAMIENTO A UNA PROBLEMÁTICA INVISIBLE

[www.defensoria.gov.co](http://www.defensoria.gov.co)



**Defensoría  
del Pueblo**  
COLOMBIA

#NosUnenTusDerechos

# SUICIDIOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA: UN ACERCAMIENTO A UNA PROBLEMÁTICA INVISIBLE

• • •

2024

Defensoría del Pueblo



Defensoría  
del Pueblo  
COLOMBIA

#NosUnenTusDerechos



#NosUnenTusDerechos

© Defensoría del Pueblo, 2024

Obra de distribución gratuita.

El presente texto se puede reproducir, fotocopiar o replicar, total o parcialmente, citando la fuente.

Colombia. Defensoría del Pueblo. Suicidios de niñas, niños y adolescentes en Colombia: un acercamiento a una problemática invisible

Páginas: 92

Bogotá, D. C., 2024.

Calle 55 N°10-32 – Sede nacional

Apartado aéreo: 24299 – Bogotá, D. C.

Código postal: 110231

PBX: (601) 314 7300 – (601) 314 4000

<https://www.defensoria.gov.co/>

JULIO LUIS BALANTA MINA

**Defensor del Pueblo**

ROBINSON DE JESÚS CHAVERRA TIPTON

**Vicedefensor del Pueblo**

OSCAR JULIÁN VALENCIA

**Secretario General**

NELSON FELIPE VIVES CALLE

**Secretario Privado**

VANESA MARTÍNEZ TOBÓN

**Delegada para la Infancia, la Juventud y la Vejez**

LEONARDO HUERTA

**Delegado para el Derecho a la Salud y la Protección Social**

KAREN LOBO PEDRAZA

**Directora Nacional de Promoción y Divulgación de los Derechos Humanos**  
**Secretaria Técnica del Comité Editorial**

ANA MARÍA SÁNCHEZ GUEVARA

**Coordinación y edición general**

**Asesora del Despacho del Defensor del Pueblo**

**Autoras y autor**

Aneg Daniella Castro Córdoba

Marcela Salas

Camila Andrea Duque Pulido

Daniela Blanco

Nicolás Yaneth

**Asesoras y asesor Delegada para la Infancia, la Juventud y la Vejez**

Juliana Andrea Álvarez Castro

**Asesora Delegada para el Derecho a la Salud y la Protección Social**

LUISA TÉLLEZ

**Diseño y diagramación**

Alejandra Restrepo Franco

**Corrección de estilo**

**Fotografías**

Banco de fotos de la Defensoría del Pueblo

**Impresión**

Impreso en Colombia

Este documento debe citarse así: Defensoría del Pueblo (2024). Suicidios de niñas, niños y adolescentes en Colombia: un acercamiento a una problemática invisible.

...

# **SUICIDIOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA: UN ACERCAMIENTO A UNA PROBLEMÁTICA INVISIBLE**

• • •

2024

**Defensoría del Pueblo**

**Si usted o alguien que conoce se encuentra con sentimientos de desesperanza y pensamientos de no querer vivir, puede solicitar teleorientación en salud mental a través de la Línea de Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social a en el siguiente enlace:**

**<https://outlook.office365.com/book/CalendarioLineadeAtencionMental@minsalud.gov.co/> o puede contactar a la línea nacional 106**

# CONTENIDO

<b>Presentación .....</b>	<b>9</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>10</b>
<b>1. La salud mental como elemento esencial del derecho a la salud.....</b>	<b>13</b>
1.1 La salud mental como parte del derecho a la salud .....	14
1.2 La salud mental con enfoques diferenciales: género, étnico y etario.....	15
1.2.1 Desde la perspectiva de género .....	15
1.2.2 Desde un enfoque étnico .....	16
1.2.3 Desde un enfoque etario: la salud mental en la infancia y la adolescencia .....	17
<b>2. Marco normativo de la salud mental para niñas, niños y adolescentes en Colombia .....</b>	<b>19</b>
2.1 Normas que reconocen y protegen el derecho a la salud mental de niñas, niños y adolescentes .....	19
2.2. Política pública sobre salud mental de niñas, niños y adolescentes y prevención de conductas suicidas.....	20
2.2.1 Política Nacional de Salud Mental.....	20
2.2.2 CONPES 3992: estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia.....	21
2.2.3 Estrategia nacional para la prevención de la conducta suicida en Colombia.....	27
2.2.4 Protocolo de vigilancia de intento de suicidio del Instituto Nacional de Salud.....	27
<b>3. Panorama general de conductas suicidas de niñas, niños y adolescentes en Colombia .....</b>	<b>29</b>
3.1 Ideación y planeación de suicidios por parte de niñas, niños y adolescentes.....	29
3.2 Intentos de suicidio en la niñez y adolescencia .....	30
3.2.1 Intentos de suicidio según el sexo.....	31
3.2.2 Intentos de suicidio según el rango de edad .....	32

3.2.3 Intentos de suicidio según estrato socioeconómico.....	32
3.2.4 Intentos de suicidio según pertenencia étnica .....	33
3.2.5 Intentos de suicidio según la entidad territorial.....	34
3.3 Cifras generales de suicidios de niñas, niños y adolescentes en Colombia.....	36
3.3.1 Cifras de suicidios por sexo .....	37
3.3.2 Cifras de suicidios por variable de grupo de edad.....	39
<b>4. Acercamiento a varias de las posibles causas de suicidio de niñas, niños y adolescentes.....</b>	<b>48</b>
4.1 Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y adolescentes.....	48
4.2 Posibles causas de suicidios en niñas, niños y adolescentes.....	52
4.2.1 Los trastornos mentales principal causa de suicidios en niñas, niños y adolescentes.....	54
4.2.2. El desamor y los conflictos con la pareja o expareja como causa y la inteligencia emocional como factor protector.....	57
4.2.3 Acoso escolar y bullying.....	59
4.2.4 Suicidios de niñas, niños y adolescentes pertenecientes a poblaciones étnicas .....	63
4.2.5 La orientación sexual e identidad de género diversas como posible causa de suicidios en menores de edad .....	66
<b>5. Principales hallazgos frente a la actuación institucional .....</b>	<b>70</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>75</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>78</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>82</b>
<b>Anexo: líneas de atención y orientación en el país.....</b>	<b>91</b>

## TABLA DE CONTENIDO DE ILUSTRACIONES

<b>Ilustración 1.</b> Actores estatales que intervienen en la prevención y atención de la salud mental de niñas, niños y adolescentes.....	22
<b>Ilustración 2.</b> Número de especialistas en psiquiatría pediátrica en el ámbito nacional.....	52
<b>Ilustración 3.</b> Categorías de violencia en los reportes según las situaciones tipo II y tipo III.....	59

## TABLA DE CONTENIDO DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Estrategias, líneas de acciones y responsables según el CONPES.....	24
<b>Tabla 2, 3, 4 y 5.</b> Intentos e ideaciones suicidas de NNA y jóvenes con OSIGD.....	67

## TABLA DE CONTENIDO DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Número de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes en Colombia.....	30
<b>Figura 2.</b> Porcentaje de intentos de suicidios en niñas, niños y adolescentes en Colombia, según sexo y año de ocurrencia.....	31
<b>Figura 3.</b> Número de intentos de suicidios en niñas, niños y adolescentes en Colombia, según rango de edad.....	32
<b>Figura 4.</b> Número de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes en Colombia, según estrato socioeconómico.....	33

<b>Figura 5.</b> Número de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes, según pertenencia étnica.....	34
<b>Figura 6.</b> Número de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes, según entidad territorial, en 2022 y 2023 .....	34
<b>Figura 7.</b> Porcentaje de variación porcentual de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes, según entidad territorial .....	35
<b>Figura 8.</b> Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, según año de ocurrencia, según el DANE	36
<b>Figura 9.</b> Número de lesiones fatales por suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, según año de ocurrencia, según el INMLCF .....	37
<b>Figura 10.</b> Porcentaje de suicidios según sexo y año de ocurrencia según el DANE.....	38
<b>Figura 11.</b> Porcentaje de lesiones fatales por suicidios por sexo y año de ocurrencia, según el INMLCF .....	39
<b>Figura 12.</b> Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, por rango de edad según el DANE. ....	40
<b>Figura 13.</b> Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, por rango de edad, según el INMLCF .....	41
<b>Figura 14.</b> Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, según entidad territorial de residencia, según el DANE .....	42
<b>Figura 15.</b> Número de suicidios en niñas, niños y adolescentes por entidad territorial, en 2022 y 2023, según el INMLCF .....	42
<b>Figura 16.</b> Tasa de mortalidad de suicidios por cada 100 000 niñas, niños y adolescentes, según la entidad territorial .....	43
<b>Figura 17.</b> Porcentaje de suicidios en niñas, niños y adolescentes en Colombia, según zona del hecho, en 2022.....	44
<b>Figura 18.</b> Porcentaje de suicidios en niñas, niños y adolescentes en Colombia, según zona del hecho, en 2023.....	45
<b>Figura 19.</b> Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, según pertenencia étnica DANE.....	46
<b>Figura 20.</b> Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, según ancestro raizal del INMLCF.....	47
<b>Figura 21.</b> Causas de suicidios de NNA según el INMLCF en los años 20223 y 2023 .....	53
<b>Figura 22.</b> Intentos de suicidio de niñas, niños y adolescentes que han estado en centros psiquiátricos entre 2019 y 2023.....	55
<b>Figura 23.</b> Efectos del bullying en niñas, niños y adolescentes...	60

# PRESENTACIÓN

Según el Instituto Nacional de Salud, entre 2019 y 2023, más de 51 000 niñas, niños y adolescentes intentaron suicidarse. Esta cifra, además de alarmante, evidencia la existencia de factores de riesgo, causas y contextos particulares donde la acción estatal se ha quedado corta.

La Convención Internacional de los Derechos del Niño y nuestra Constitución Política reconocen el interés superior de la niñez como el pilar máximo de protección y garantía de los derechos de la infancia. Sin embargo, la realidad que nos muestran las cifras de intentos de suicidio se aleja del cumplimiento de ese principio fundamental.

Precisamente, en cumplimiento de sus competencias legales y constitucionales, la Defensoría del Pueblo, a través de las delegadas para la Infancia, la Juventud y la Vejez, y para el Derecho a la Salud y la Protección Social, han adelantado la presente investigación dada la importancia del tema, el silencio a su alrededor y las repercusiones que la baja garantía del derecho a la salud mental en la infancia y la adolescencia tiene en la vida de esta población que, además, goza de especial protección constitucional.

El objetivo de esta investigación es visibilizar la dimensión de esta problemática a través del análisis de la información oficial disponible, las posibles causas de las conductas suicidas, así como el nivel de gestión y de cumplimiento de las autoridades involucradas en la protección y garantía del derecho a la salud mental de esta población.

Para cumplir con dicho objetivo, el presente documento se divide en cinco apartados. El primero de ellos establece el marco conceptual del derecho a la salud, particularmente de la salud mental; el segundo capítulo identifica el marco normativo, la política pública dirigida a la salud mental de la infancia y los actores que intervienen en ella; el tercer capítulo establece el panorama nacional de intentos y suicidios en cifras en los últimos 5 años, con énfasis en el análisis de 2022 y 2023, en los departamentos con mayores tasas de suicidios y las diferencias encontradas por sexo, grupo etario y pertenencia a una etnia, entre otros criterios; el cuarto capítulo evidencia el cruce entre las cifras oficiales de suicidios por años y las posibles causas priorizadas por la Defensoría, según la información obtenida del análisis realizado.

Finalmente, el quinto capítulo identifica la gestión de las autoridades en la prevención de intentos y suicidios consumados, lo que permitió elaborar recomendaciones puntuales dirigidas a mejorar la atención que se brinda a las niñas, niños y adolescentes y a sus familias, así como las medidas de prevención de la consumación de eventos suicidas.

Esperamos que la información analizada que integra este documento obtenga un lugar prioritario en la agenda pública y logre visibilizar las falencias que han persistido por años en la atención de la salud mental de niñas niños y adolescentes.

Julio Luis Balanta Mina  
**Defensor del Pueblo de Colombia**

# METODOLOGÍA

La metodología empleada en la elaboración del presente informe sobre suicidios de niñas, niños y adolescentes en Colombia fue mixta; se partió del uso de técnicas estadísticas para el análisis de datos (análisis cuantitativo) y el análisis de la información proporcionada por esos datos, en conjunción con otras fuentes primarias y secundarias (análisis cualitativo). Lo anterior, con el objetivo de obtener datos, contrastarlos, identificar posibles causas y factores de riesgo asociados a casos de ideación, intento de suicidio y suicidio consumado, así como evaluar la efectividad de las políticas y programas existentes de prevención y atención.

La presente investigación implicó la recolección y análisis de datos a partir de diversas fuentes: i) la revisión de la literatura relacionada a la problemática, ii) respuestas de autoridades nacionales y locales a las solicitudes de información realizadas por la Defensoría del Pueblo; iii) entrevistas focalizadas a diferentes actores públicos y privados, incluidas organizaciones sociales relativas a la protección de los derechos de la infancia y la adolescencia e iv) información recopilada a través de las defensorías regionales.

Las solicitudes de información se enviaron a diversas autoridades nacionales y locales. Entre las instituciones consultadas están los Ministerios de Salud y Protección Social y

de Educación, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, El Instituto Nacional de Salud y las secretarías de salud de los departamentos focalizados.

Para la aplicación de los instrumentos de recolección de información se seleccionaron los departamentos con mayor tasa de suicidio de niñas, niños y adolescentes de 2022 (Guaviare, Boyacá, Meta, Vaupés, Quindío) y 2023 (Putumayo, Guainía, Guaviare, Vaupés, Casanare). También se seleccionaron las ciudades en donde se informó mayor cantidad de casos de suicidios consumados (Medellín, Bogotá, Cali). Lo anterior tras el análisis de los datos obtenidos a través de fuentes oficiales como el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Por otra parte, se realizaron entrevistas semiestructuradas a organizaciones sociales, personal de hospitales psiquiátricos y defensorías de familia; estos actores tienen un conocimiento directo y profundo sobre diferentes aspectos relacionados con el tema. El personal de salud entrevistado hace parte del Hospital Psiquiátrico del Valle, el Hospital Mental de Antioquia María

Upegui y la Clínica Montserrat en Bogotá, respectivamente; esas instituciones de salud cuentan con un pabellón de psiquiatría pediátrica.

También se buscó realizar entrevistas a defensores y defensoras de familia ubicados en los diez departamentos focalizados. Desafortunadamente, solo fue posible llevar a cabo una, en los territorios donde se solicitó dicho espacio.

El personal de los centros psiquiátricos cuenta con experiencia en evaluación y tratamiento de salud mental y ofrece perspectivas clave sobre la detección temprana de problemas y la intervención adecuada, además de dar su concepto frente a las falencias y los aciertos del sistema de salud. Por su parte, las defensorías de familia están involucradas en la protección de derechos de la infancia y adolescencia y pueden aportar datos sobre situaciones y dinámicas familiares, donde se requiera de atención especializada.

Asimismo, varias organizaciones sociales también brindaron información valiosa sobre las posibles causas y factores de riesgo sociales, apoyos disponibles y barreras para acceder a la atención en salud mental; trabajan de cerca con comunidades vulnerables. Entre las organizaciones sociales están la Alianza para la Niñez, la Comisión Nacional de política pública del Colegio Colombiano de Psicólogos, Colombia Diversa, Caribe Afirmativo y la Fundación Sergio Urrego. Todas estas organizaciones son expertas en sus respectivos temas: las dos primeras en temas de *bullying* y acoso escolar y las tres últimas en personas con orientación sexual e identidad de género diversas (OSIGD).

Por último, se realizó una transferencia de instrumentos de recolección de información sobre acoso escolar y salud mental a los asesores regionales de las 42 defensorías regionales. Esta transferencia incluyó una encuesta detallada y un taller diseñado para profundizar en estos temas con el fin de enriquecer el proceso de recopilación de datos.

El objetivo de esta recopilación de información fue analizar de manera más precisa y comprensiva los factores relacionados con el acoso escolar y la salud mental, y proporcionar un aporte significativo a la identificación de esta relación y de este modo dar las recomendaciones necesarias a los involucrados. Finalmente, se escogió el marco temporal de 5 años para el análisis de la información; la pandemia generada por el COVID-19 sufrida en el mundo generó un impacto en la salud mental de todas las personas, particularmente en niñas, niños y adolescentes.



# I. LA SALUD MENTAL COMO ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO A LA SALUD

---

En los últimos años, en el mundo se ha presentado un cambio cultural hacia una mayor conciencia y desestigmatización respecto de los asuntos relacionados con la salud mental. Campañas de sensibilización y educación pública han ganado terreno y profesionales en psicología y medicina han logrado mayor visibilidad y relevancia a la luz pública (Stimulus, S.f).

Adicionalmente, la pandemia por el COVID-19 agravó las problemáticas ya existentes; factores como el aislamiento social, el temor a la infección, la inseguridad laboral y las dificultades económicas, la sobreexposición a noticias e información y una incertidumbre generalizada sobre el futuro, hicieron saltar las alarmas. Solo hasta varios años después de pasada la pandemia se han podido proyectar los impactos reales y a largo plazo, sobre todas las esferas de la sociedad y de la vida como la conocemos (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Esto incluye, por supuesto, el impacto en la salud mental de todos y todas.

Las afectaciones en la salud mental pueden tener graves consecuencias para la calidad de vida de las personas, no solamente en términos de productividad y de la contribución a la sociedad, sino en la manera de relacionarse consigo y con su entorno. Por ejemplo, los

trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad son los diagnósticos más prevalentes en la población mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 3,8 por ciento de la población experimenta depresión, incluido el 5 por ciento de los adultos (Organización Mundial de la Salud, 2023<sup>a</sup>); sin embargo, el subregistro puede ser mayor, debido a que muchas otras personas no son conscientes de que lo padecen. Esto es tan notorio que en diferentes espacios públicos se ha llegado a hablar de una nueva clase de “pandemia” emergente (Instituto de Salud Global, 2021). Las consecuencias de estos trastornos en términos de pérdida de salud son enormes y, entre ellas, resalta una problemática particular: la depresión como factor principal de las defunciones por suicidio.

En todo caso, el acto de suicidio o suicidio consumado es apenas la fase final, el resultado de una serie de pasos que la persona que ha tomado la decisión tuvo que atravesar para llegar a cometerlo; hace parte de un fenómeno más complejo denominado comportamiento o conducta suicida.

Esta conducta suicida es un proceso progresivo que inicia con pensamientos e ideas suicidas, seguido de su planeación, uno o múltiples intentos con aumento en la letalidad, y

que puede culminar en el suicidio. Se trata de un síntoma, malestar o trastorno emocional o mental y no como un diagnóstico en sí mismo; por ello, es necesario revisar la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales, así como otras circunstancias psicosociales que estén interviniendo.<sup>1</sup> Lo anterior se categoriza en cuatro etapas:

1. **Ideación suicida:** incluye pensamientos, fantasías o deseos relacionados con la muerte o el deseo de morir, pueden ser internos o manifestarse a través de amenazas verbales o escritas.

2. **Planificación suicida:** implica la elaboración de un plan detallado, incluye métodos, lugares y momentos, preparación de la despedida y aumenta el riesgo de intento.

3. **Intento de suicidio:** se define como una conducta autolesiva intencional no fatal, con evidencia de la intención de provocar la muerte.

4. **Suicidio consumado:** resulta en la muerte mediante cualquier método, con evidencia explícita o implícita de autoinfligirse la muerte con la intención de hacerlo.<sup>2</sup>

Es importante señalar que, como se explicará más adelante en este documento, el suicidio es una problemática que no puede abordarse de manera lineal; es decir, aducir que existe una causa exclusiva o un solo factor de riesgo sería minimizar las proporciones y alcances que debe ser analizada desde diferentes aristas. Por el contrario, es necesario que quienes

estudian este fenómeno o tengan competencias para prevenir que se concrete, reconozcan la confluencia de múltiples factores de riesgo en el entorno de niñas, niños y adolescentes (NNA) que cometen el acto.

Existen diversos factores de riesgo asociados a la conducta suicida. En el capítulo 4 se profundizará más sobre este tema y sobre las posibles causas de suicidios de niñas, niños y adolescentes que pueden entrelazarse y, por ende, presentarse de manera simultánea.

### *1.1 La salud mental como parte del derecho a la salud*

Independientemente de la edad, género, condición socioeconómica u origen étnico, la salud es un derecho vital para las personas y por ello no se puede hablar de bienestar sin hablar en términos de salud, como manifiesta la ONU. El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y se hace indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental es:

Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras

<sup>1</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10] y Manual Diagnóstico y Estadístico [DSM-5], tomada por el Ministerio de Salud y Protección Social, [Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a].

<sup>2</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10] y Manual Diagnóstico y Estadístico [DSM-5], tomada por el Ministerio de Salud y Protección Social, [Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a].

capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Esta inclusión de la esfera mental como intrínseca al derecho a la salud implica que sus garantías deben ser abordadas con el mismo respeto y consideración que las de las condiciones físicas, lo que significa que, negar o descuidar la salud mental, puede constituir una violación de los derechos fundamentales de una persona. De ahí que abogar por la salud mental, no solo promueve el bienestar individual, sino que también contribuye al desarrollo saludable y equitativo de las comunidades (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2023b).

El derecho a la salud mental, entonces, hace parte del derecho fundamental a la salud y a la vez constituye un derecho humano en sí mismo; forma parte del derecho de todas las personas a una salud integral. No hay derecho a la salud si la salud mental no está cubierta, lo cual supone garantizar a la población una atención adecuada en este campo y apunta a ese nivel de bienestar más elevado (Amnistía Internacional, 2023).

## *1.2 La salud mental con enfoques diferenciales: género, étnico y etario*

A pesar de que la titularidad de los derechos a la salud y a la salud mental abarca a todas las personas sin discriminación alguna, el ejercicio del derecho tiene características diferentes y un impacto diferenciado según el titular del derecho, como se verá a continuación.

### **1.2.1 Desde la perspectiva de género**

Según la OMS citada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México:

(...) el género determina de manera fundamental la salud mental y también las enfermedades mentales. Por lo tanto, la salud mental constituye un problema en sí mismo cuando en la misma proporción es estigmatizada, descrita y explicada a partir de roles culturales fijos donde existen responsabilidades y oportunidades específicas para cada sexo (Suprema Corte de Justicia de la Nación de México, 2022).

Las necesidades en materia de salud mental son diferentes cuando se considera que pueden existir mayores riesgos de cierto tipo, asociados a su condición de género. Por ejemplo, que es mayor el riesgo de depresión, ansiedad y conducta suicida en mujeres, mientras que el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio consumado es mayor para los hombres (Organización Panamericana de la Salud, 2023; Barroso Martínez, 2019).

Al analizar la salud mental desde la perspectiva de género, se evidencia la necesidad de tener en cuenta algunas condiciones asociadas a las identidades de género y orientaciones de género diversas; en este caso, la discriminación y la estigmatización, que son factores de riesgo para la aparición de la depresión, ansiedad, el consumo de sustancias psicoactivas e, igualmente, de la conducta suicida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Es claro, entonces, que diversos factores pueden impactar de manera diferente la salud de hombres y mujeres, y tener consecuencias graves para los titulares del derecho, según el género u orientación sexual que ostenten.

## 1.2.2 Desde un enfoque étnico

La cosmovisión propia de los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes, rom y raizales, sus creencias, usos y costumbres hacen que la comprensión y ejercicio de sus derechos, particularmente del derecho a la salud mental, tenga unas características diferentes al de otras poblaciones.

En la esfera de la salud mental se pueden identificar puntos comunes que refieren a la conexión armónica del individuo con la espiritualidad, expresado en el cumplimiento y respeto por la Ley de Origen<sup>3</sup> y en la relación directa y armónica con el entorno: (territorio, ríos, selva, el universo, los cuatro elementos y la comunidad) que se refleja en la fortaleza del pensamiento y del cuerpo físico. De allí sur-

gen conceptos como el de Armonía Espiritual y del Pensamiento de los Pueblos y Comunidades Indígenas (AEPPCI) para referirse a la salud mental, los cuales se han venido integrado con ese entendimiento a los programas de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En Colombia, los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes se han visto gravemente afectados en sus estructuras sociales y en el ejercicio de su identidad cultural por el conflicto armado, el desplazamiento forzado o los confinamientos, las dificultades en la aplicación de los programas del Estado, las explotaciones minero-energéticas y las condiciones extremas de pobreza, entre otros. Todo ello dificulta la generación de alternativas apropiadas a los problemas de la vida cotidiana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Este contexto, aunado a la falta de autonomía organizativa y a la pérdida de significado y sentido cultural que también afecta los espacios familiares, generan una vulnerabilidad mayor en los integrantes de la comunidad. Por ello, las acciones efectivas que se realicen en salud mental deberán partir del reconocimiento de estos elementos y su expresión como factores de riesgo en cada individuo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

---

<sup>3</sup> Ley de Origen se define como la raíz de la sabiduría y el conocimiento ancestral para el manejo de todo lo material y espiritual. Su cumplimiento garantiza el equilibrio y la armonía de la naturaleza y el orden y la permanencia de la vida del universo y de los seres humanos, como guardianes de la naturaleza regulador de las relaciones entre los seres vivientes, desde las piedras hasta el ser humano, en la perspectiva de la unidad y la convivencia en los territorios ancestrales [Ministerio de Salud y Protección Social, 2019].

### 1.2.3 Desde un enfoque etario: la salud mental en la infancia y la adolescencia

Cada etapa del curso de vida también juega un papel fundamental a la hora de abordar la salud mental de las personas. Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo de hábitos sociales y emocionales importantes para el balance y el bienestar mental, como la higiene del sueño, el ejercicio regular, la adquisición de habilidades socioemocionales para establecer y mantener relaciones interpersonales, hacer frente a situaciones difíciles y resolver problemas y la gestión emocional. Entornos como la familia, la escuela y la comunidad en general deben brindar las herramientas para que el niño, niña o adolescente pueda hacerlo favorablemente (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades del Gobierno de Estados Unidos, CDC:

**Los trastornos mentales en los niños se describen como cambios serios en su forma habitual de aprender, comportarse o manejar las emociones, lo cual causa angustia y problemas en las actividades diarias.** Ocasionalmente, muchos niños presentan temores y preocupaciones o muestran comportamientos disruptivos. Si los síntomas son serios y persisten e interfieren con las actividades en la escuela, la casa y al jugar, puede que al niño le diagnostiquen un trastorno mental.

Tener salud mental no es simplemente la ausencia de un trastorno mental. Los niños que no tienen un trastorno mental podrían diferenciarse en cuán bien se encuentran, y los niños con el mismo trastorno mental

diagnosticado podrían mostrar fortalezas y debilidades diferentes en la forma en que se desarrollan y sobrellevan las situaciones, y tener una calidad de vida diferente. **Considerar la salud mental como un proceso continuo y la identificación de trastornos mentales específicos son maneras de entender cuán bien se encuentran los niños** (CDC, 2023). (negritas fuera de texto)

La carencia de un ambiente protector y la exposición a factores de riesgo como la pobreza, la presión social o la violencia pueden hacerlos más propensos a problemas de salud mental.

Por ello, es fundamental que el principio del interés superior de la infancia se materialice en medidas de garantía del derecho a la salud mental desde edades tempranas; es tan importante como la salud física, especialmente en una población que es más susceptible de sufrir afectaciones que se pueden manifestar a lo largo de su vida.

Finalmente, es importante señalar que la Declaración de los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño reconocen “el derecho al goce pleno de salud y seguridad social y el acceso la prestación de la asistencia médica, la atención sanitaria y demás servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”.



## 2. MARCO NORMATIVO DE LA SALUD MENTAL PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA

---

En el presente capítulo se expondrá de manera concreta, las normas nacionales que integran el marco normativo que reconoce y garantiza el derecho a la salud mental de niñas, niños y adolescentes y, además, la política pública encargada de prevenir la presencia de enfermedades y trastornos, así como la atención que deben prestar las entidades del sistema de salud, encargadas de atender esos casos.

La importancia de analizar la política pública en salud mental radica en que entre las posibles causas del suicidio de NNA, las enfermedades y trastornos mentales ocupan el primer lugar en el país.

### *2.1 Normas que reconocen y protegen el derecho a la salud mental de niñas, niños y adolescentes*

En Colombia, la Ley 1616 de 2013 garantizó el derecho a la salud mental de la población y priorizó a niñas, niños y adolescentes. El fundamento principal de esta Ley es el artículo 49 de la Constitución Política, que reconoce

el derecho a la salud para todas las personas que se encuentran en el territorio nacional. Según esta Ley:

La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad<sup>4</sup>.

Así, especifica que es obligación del Estado no solo la promoción del derecho, sino la prevención de trastornos mentales y la atención integral que incluye el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en esta materia.

En cuanto a niñas, niños y adolescentes, la norma establece que las acciones de promoción incluyen todos los ciclos de vida<sup>5</sup> y que:

Las modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental incluyen un hospital de día para niños, niñas y adolescentes.<sup>6</sup> Asimismo, de manera ex-

---

<sup>4</sup> Artículo 3 de la Ley 1616 de 2013.

<sup>5</sup> Artículo 8 de la Ley 1616 de 2013.

<sup>6</sup> Artículo 13 de la Ley 1616 de 2013.

presa menciona quiénes deben disponer de servicios integrales de salud mental con modalidades específicas para niños, niñas y adolescentes, y que estos deben garantizar la atención “oportuna, suficiente, continua, pertinente”.<sup>7</sup>

Por otra parte, además de esta ley, la Resolución 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social establece, para toda la población, que el Plan Obligatorio de Salud (POS) cubre la atención de urgencias de pacientes con trastornos o enfermedades mentales,<sup>8</sup> su internación “durante la fase aguda de la enfermedad o en caso de que la misma ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad”<sup>9</sup>.

La misma resolución señala la cobertura del POS de niñas, niños y adolescentes en casos de trastornos o enfermedades mentales que se puedan llegar a presentar.<sup>10</sup> Además, esta norma señala expresamente que las personas que al interior de esta población padezcan trastornos o enfermedades mentales, sin perjuicio del criterio del profesional tratante, serán atendidos de manera preferencial en el programa de internación parcial u hospital de día.<sup>11</sup>

## *2.2. Política pública sobre salud mental de niñas, niños y adolescentes y prevención de conductas suicidas*

### **2.2.1 Política Nacional de Salud Mental**

La Política Nacional de Salud Mental (2018 – 2022) tiene como objetivo principal promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas para su desarrollo integral, así como la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b). En esta política se establece que los NNA serán tenidos como prioridad para su implementación, al igual que otros sujetos de especial protección.

En dicha política se abordan afectaciones en salud mental, que se centran en la conducta suicida y propone enfoques como el desarrollo basado en derechos humanos, curso de vida, enfoques de género, diferencial, poblacional-territorial y psicosocial. Los principios rectores de esta política incluyen la salud mental como parte integral del derecho a la salud, el abordaje intercultural y la participación social.

Esta política establece cinco ejes principales: i) la promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos, ii) la prevención de problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales, iii) la atención integral de los problemas

<sup>7</sup> Según el artículo 25 de la Ley, Los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios deberán disponer de servicios integrales en salud mental con modalidades específicas de atención para niños, niñas y adolescentes garantizando la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental en los términos previstos en la presente ley y sus reglamentos.

<sup>8</sup> Artículo 64 de la Resolución 5521 de 2013

<sup>9</sup> Artículo 67 de la Resolución 5521 de 2013.

<sup>10</sup> Al respecto, ver el título IV de la Resolución 5521 de 2013.

<sup>11</sup> Ver artículos 91, 93, 106, 108, 121 y 123 de la Resolución 5521 de 2013.

y trastornos mentales, iv) la rehabilitación e inclusión social y v) la gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial. Asimismo, enfatiza en el monitoreo y evaluación mediante la metodología de la *Guía del Ministerio de Salud y Protección Social y la inclusión en el Observatorio Nacional de Salud Mental* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

Dentro de la estrategia de generación y fortalecimiento de entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables, se establece la necesidad de promover el involucramiento parental en la vida y cotidianidad de los hijos e hijas, a través del “diálogo y la concertación permanente con fines de acompañamiento, apoyo, control y supervisión de las actividades de los niños, niñas y adolescentes” y la “construcción de afecto y confianza, vínculos y relaciones, en un ambiente de respeto y libertad” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

### **2.2.2 CONPES 3992: estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia**

El documento CONPES 3992 del 14 de abril de 2020, mediante el cual se establece la “estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia”, se crea por la necesidad de revertir las causas del deterioro de la salud mental, que se relacionan con tres problemáticas:

la baja coordinación intersectorial en temas de salud mental, las barreras en los entornos que no promueven la salud y las limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales.

Al respecto, el diagnóstico emitido por el CONPES 3992 señala el siguiente panorama:

En los últimos 20 años la población colombiana ha presentado un deterioro de la salud mental, evidenciado en el aumento de problemas y trastornos mentales. Con respecto a trastornos se encuentra que: (i) 10,25 % de las personas en el 2017 padecía de un trastorno mental, y (ii) los trastornos mentales se posicionan entre las 20 primeras causas de AVAD entre 2008 y 2018 (Consejo Nacional De Política Económica, 2020).

El CONPES también establece que las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) han contribuido a esta crisis, con altos índices de violencia interpersonal y un significativo porcentaje de abuso o dependencia de sustancias ilícitas (Consejo Nacional De Política Económica, 2020).

En virtud de lo anterior, el objetivo general del CONPES es:

Promover la salud mental de la población colombiana a través del fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, el incremento de la coordinación intersectorial y el mejoramiento de la atención en salud mental, con el fin de reducir la incidencia de problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las víctimas de violencias. (Consejo Nacional De Política Económica, 2020).

Los objetivos específicos del documento detallan las acciones para lograr ese objetivo general. Estos incluyen aumentar la coordinación intersectorial para implementar eficazmente la promoción, prevención, aten-

ción integral e inclusión social. Además, se busca fortalecer los entornos y competencias socioemocionales de la población y se pretende mejorar la atención en salud mental y la inclusión social para prevenir problemas mentales, consumo de SPA y violencias (Consejo Nacional De Política Económica, 2020).

donde se generan acciones para la implementación de acciones de prevención y atención en el marco de la salud mental. La figura 1 da cuenta de los diferentes actores que intervienen en los espacios institucionales y que tienen competencias relacionadas con la prevención y atención de la salud mental de niñas, niños y adolescentes.

Ahora bien, la Política Pública de Salud Mental establece los actores estatales que en todos los niveles confluyen en espacios de reunión,

**Ilustración 1.** Actores estatales que intervienen en la prevención y atención de la salud mental de niñas, niños y adolescentes



Fuente: documento CONPES 3992 de 14 de abril de 2020

De acuerdo con lo anterior, a continuación, se relacionan algunas de las estrategias y líneas de acción específicas para la infancia y la adolescencia. Se advierte que, en principio, cada una de ellas, de acuerdo con los enfoques es-

tablecidos, deben tener en cuenta el enfoque de curso de vida. Asimismo, se señalan las autoridades responsables de acuerdo con lo establecido en la Política Pública de Salud Mental del CONPES.



**Tabla 1.** Estrategias, líneas de acciones y responsables según el CONPES

Estrategia	Línea de Acción	Entidad	Acción
Estrategia para la coordinación intersectorial en temas de salud mental	Línea de acción 1: Construcción de una agenda y un plan de acción para la implementación de la política de salud mental	El Ministerio de Salud y Protección Social	Crearé el comité técnico interinstitucional de salud mental para consolidar una agenda única con orientaciones para la salud mental, la epilepsia, el consumo de SPA y las víctimas de violencias. Dicho comité articulará los sectores competentes y contará con representantes de la comunidad y de los grupos de interés.
			Un instrumento que permita articular agendas de diferentes sectores con el plan de acción del comité técnico interinstitucional de salud mental en cada vigencia, con el fin de coordinar las agendas y los planes de acción de los diferentes espacios [sistemas, comisión y comités] que inciden en salud mental.
			Crearé e implementaré una hoja de ruta de coordinación y articulación para gestionar acciones en salud mental, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas y víctimas de violencia en los consejos territoriales de salud mental, comités departamentales de drogas y el mecanismo articulador para las violencias.
			Implementaré el proceso de interoperabilidad de las fuentes de datos, el cual estará orientado al análisis y a la toma de decisiones, a partir de la información obtenida en el Observatorio Nacional de Salud Mental.
			Incluiré en el análisis de situación de salud nacional y territorial un apartado sobre salud mental, morbilidad asociada a los problemas y trastornos mentales, epilepsia, consumo de SPA, convivencia y violencias.
		Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	A partir del primer semestre de 2020, identificaré las normas sociales y comportamientos que normalizan la violencia contra niñas, niños y adolescentes, para visibilizarlas e incentivar su modificación.
		Departamento Nacional de Planeación	Identificaré los determinantes sociales que inciden en la salud mental de la población colombiana por medio del desarrollo de un modelo predictor, esto con el fin de crear políticas públicas que aporten a la promoción de la salud mental en el país.
			Construcción y estimación de modelos estadísticos que brinden información para actuar de forma anticipada ante las vulneraciones de derechos que afectan a niñas, niños y adolescentes.
			Construiré y socializaré con entidades territoriales un lineamiento de focalización que priorice y promueva la oferta social para niñas, niños y adolescentes y sus familias.
			Realizaré dos estudios de caso en donde se analicen los determinantes sociales en la población que presenta mayor prevalencia de problemas y trastornos mentales y que permitan desarrollar políticas públicas orientadas a la promoción de la salud mental.

Estrategia de fortalecimiento de entornos protectores	Línea de Acción 1 Entornos que promueven la salud mental	<b>Ministerio de Cultura</b>	Desarrollará una serie de actividades que promuevan el desarrollo de hábitos de lectura y el aprendizaje de oficio y artes.
			Realizará procesos de arte y atención psicosocial dirigidos a niñas, niños, adolescentes y jóvenes para el desarrollo de competencias socioemocionales y prevención de problemas y trastornos mentales.
		<b>Ministerio de Educación Nacional</b>	Liderará el desarrollo de varias acciones encaminadas a solucionar los factores de riesgo y principales problemáticas de salud mental que enfrentan los estudiantes.
			Promoverá el registro, seguimiento y atención a casos de violencia con el uso e implementación del Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar en coordinación con el ICBF y la aplicación de los protocolos de abordaje pedagógico y rutas de atención en establecimientos educativos del país.
			Diseñará e implementará contenidos, metodologías y herramientas para fortalecer las capacidades de las familias en materia de cuidado, crianza y promoción del desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, en el marco de la Alianza familia - escuela.
		<b>Ministerio de Educación Nacional en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social</b>	Realizará acompañamiento a las 96 entidades territoriales certificadas para la promoción de acceso y permanencia educativa de todas las niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas, y, de manera específica, a aquellos que presentan discapacidad mental-psicosocial.
		<b>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar</b>	Brindará atención institucional a niñas, niños y adolescentes para prevenir riesgos y vulneraciones al potenciar sus vocaciones, intereses y talentos en la construcción de su proyecto de vida.
			Formará agentes educativos y madres comunitarias en identificación de riesgos asociados a violencias contra niñas y niños.
			Brindará asistencia técnica a los operadores de los servicios de atención del PARD de niñas, niños y adolescentes y del SRPA en temáticas relacionadas con afectaciones asociadas a la salud mental, el suicidio y el consumo de SPA.
			Brindará asistencia técnica a los operadores de los servicios de atención del PARD de niñas, niños y adolescentes y del SRPA en temáticas relacionadas con afectaciones asociadas a la salud mental, el suicidio y el consumo de SPA.
	<b>Departamento Administrativo para la Prosperidad Social</b>	Fortalecerá los factores protectores en los pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes atendidas por los programas Iraca, para que estos promuevan la resolución de conflictos y la reducción de violencias. Lo anterior, a través de encuentros comunitarios y estrategias complementarias concertadas con las autoridades étnicas.	
	<b>Ministerio de Salud y Protección Social</b>	Diseñará y producirá una estrategia de comunicación masiva para la promoción de la convivencia social y la salud mental, la prevención de las violencias y el suicidio.	
		Brindará asistencia técnica a entidades territoriales, entidades administradoras de planes de beneficios en salud e instituciones prestadoras de servicios de salud para la implementación del lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento de los pueblos indígenas.	
	Línea de acción 2. Competencias socioemocionales	<b>Ministerio de Educación Nacional</b>	Actualizará los referentes técnicos de competencias ciudadanas y socioemocionales para orientar a la comunidad educativa [directivos, docentes y estudiantes] en educación inicial, básica y media.
<b>Departamento Administrativo para la Prosperidad Social</b>		A partir del primer semestre de 2020 reforzará a través del componente de habilidades para la vida del programa Jóvenes en Acción, las habilidades blandas en los jóvenes participantes de dicho programa, para permitirles desarrollar, entre otras cosas, herramientas para identificar y regular emociones.	
		Promoverá estrategias de afrontamiento en los hogares retornados o reubicados y vinculados al programa Familias en su Tierra, para fortalecer las habilidades familiares e individuales ante situaciones adversas y emociones negativas, a través de encuentros del componente de fortalecimiento social y comunitario.	
<b>Ministerio del Deporte</b>	Formulará e implementará lineamientos en los procesos de actividad física, deportiva, y recreativa realizados por esta entidad, a través de los cuales se generen o fortalezcan competencias socioemocionales.		

Estrategia para la atención en salud e inclusión social	Línea de acción 1. Articulación de oferta en salud para atención integral	El Ministerio de Salud y Protección Social	Realizará un diagnóstico de la capacidad instalada en talento humano e infraestructura de los servicios de salud para la atención de la población con problemas y trastornos mentales, epilepsia, consumo de SPA y víctimas de violencias. esto permitirá identificar la infraestructura disponible para la atención en salud y conocer el lugar donde existe mayor concentración de talento humano.
	Línea de acción 2. Preparación del talento humano para la identificación y atención oportuna de afectaciones en salud mental	El Ministerio de Salud y Protección social	Construirá una estrategia de formación continua para fortalecer las competencias del talento humano para la atención integral en salud, en salud mental, epilepsia, violencias y consumo de sustancias psicoactivas.
			Elaborará y socializará un documento de análisis para promover en zonas de difícil acceso geográfico el servicio social obligatorio y práctica clínica de profesionales en psicología, trabajo social, enfermería, medicina general y especializada, incluidos especialistas en neurología y en psiquiatría.
Línea de acción 3. Inclusión social	Ministerio de Salud y Protección social	Diseñará una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad para la implementación de procesos intersectoriales de inclusión social de las personas con trastornos mentales, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas, sus familias y cuidadores.	

Fuente: elaboración propia a partir del contenido del documento CONPES 3992.

El cuadro anterior evidencia que son varios los actores que intervienen directamente en la implementación de la política pública de salud mental, cuando se trata de niñas, niños y adolescentes. Por ello, es importante que todos ellos cumplan sus funciones de manera articulada, con el fin de lograr la implementación de medidas de prevención y atención en salud adecuadas y ajustadas a las realidades de esta población, al tiempo que se vinculan otros actores como autoridades administrativas encargadas del restablecimiento de derechos de la infancia y la adolescencia.

Por último, es importante mencionar que en el último año se han desarrollado iniciativas en torno al tema, como la instalación de la Comisión Accidental de Infancia y Adolescencia en el Senado de la República, con el objeto de trabajar por la protección integral de los derechos de los niños y adolescentes de Colombia. Entre sus cinco temas preliminares se encuentra la promoción de la salud mental y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la radicación del proyecto de ley para la creación de la Ruta Integral de Prevención y Atención para la Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes (RISMNA).<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Al respecto, ver el Proyecto de Ley 203/2023, en curso en la Cámara de Representantes del Congreso de la República, "Por medio del cual se crea la ruta integral de prevención y atención para la salud mental de niños, niñas y adolescentes (RISMNA) desde las instituciones de educación básica y media en Colombia y se dictan otras disposiciones". <https://www.camara.gov.co/salud-mental-nna>

Con estas medidas esperan, entre otras cosas, mitigar la situación crítica de un incremento de trastornos mentales y alteraciones en la salud mental en dicha población, entre ellos, reportes de suicidio e intentos de suicidio en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) que se advierten en últimos años (Procuraduría General de la Nación, 2023; Defensoría del Pueblo de Colombia, 2022) y adoptar las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de fortalecer programas de salud mental para la niñez, especialmente en pueblos indígenas, desarrollar un estudio detallado de las causas de suicidio y la adopción de una estrategia global de prevención e intervención temprana (Comité de los Derechos del Niño, 2015).

### **2.2.3 Estrategia nacional para la prevención de la conducta suicida en Colombia**

En 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Estrategia Nacional para la prevención de la conducta suicida en Colombia, cuyo objetivo principal es “reducir la conducta suicida en Colombia con estrategias locales y en contexto, diferenciadas por curso de vida y entornos de desarrollo” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En dicha estrategia se menciona que, según la Encuesta Nacional de Salud Mental, la tentativa de suicidio y el suicidio en menores de edad son la consecuencia más grave de un trastorno depresivo, los cuales pueden ser la consecuencia de peleas con los padres, separación, rompimiento con la pareja, cambio de vivienda, suicidios de terceros, estigma y discriminación por identidad de género, por

pertenencia étnica, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

De acuerdo con lo anterior, se considera entre los elementos diferenciales para la prevención de la conducta suicida, el curso de vida y el entorno de desarrollo, el cual incluye el perinatal y la infancia (6 a 11 años) y la adolescencia (12 a 17 años), (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Por otro lado, entre los componentes de la estrategia está la reducción del consumo del alcohol, donde se considera la necesidad de realizar acciones dirigidas al desarrollo de proceso que reduzcan el impacto de factores de riesgos en adolescentes relacionados con el consumo de alcohol; por ejemplo, la presión de grupo, la desintegración familiar, la necesidad de autonomía y el rechazo a la protección adulta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

De acuerdo con lo anterior, entre los “hitos de implementación” se incluye el “adecuado abordaje de los brotes de conducta suicida”, para el cual es indispensable “determinar los grupos de riesgo para la intervención a mediano y largo plazo”, dentro de los cuales se encuentran las niñas, niños y adolescentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

### **2.2.4 Protocolo de vigilancia de intento de suicidio del Instituto Nacional de Salud**

Además de la política pública ya descrita, el Instituto Nacional de Salud (INS) diseñó el *Protocolo de vigilancia de intento de suicidio*, para: i) describir en términos de variables de

persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados de intento de suicidio; ii) realizar seguimiento a los indicadores de intento de suicidio y iii) caracterizar los métodos y los medios utilizados en los intentos de suicidio (Instituto Nacional de Salud, 2022).

Este protocolo considera estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles, señala cuáles son las autoridades nacionales y locales que deben intervenir en dicho proceso, entre las cuales se encuentran el Ministerio de Salud y Protección Social, el INS, las empresas administradoras de planes de beneficios, las secretarías departamentales, municipales y distritales de salud y las Unidades Primarias Generadoras de Datos (Instituto Nacional de Salud, 2022).



# 3. PANORAMA GENERAL DE CONDUCTAS SUICIDAS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA

---

En Colombia existen tres fuentes de información que recopilan datos sobre suicidios e intentos de suicidio: el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) y el Instituto Nacional de Salud (INS). Los resultados obtenidos de estas tres fuentes de información serán descritos en este capítulo y darán a conocer valores absolutos, tasas y algunas variables específicas sobre los comportamientos de suicidio e intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes, con el objetivo de contribuir en la construcción del contexto general de su conducta suicida.

De acuerdo con la necesidad de mostrar la evolución de la problemática se analizaron las cifras proporcionadas por estas instituciones, correspondientes al periodo comprendido entre 2019 y 2023, con énfasis en 2022 y 2023 y para el grupo de edad comprendido entre los 5 y 17 años.

## *3.1 Ideación y planeación de suicidios por parte de niñas, niños y adolescentes*

Si bien en el primer capítulo se estableció que la conducta suicida está compuesta por cuatro etapas (ideación, planificación, intento y consumación), no existen fuentes oficiales que realicen un seguimiento a las ideaciones suicidas que pudiesen ser exteriorizadas principalmente por adolescentes en espacios educativos, médicos o de apoyo psicosocial.

Desde la Defensoría del Pueblo se solicitó información sobre ideaciones suicidas e intentos al Ministerio de Salud y Protección Social. La respuesta de la entidad consistió en proporcionar información sobre atenciones prestadas por los servicios de salud a partir del diagnóstico principal de lesiones intencionalmente autoinfligidas;<sup>13</sup> sin embargo, no es posible efectuar de manera inequívoca una relación directa y permanente entre ese tipo de lesiones y las ideaciones, planeaciones o intentos

---

<sup>13</sup> Según el Ministerio, en el 2023 se realizaron en el país 10 756 atenciones médicas a NNA en casos de lesiones autoinfligidas.

de suicidios; las autolesiones pueden tener explicaciones y finalidades diferentes a la ideación o planeación suicida<sup>14</sup>. De acuerdo con lo anterior, no fue posible identificar la dimensión de las ideaciones o planificaciones suicidas de menores de edad durante el periodo bajo estudio.

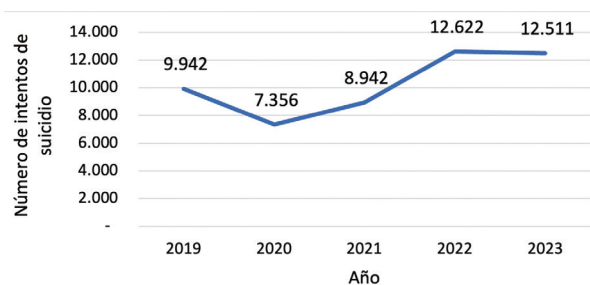
### 3.2 Intentos de suicidio en la niñez y adolescencia

Los suicidios son un problema de salud pública al que diferentes entidades realizan un monitoreo constante. En el caso de los intentos de suicidios, la vigilancia la lleva a cabo el INS, entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social.

Según dicha entidad, entre 2019 y 2023, en el país se presentaron 164 400 intentos de suicidio. De estos, 51 373 fueron de niñas, niños y adolescentes; es decir, que el 31 por ciento del total nacional de los intentos se presentó en el rango comprendido entre los 5 y 17 años.

La cifra de intentos de suicidios en NNA fluctuó y disminuyó entre 2019 y 2021; sin embargo, el mayor cambio se presentó entre 2021 y 2022, donde se identifica una variación porcentual del 41 por ciento más para 2022 y, entre ese año y 2023, se evidenció un breve descenso de 111 intentos.

**Figura 1.** Número de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes en Colombia



Fuente: construcción propia con base en la información del Instituto Nacional de Salud remitida mediante oficio 2-1000-2024-000803 del 1 de marzo de 2024

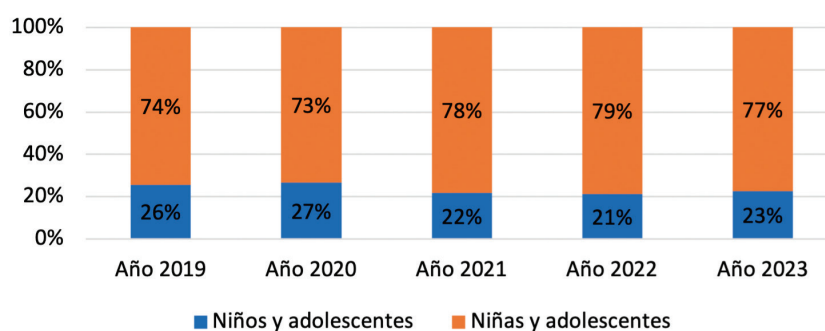
<sup>14</sup> Según el Child Mind Institut, “Las autolesiones y los comportamientos suicidas (imaginar, planificar o intentar el suicidio) están relacionados, pero la relación entre los dos es confusa. Debido a que pueden lucir similares, puede ser muy difícil distinguirlos. Pero hay diferencias importantes en la intención y en el riesgo. Prácticamente en todos los casos se recurre a la autolesión para sentirse mejor, en lugar de para intentar acabar con la propia vida” [Child Mind Institut, sin fecha]. Asimismo, es importante tener en cuenta que “las autolesiones son conductas auto-infligidas con la intención de realizarse algún daño físico. No en todos los casos esta conducta se asocia a ideación o intención suicida. Estas dos entidades pueden ocurrir en la misma persona a la vez o en diferentes tiempos. Es crucial que los profesionales sepan distinguir entre las autolesiones no suicidas [ANS] y las conductas suicidas, por lo que deben recibir la formación adecuada, es fundamental no evitar dialogar y comunicarse en torno a este tipo de ideas. Las ANS se definen como cualquier comportamiento que se realiza de modo intencionado, autodirigido, sin intencionalidad suicida, y que causa destrucción de la superficie corporal” [Vázquez López, et al, 2023]. Por último, en México, en un estudio realizado en 2016, en el que se analizaron las autolesiones y las ideaciones suicidas en adolescentes, se encontró que del análisis a 804 adolescentes entre 12 a 17 años, “[...] **27.9% de los entrevistados reportaron autolesionarse y 7.4% dijo tener ideación suicida**; ambas fueron más frecuentes en mujeres. La muestra se dividió en aquellos sólo con autolesiones, autolesiones más ideación suicida y sólo ideación suicida. Nos llamó la atención que **22% de los adolescentes con autolesiones reportaron ideación suicida**”[Mayer Villa, et al, 2016]. [negrilla fuera de texto]

### 3.2.1 Intentos de suicidio según el sexo

Al analizar los datos a partir de la variable sexo, se evidenció que el mayor porcentaje de intentos de suicidio en niñas y adolescentes se presentó en 2022. En el caso de niños y adolescentes el mayor porcentaje se reportó en 2020, tal y como se observa en la figura 2.

Asimismo, al revisar el promedio para los cinco años en estudio es posible identificar que, en todos los años, las niñas y las adolescentes son quienes más comenten intentos de suicidios. En general, para todos los años, se presentó una diferencia de más de 50 puntos porcentuales más, en los intentos de suicidios de las niñas y las adolescentes en relación con los niños y los adolescentes.

**Figura 2.** Porcentaje de intentos de suicidios en niñas, niños y adolescentes en Colombia, según sexo y año de ocurrencia



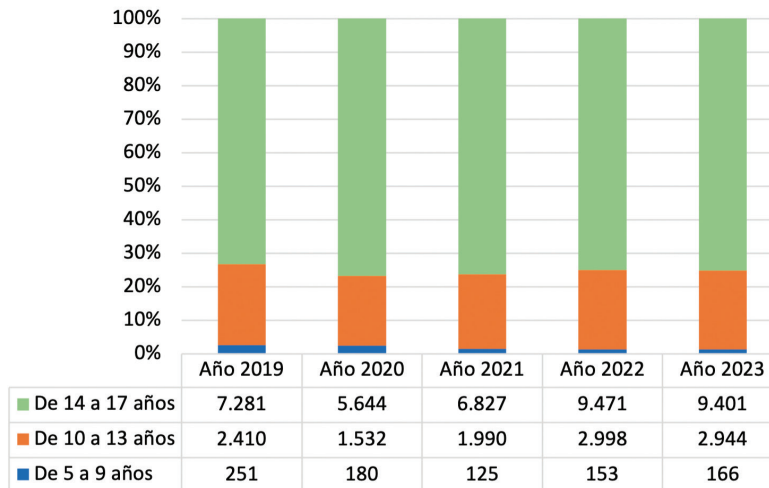
Fuente: construcción propia con base en la información del Instituto Nacional de Salud remitida mediante oficio n.º 2-1000-2024-000803 del 1 de marzo de 2024

### 3.2.2 Intentos de suicidio según el rango de edad

Frente a la categoría de rangos de edad es posible identificar un patrón en el que el mayor porcentaje de intentos de suicidios se concen-

tró en adolescentes entre los 14 y los 17 años. En dicho rango, la cifra más alta se presentó en 2022 con 9471 intentos de suicidio.

**Figura 3.** Número de intentos de suicidios en niñas, niños y adolescentes en Colombia, según rango de edad.



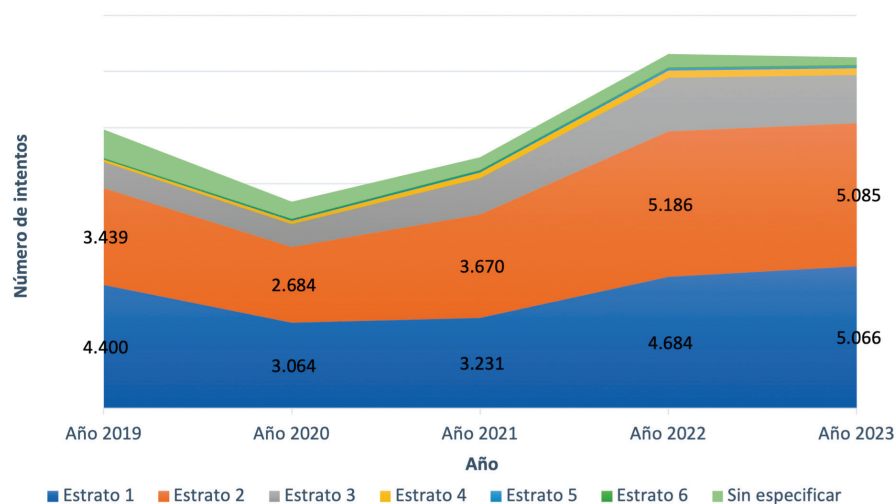
Fuente: construcción propia con base en la información del Instituto Nacional de Salud remitida mediante oficio n.º 2-1000-2024-000803 del 1 de marzo de 2024

### 3.2.3 Intentos de suicidio según estrato socioeconómico

Según la variable de estrato socioeconómico, para todo el periodo se evidencia que el mayor número de intentos de suicidio se presentan en el estrato socioeconómico 1 donde se concentran el 40 por ciento (20 445) de los

intentos de suicidio de niñas, niños y adolescentes, seguido del estrato socioeconómico 2 (20 064), donde se evidencia que se ha presentado un aumento año a año.

**Figura 4.** Número de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes en Colombia, según estrato socioeconómico



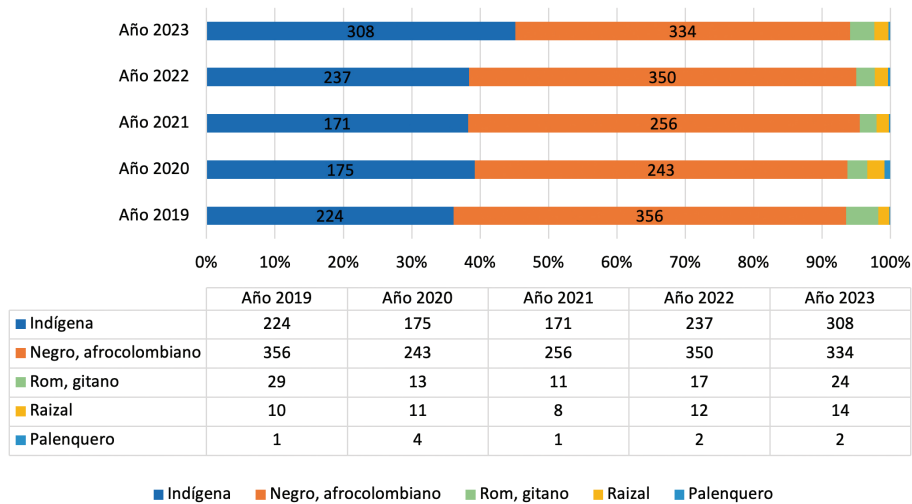
Fuente: construcción propia con base en la información del Instituto Nacional de Salud remitida mediante oficio n.º 2-1000-2024-000803 del 1 de marzo de 2024.

### 3.2.4 Intentos de suicidio según pertenencia étnica

Frente a la categoría de pertenencia étnica se identificó que los intentos de suicidio prevalecen en niñas, niños y adolescentes sin ninguna pertenencia étnica (95 por ciento). Entre el 5 por ciento restante, el INS reportó la existencia de intentos de suicidios en NNA pertenecientes a pueblos indígenas, comunidades afrocolombianas e integrantes del pueblo rom, raizales y palenqueros.

De ese 5 por ciento, las y los NNA afrocolombianos tuvieron el 3 por ciento y los indígenas el 2 por ciento para el total de los 5 años bajo estudio. Al revisar los datos por grupo se evidencia que los intentos de suicidio en población indígena aumentaron entre los años 2022 y 2023.

**Figura 5.** Número de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes, según pertenencia étnica



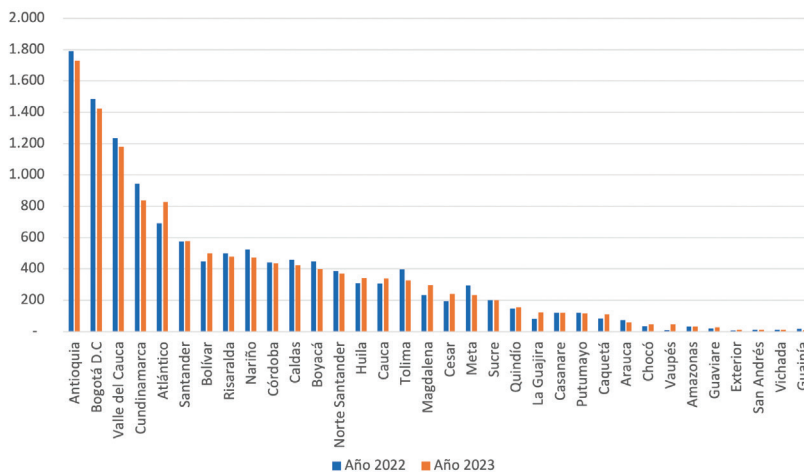
Fuente: construcción propia con base en la información del Instituto Nacional de Salud remitida mediante oficio n.º 2-1000-2024-000803 del 1 de marzo de 2024.

### 3.2.5 Intentos de suicidio según la entidad territorial

entidades territoriales que encabezan la lista con el mayor número de intentos de suicidio de NNA, tal y como se observa en la figura 6.

En 2022 y 2023, Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, Cundinamarca y Atlántico son las

**Figura 6.** Número de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes, según entidad territorial, en 2022 y 2023

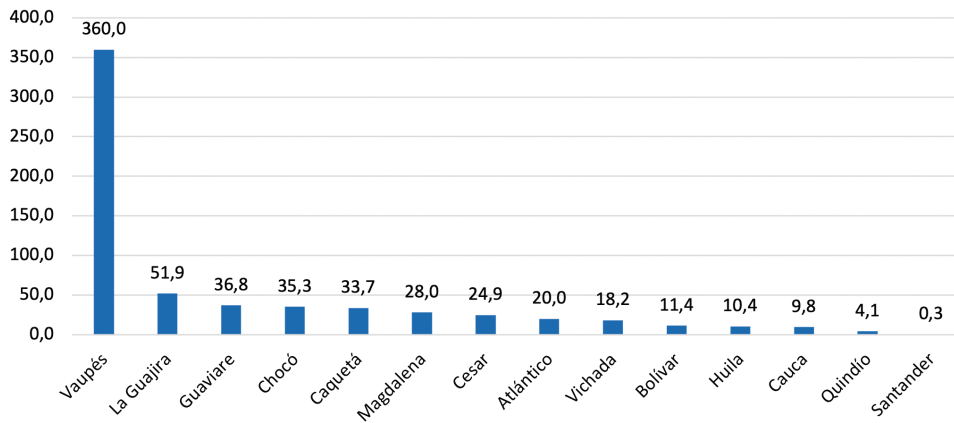


Fuente: construcción propia con base en la información del Instituto Nacional de Salud remitida mediante oficio n.º 2-1000-2024-000803 del 1 de marzo de 2024.

Según la figura anterior, en algunas entidades territoriales se presentó un aumento en el número de intentos de suicidio, donde se resalta que la mayor variación porcentual entre el 2022 y 2023 se presentó en Vaupés, donde en 2022 reportó diez intentos de suicidios y para 2023 reportó 46 casos, lo que indica una variación porcentual del 360 por ciento (figura 7).

Adicionalmente, es posible observar que, en 2023, en comparación con 2022, en 14 entidades territoriales se presentó un aumento en el número de intentos de suicidio: Vaupés, La Guajira, Guaviare, Chocó, Caquetá, Magdalena, Cesar, Atlántico, Vichada, Bolívar, Huila, Cauca, Quindío y Santander. Aunque en la figura 6 no sea posible evidenciar esas variaciones, en algunos de estas entidades territoriales, las cifras de intentos de suicidios muestran las magnitudes de la problemática.

**Figura 7.** Porcentaje de variación porcentual de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes, según entidad territorial



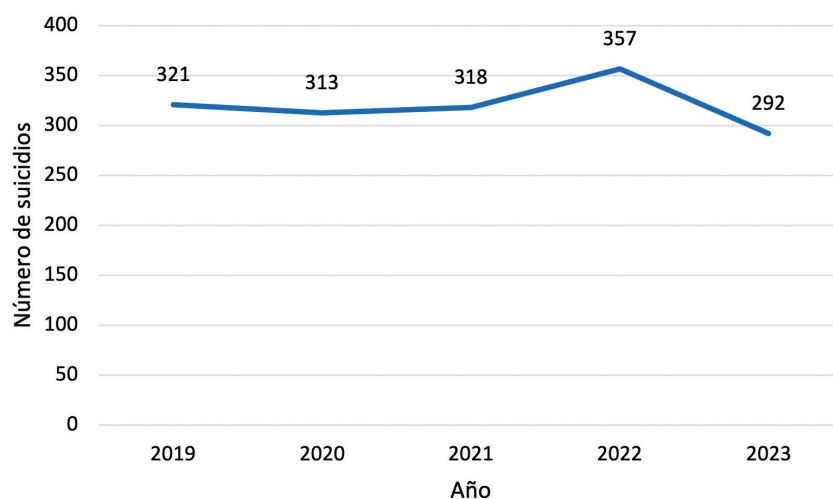
Fuente: construcción propia con base en la información del Instituto Nacional de Salud remitida mediante oficio n.º 2-1000-2024-000803 del 1 de marzo de 2024.

### 3.3 Cifras generales de suicidios de niñas, niños y adolescentes en Colombia

En primer lugar, el DANE reportó que, en Colombia, entre 2019 y 2023, se presentaron 1601 suicidios de NNA, con el siguiente comportamiento en el tiempo:

Para analizar las cifras de suicidios en NNA se tendrá en cuenta la información proporcionada por el DANE<sup>15</sup> y el INMLCF<sup>16</sup>, quienes a partir de sus competencias reportaron estadísticas vitales y los casos que llegan al Instituto.

**Figura 8.** Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, según año de ocurrencia, según el DANE



Fuente: construcción propia con base en la información del DANE obtenido mediante oficio remitida mediante los oficios 20242310041401 del 8 de marzo de 2024 y 20242310064511 del 11 de abril de 2024

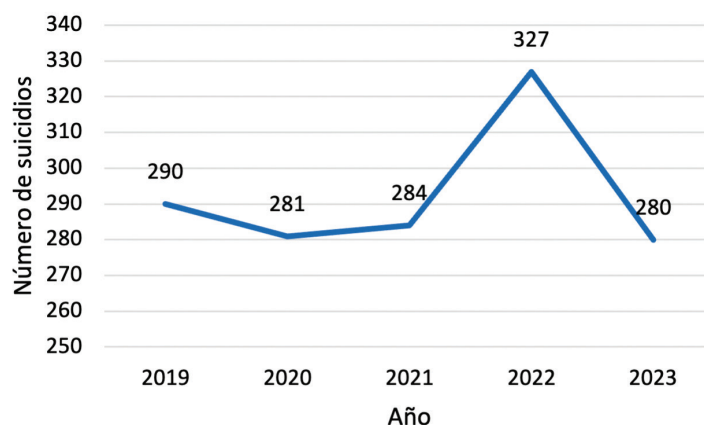
<sup>15</sup> El Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, dentro del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales, es la entidad responsable de la consolidación y oficialización de las estadísticas de nacimientos y defunciones (fetales y no fetales), la cual se genera a partir del registro administrativo de los certificados de nacido vivo y de defunción, diligenciados por la fuente notificadora, médicos de las instituciones de salud públicas y privadas, en la plataforma RUAF – ND, administrada por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuya base de datos dispone al DANE para la producción de la estadística oficial. Esta información fue enviada a la Defensoría del Pueblo mediante el oficio 20242310064511 del 11 de abril de 2024.

<sup>16</sup> Según la Ley 938 de 2004, la misión del Instituto es prestar auxilio y soporte científico y técnico a la administración de justicia en todo el territorio nacional, en lo concerniente a medicina legal y las ciencias forenses.

Según la figura anterior, las cifras no varían representativamente entre 2019 y 2021. Por el contrario, sí se presenta un aumento en 2022 en relación con 2021 (aumento de 39 casos); es decir, un aumento del 12 por ciento y una disminución significativa entre 2022 y 2023 de 65 casos que se traduce en una disminución del 18 por ciento.

Por otro lado, en relación con la información suministrada por el INMLCF, reportó 1462 casos en el periodo en estudio (figura 9).

**Figura 9.** Número de lesiones fatales por suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, según año de ocurrencia, según el INMLCF



Fuente: construcción propia con base en la información del Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Obtenido de: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>

Es importante señalar que, ambas entidades, coinciden en un pico en el aumento de suicidios de menores de edad entre 2021 y 2022. En el caso del INMLCF, la diferencia entre 2021 y 2022 fue de 43 casos para este último año; es decir, un aumento del 15 por ciento. A su vez, la disminución entre 2022 y 2023 fue mucho menor: solo 47 casos, lo que implica una disminución del 14 por ciento.

Ahora bien, la explicación en variación de las cifras de las dos entidades puede deberse

a que el DANE cuenta con todo el reporte de las entidades y parte del registro continuo de las estadísticas vitales.

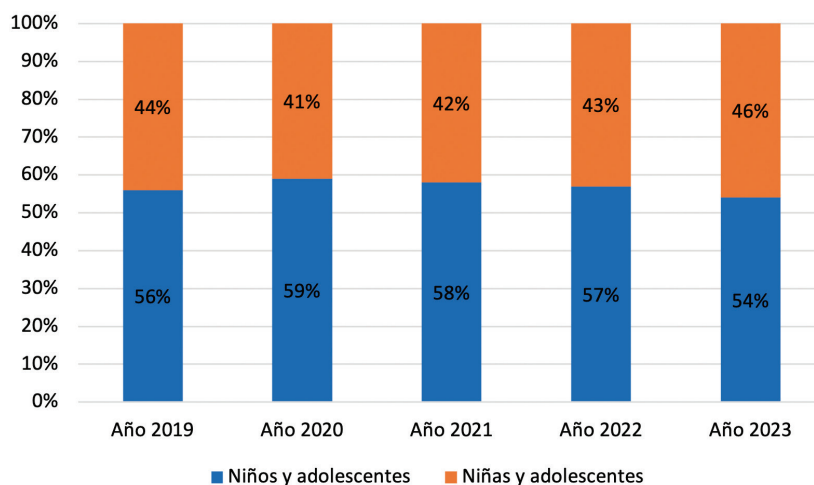
### 3.3.1 Cifras de suicidios por sexo

Según la variable del sexo, en las cifras proporcionadas por el DANE, entre 2019 y 2023, el mayor porcentaje de suicidios en niños y adolescentes hombres se presentó en 2020 (59

por ciento) y en niñas y adolescentes mujeres, el mayor porcentaje se observa en 2023 (46 por ciento). Es importante señalar que existe un patrón donde predominan los suicidios de niños y adolescentes hombres, sobre las niñas y adolescentes mujeres (figura 10).

A pesar de los ligeros cambios en las cifras año tras año y el pico significativo en 2022, los porcentajes por sexo no varían significativamente.

**Figura 10.** Porcentaje de suicidios según sexo y año de ocurrencia según el DANE

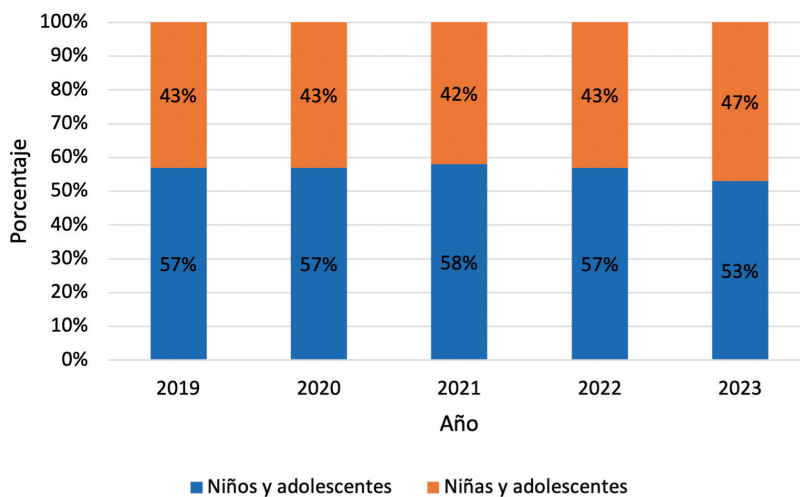


Fuente: construcción propia con base en la información del DANE remitida mediante el oficio n.º 20242310041401 del 8 de marzo de 2024.

Igual situación se resalta en la información del INMLCF, donde el patrón del comportamiento permite observar que los niños y adolescentes hombres son quienes más consuman actos de suicidio, respecto de las niñas y adolescentes mujeres. Sin embargo, el porcentaje más alto de suicidios en niños y

adolescentes hombres, según este Instituto, se presentó en 2021 (58 por ciento) y el de las niñas y adolescentes mujeres sí se mantuvo constante en 2023, tal y como lo reportó el DANE.

**Figura 11.** Porcentaje de lesiones fatales por suicidios por sexo y año de ocurrencia, según el INMLCF



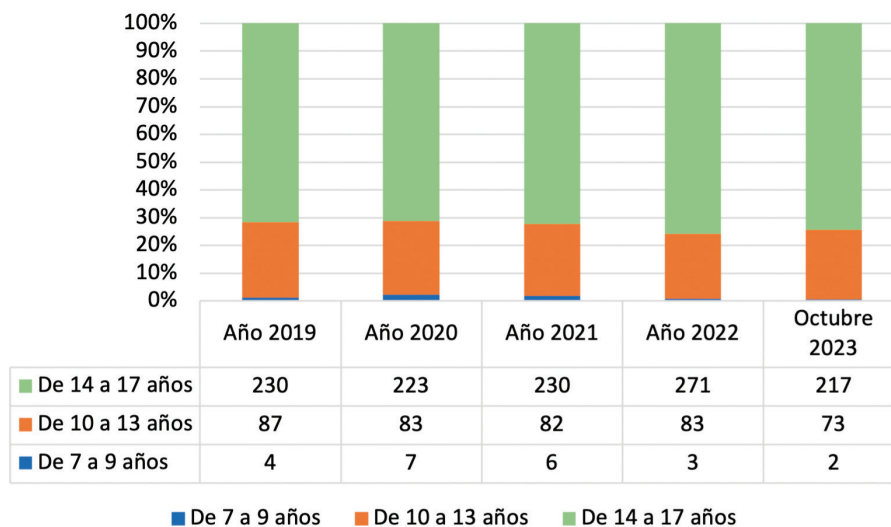
Fuente: construcción propia con base en la información del Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Obtenido de: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>

### 3.3.2 Cifras de suicidios por variable de grupo de edad

Según la información del DANE, en relación con la variable del grupo de edad, en los 5 años de estudio, el mayor número de reportes se concentran entre los 14 a 17 años con el 73 por ciento, es decir, en adolescentes. Además,

el porcentaje en los otros grupos de edad es de 34 por ciento, para el rango de edad entre los 10 y 13 años y del 5 por ciento de 7 a 9 años. En general, los tres grupos de edad, según el DANE han tenido comportamientos constantes entre 2019 y 2023.

**Figura 12.** Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, por rango de edad según el DANE.

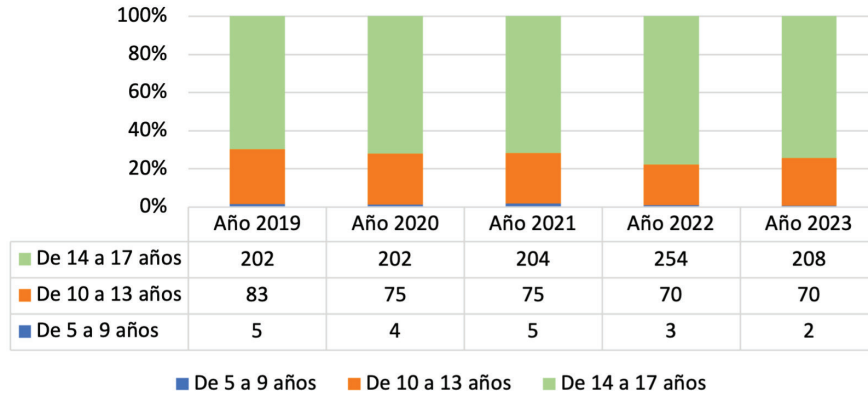


Fuente: construcción propia con base en la información del DANE obtenido remitida mediante el oficio n.º 20242310041401 del 8 de marzo de 2024.

Por otra parte, en la información proporcionada por el INMLCF, también se evidenció que el mayor porcentaje de suicidios se presentan en la adolescencia; es decir, en el grupo de 14 a 17 años, lo que coincide con el mismo porcentaje del DANE del 73 por ciento de los

suicidios en el consolidado de los 5 años de estudio. Es decir, que, de cada diez suicidios presentados en el último año en niñas, niños y adolescentes, siete corresponden al grupo etario de la adolescencia.

**Figura 13.** Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, por rango de edad, según el INMLCF



Fuente: construcción propia con base en la información del Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>.

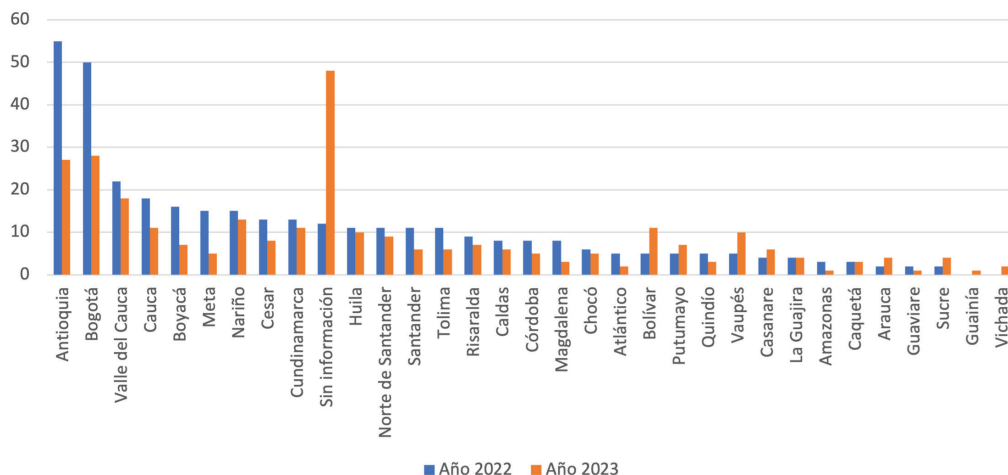
### 3.3.3 Cifras de suicidios por variable territorial

En 2022 y 2023, Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca fueron las entidades territoriales que encabezan la lista con el mayor número de intentos de suicidio de NNA, para el DANE y para el INMLCF. Estas tres entidades territoriales, para 2023, concentran el 25 por ciento del total de casos nacionales.

Según las cifras del DANE, en 2022, la cifra de suicidios que nos especifica el lugar de ocurrencia (sin información) fue de 12 casos,

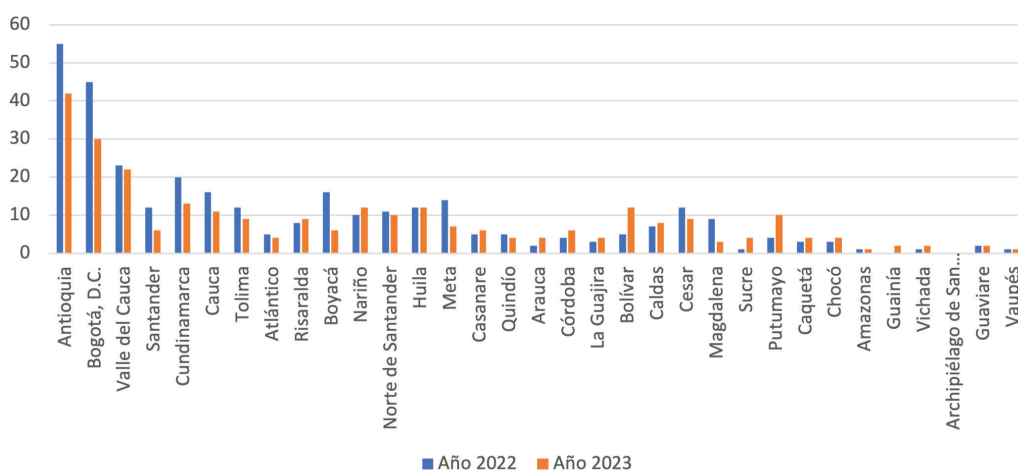
mientras que en 2023 ascendió a 48 casos. Por otra parte, el mayor número de casos de suicidios en 2022 se presentó en: Antioquia (55), Bogotá (50), Valle del Cauca (22), Cauca (18) y Boyacá (16); mientras que, en 2023, el mayor número de casos se presentó en: Bogotá (28), Antioquia (27), Valle del Cauca (18), Nariño (13) y Cauca (11).

**Figura 14.** Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, según entidad territorial de residencia, según el DANE



Fuente: construcción propia con base en la información del DANE remitida mediante los oficios 20242310041401 del 8 de marzo de 2024 y 20242310064511 del 11 de abril de 2024.

**Figura 15.** Número de suicidios en niñas, niños y adolescentes por entidad territorial, en 2022 y 2023, según el INMLCF

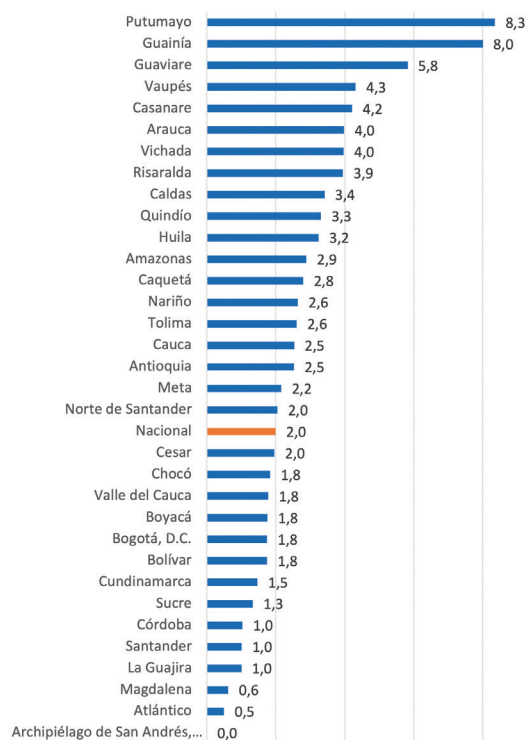


Fuente: construcción propia con base en la información del Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Obtenido de: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>

Frente el análisis por entidad territorial, en 2022 y 2023, nuevamente Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca son quienes encabezan la lista con mayor número de suicidios según el Instituto.

Según la tasa de mortalidad por suicidio<sup>17</sup> se puede observar la incidencia que tienen las muertes por suicidio en los diferentes departamentos, de acuerdo con la estructura poblacional. Para 2023, según las cifras analizadas de INMLCF, la tasa más alta se presentó en Putumayo con una magnitud de 8 por cada 100 000 niñas, niños y adolescentes. Adicionalmente, se identificó que 22 departamentos están por encima de la media nacional, que en ese mismo año fue de 2 por cada 100 000 niñas, niños y adolescentes, tal y como se aprecia en la figura 16.

**Figura 16.** Tasa de mortalidad de suicidios por cada 100 000 niñas, niños y adolescentes, según la entidad territorial



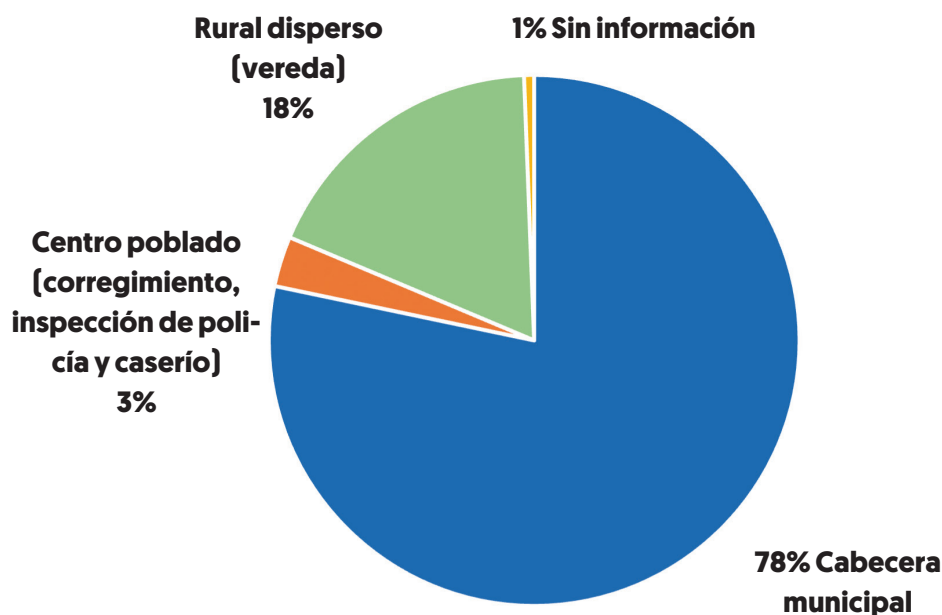
Fuente: construcción propia con base en la información del Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Obtenido de: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa> y las proyecciones de población del DANE. Obtenido de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

<sup>17</sup> Tasa bruta de mortalidad: expresa el riesgo que tienen todos los habitantes de cierta población, en un momento dado, de morir por cualquier causa. [DANE, 2012].

Asimismo, la información del Instituto permitió identificar otras variables como el lugar de ocurrencia del hecho. En 2022, el 78 por ciento de los suicidios se presentaron en cabeceras municipales y el 18 por ciento en zonas

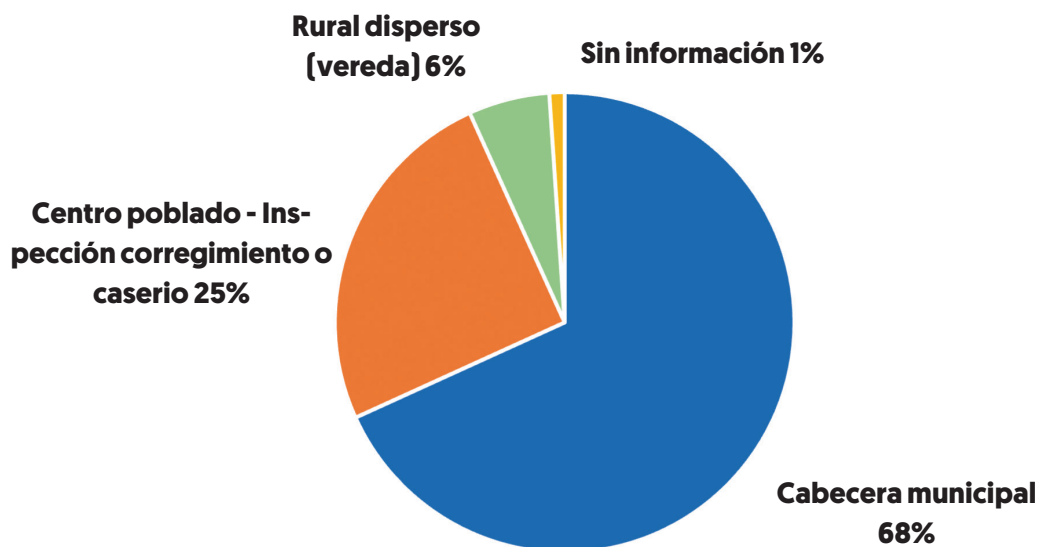
rurales; mientras que, en 2023, los suicidios en cabeceras municipales disminuyeron 10 puntos porcentuales y aumentaron los suicidios en centros poblados que pasaron del 3 por ciento en 2022 al 25 por ciento en 2023.

**Figura 17.** Porcentaje de suicidios en niñas, niños y adolescentes en Colombia, según zona del hecho, en 2022



Fuente: construcción propia con base en la información del Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Obtenido de: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>

**Figura 18.** Porcentaje de suicidios en niñas, niños y adolescentes en Colombia, según zona del hecho, en 2023



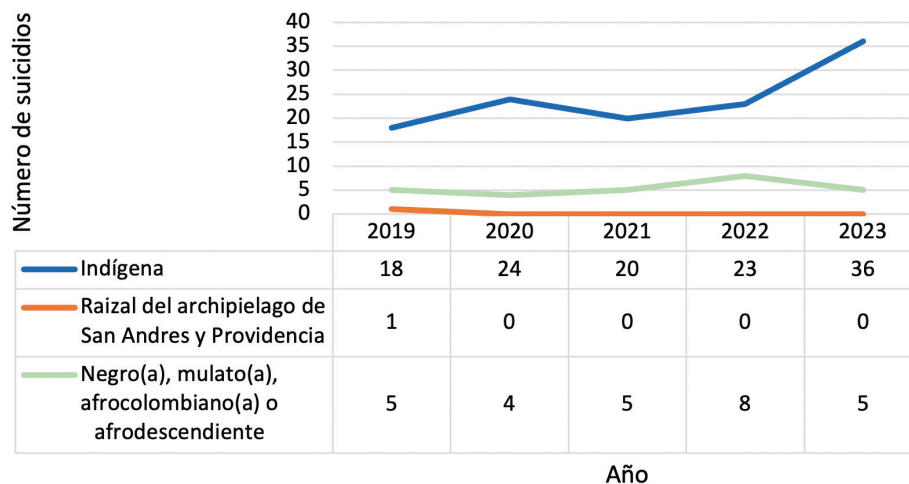
Fuente: construcción propia con base en la información del Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Obtenido de: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>

### 3.3.4 Cifras suicidios según pertenencia étnica

Según la información reportada por el DANE para el periodo comprendido entre 2019 y 2023, el 91 por ciento de los casos de suicidios de NNA no pertenecían a algún

pueblo indígena o comunidad afrodescendientes. Sin embargo, en el porcentaje restante, los suicidios de niñas, niños y adolescentes indígenas representan el 8 por ciento de los suicidios en el país, con una tendencia al aumento en los 5 años de estudio.

**Figura 19. Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, según pertenencia étnica DANE**

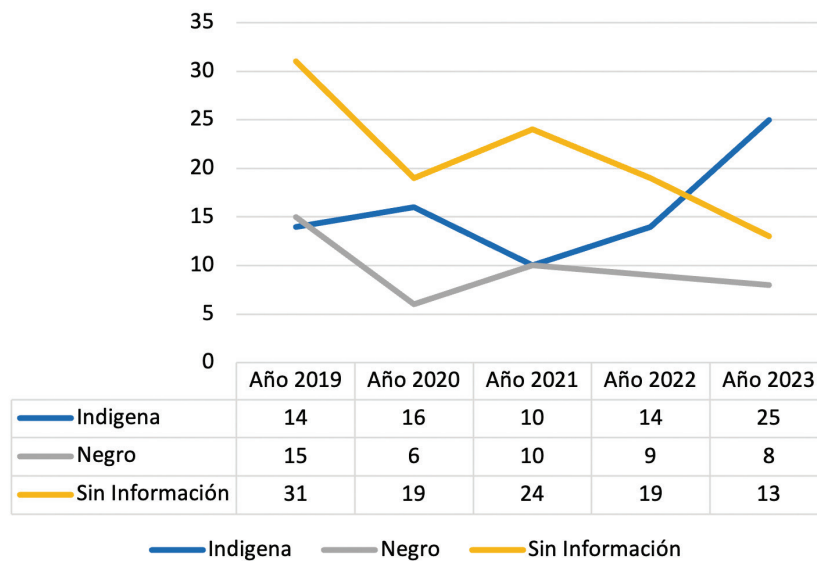


Fuente: construcción propia con base en la información del DANE remitida mediante el oficio n.º 20242310041401 del 8 de marzo de 2024.

En relación con el INMLCF, las variables “étnicas” consideradas en relación con los suicidios de NNA, tienen como punto de partida, según mencionan, el “ancestro racial” con las siguientes categorías como “amarillo”, “blanco”, “indígena”, “mulato”, “mestizo” y “negro”, además de registros sin información. Con el fin de evidenciar los datos de NNA pertenecientes a un pueblo indígena o comunidad afrodescendiente, solo se analizarán las categorías de indígena y negro y sin información.

Según la información reportada para el periodo comprendido entre 2019 y 2023, el 81 por ciento de los casos de suicidios de NNA corresponde a la variable mestizo. Sin embargo, en el porcentaje restante, los suicidios de niñas, niños y adolescentes indígenas representan 5 por ciento de los suicidios en el país, con una tendencia al aumento en los 5 años de estudio; adicionalmente, se observa un porcentaje importante sin información que, para el periodo, corresponde al 7 por ciento.

**Figura 20.** Número de suicidios en el grupo de edad de 5 a 17 años en Colombia, según ancestro raizal del INMLCF



Fuente: construcción propia con base en la información del Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>

## 4. ACERCAMIENTO A VARIAS DE LAS POSIBLES CAUSAS DE SUICIDIO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

---

En el desarrollo de la presente investigación diferentes fuentes consultadas, entre ellas la doctrina en el tema y los profesionales de salud entrevistados coincidieron en dos puntos fundamentales: el primero, es que las posibles causas de suicidios se entrelazan entre sí y por ello no es posible determinar con certeza absoluta que la motivación final que lleva a una persona a consumir el suicidio sea la única razón existente para tomar tal decisión. El segundo, es que existen diferentes factores de riesgo que pueden contribuir de manera activa a la materialización de las posibles causas.

En el presente capítulo se analizarán las principales posibles causas de suicidios señaladas por el INMLCF, así como aquellas identificadas por la Defensoría del Pueblo en el desarrollo de su mandato constitucional. Sin embargo, previo a ello, es necesario analizar brevemente los factores de riesgo asociados al suicidio de NNA; uno o varios de estos se pueden cruzar o pueden detonar las posibles causas determinadas. La identificación de los factores de riesgo es importante a la hora de definir estrategias encaminadas a la prevención.

### *4.1 Factores de riesgo asociados al suicidio de niñas, niños y adolescentes*

Varias investigaciones realizadas por profesionales de la salud han señalado la importancia de analizar “la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas” (Corona, *et al*, 2016). Los factores de riesgo, cuando interactúan con otros elementos, pueden generar problemas de salud mental graves y duraderos (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Según la Organización Panamericana de la Salud, los factores de riesgo pueden ser: i) individuales, ii) familiares, iii) comunitarios y iv) institucionales. Esta afirmación coincide con lo expresado por las y los profesionales de la salud entrevistados, quienes manifestaron que la conducta suicida en niñas, niños y adolescentes puede estar asociada a varios factores de riesgo los cuales involucran aspectos personales y sociales (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Por ejemplo, según el doctor Juan Camilo Aguirre, psiquiatra pediátrico del Hospital Mental de Antioquia, María Upegui,<sup>18</sup> existen factores de riesgo asociados a la conducta suicida: i) marcadores genéticos asociados a la aparición de la conducta suicida en la familia, ii) condiciones psicopatológicas como la depresión y la ansiedad y iii) factores psicosociales como la violencia intrafamiliar, maltrato, abandono, *bullying*, abuso sexual o cualquier tipo de abuso en la infancia.

Los **factores de riesgo individuales** consisten en “vulnerabilidades genéticas; problemas de salud (v.g. enfermedades crónicas), descuido y maltrato de los menores de edad. Otros factores de riesgo individuales pueden ser el resultado de problemas que se iniciaron con anterioridad: dificultades en el ámbito educativo, problemas interpersonales con los pares o con la familia y el uso de sustancias” (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Según ello, entre los factores individuales están aquellos relacionados con patologías propias del niño, niña o adolescente. Al respecto, el doctor Javier Caicedo Blanco, psiquiatra pediátrico y coordinador del grupo de infancia y adolescencia de la Clínica Montserrat, afirmó que: “patologías crónicas como la diabetes y la epilepsia están sustancialmente comórbidas, digamos, o sea, siempre muy presentes con trastornos a nivel de salud mental, sobre todo depresión y ansiedad”.<sup>19</sup>

Por otro lado, se encuentran patologías que están relacionadas con el arquetipo individual del niño, niña o adolescente, como lo

son la depresión y la ansiedad. A su vez, el consumo de sustancias psicoactivas también constituye en un factor de riesgo individual; muchas de estas tienen efectos depresores y generan síndromes de abstinencia, lo que conduce al deterioro de la salud mental de quienes las consumen.

Entre **los factores de riesgo familiares**, están los “conflictos o desorganización familiar; antecedentes familiares de trastornos mentales graves y persistentes; violencia doméstica e incesto; ausencia de los padres y las madres, tanto psicológica como física; bajo nivel educativo del grupo familiar; aislamiento social o conducta antisocial; y problemas familiares de comunicación” (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Aquí también pueden encontrarse situaciones como antecedentes de conducta suicida en padres, madres o hermanos, hermanas, el maltrato, abandono, *bullying*, *ciberbullying*, abuso sexual o cualquier tipo de abuso o violencia en la infancia y adolescencia.

Al respecto, el estigma social que se tiene frente a la salud mental conlleva a que sea un pensamiento que posiblemente se vive en solitario y con temor a ser expresado, aunado a la ausencia de redes familiares o de apoyo con quienes hablar de las emociones y construir relaciones de confianza para abordar la situación o el pensamiento.

Los **factores de riesgo comunitarios** están asociados “a la pobreza extrema; vecindario inseguro; exposición a agresiones y violencia; discriminación; pertenencia a una minoría

<sup>18</sup> Entrevista realizada el 4 de abril de 2024, al doctor Juan Camilo Aguirre, psiquiatra pediátrico del Hospital Mental de Antioquia, María Upegui.

<sup>19</sup> Entrevista realizada el 11 de abril de 2024 al Dr. Javier Caicedo Blanco, psiquiatra pediátrico de la Clínica Montserrat.

discriminada; falta de acceso a los servicios relacionados con la salud y la educación; oportunidades limitadas para estudiar, trabajar o realizar actividades extracurriculares (v.g. culturales y recreativas)”, (Organización Panamericana de la Salud, 2011). También se asocian con la inseguridad, la exposición a situaciones de violencia como el conflicto armado, la discriminación y, por supuesto, la violencia estructural.

La violencia estructural se encuentra como uno de los factores de riesgo comunitarios más comunes en la población infantil. El término de violencia estructural fue utilizado y desarrollado por sociólogos y teóricos sociales como Johan Galtung y Pierre Bourdieu en la segunda mitad del siglo XX.

La violencia estructural se refiere a las formas de violencia que están arraigadas en las estructuras sociales, políticas y económicas de una sociedad y que afectan a grupos enteros de personas de manera sistemática (Zamora, 2018). Según lo anterior, se puede afirmar que la población es víctima de violencia estructural, cuando existe una o varias necesidades básicas insatisfechas, es decir, cuando existe la vulneración de algún derecho que debe ser garantizado por el Estado:

La marginación económica y la exclusión social, expresadas en un precario acceso a recursos básicos como la vivienda, la educación o la atención médica, así como una reiterada negación de derechos fundamentales hacen también parte de las expresiones de la violencia estructural. **La noción de violencia estructural apunta a los efectos vio-**

**lentos de un orden social jerarquizado y profundamente desigual en las vidas de ciertas personas y poblaciones, que, con la precarización encuentran múltiples obstáculos que socavan sustancialmente sus posibilidades y las ponen en condiciones de vulnerabilidad.** (Restrepo, 2023)(negrilla fuera de texto).

Respecto a este tipo de violencia como factor de riesgo, el doctor Caicedo Blanco, psiquiatra pediátrico, afirma:

Todo factor adverso o carencia siempre es un predispositor para que haya más riesgo de patología mental. (...) una menor capacidad económica, va a haber más carencias en esa medida. Y eso es un estresor para cualquiera, porque también empiezan a presentarse las dudas sobre el futuro, el poder tener acceso a lo que tienen los otros pares en ese momento, no más el acceso a la educación, todo eso son factores estresores.<sup>20</sup>

Asimismo, la presencia de grupos armados al margen de la ley y estar inmerso en un conflicto armado como el colombiano se suma al contexto de necesidades básicas insatisfechas en el que se encuentran muchas comunidades a lo largo del país; es decir, donde se presenta mayor violencia estructural, lo que potencia el riesgo al deterioro de la salud mental. A su vez, las niñas, niños y adolescentes que pertenecen a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes son los más propensos a sufrir este tipo de violencias y sus consecuencias, como el reclutamiento forzado, el desplazamiento forzado, confinamiento en sus territorios y la pérdida de identidad cultural,

<sup>20</sup> Entrevista realizada el 11 abril 2024 al Dr. Javier Caicedo Blanco, psiquiatra pediátrico de la Clínica Montserrat.

entre otras.<sup>21</sup>

A su vez, el rechazo y los prejuicios a los que se enfrentan poblaciones históricamente discriminadas como los pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes, los sectores LGBTIQ+, la población con discapacidad o procedentes de otro país, son factores de riesgo que afectan particularmente a la infancia, quienes a través de acciones como el *bullying*, el matoneo o el ciberacoso, se ven expuestas al rechazo, la humillación y la violencia, que además se agrava si no existen entornos familiares o comunitarios, con los cuales expresar los sentimientos que esto detona.

Al respecto, Alba Reyes, directora de la Fundación Sergio Urrego,<sup>22</sup> mencionó cómo el cúmulo de situaciones de discriminación como factores de riesgo, afectaron la salud mental de su hijo, quien se suicidó:

(...) Sergio David Urrego fue discriminado en su colegio, pero él venía siendo discriminado por argumentativo, por su forma de pensar, desde los 14 años y desde el año anterior, desde el 2013. (...) Por ejemplo, para Sergio la causa que, realmente pienso yo que fue su detonante, fue la falsa denuncia que le colocaron por supuesto acoso sexual”.

Finalmente, en los **factores de riesgo institucionales**, se refieren a “violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales de los pacientes en centros de tratamiento de las adicciones al alcohol y otras drogas; cárceles y escuelas desorganizadas y con marcado clima de violencia” (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Frente a esto, se encontró como un factor de riesgo la dificultad en el acceso a los servicios de salud mental. Profesionales de la salud y organizaciones sociales expresaron que la poca oportunidad para acceder a citas de psicología o psiquiatría, aumentan la posibilidad de la conducta suicida en niñas, niños y adolescentes. Esto puede estar asociado a la falta de profesionales en salud mental especializados en infancias.

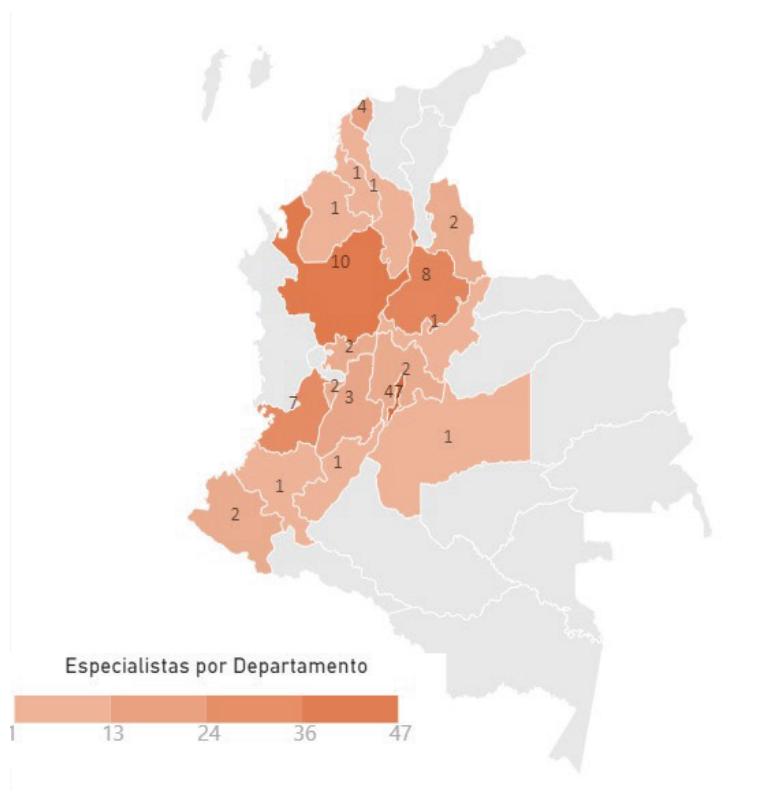
De acuerdo con el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) del Ministerio de Salud y Protección Social, para 2022, en Colombia, de los 1453 especialistas en psiquiatría, solo había 96 especializados en psiquiatría pediátrica en todo el territorio nacional,<sup>23</sup> de los cuales: 47 se encuentran en Bogotá, diez en Antioquia, siete en Valle del Cauca, y ocho en Santander, cuatro en Atlántico, tres en Tolima, dos en Caldas, Cundinamarca, Norte de Santander, Quindío y Nariño, y uno en Bolívar, Sucre, Córdoba, Boyacá, Meta, Huila y Cauca. Cabe aclarar que aún no se encuentra actualizada para 2024 la cifra de especialistas en dicha base de datos.

<sup>21</sup> Frente a esto último, vale la pena señalar que la Defensoría del Pueblo tuvo conocimiento, a través del botón de registro de casos de reclutamiento que en 2023, del total de registros, 68,4 por ciento eran casos de NNA de pueblos indígenas, lo que significa que es el grupo poblacional que más se ve afectado por ese delito

<sup>22</sup> La Fundación Sergio Urrego es una de las pocas organizaciones en Colombia enfocada a la prevención del suicidio en niños, niñas y adolescentes, a través de su línea salvavidas 3117668666.

<sup>23</sup> Observatorio de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>

## Ilustración 2. Número de Especialistas en psiquiatría pediátrica en el ámbito nacional



Fuente: Observatorio de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>

### 4.2 Posibles causas de suicidios en niñas, niños y adolescentes

En este apartado se analizarán algunas de las principales causas de suicidios de niñas, niños y adolescentes a partir de la categorización realizada por el INMLCF y las posibles causas de suicidios priorizadas por la Defensoría del Pueblo.

El INMLCF tiene categorizadas 21 posibles causas de suicidios de niñas, niños y adolescentes, las cuales han variado entre 2019 y 2023. De esas posibles causas, solo 12 categorías cuentan con al menos un registro, como se muestra en la figura 21.

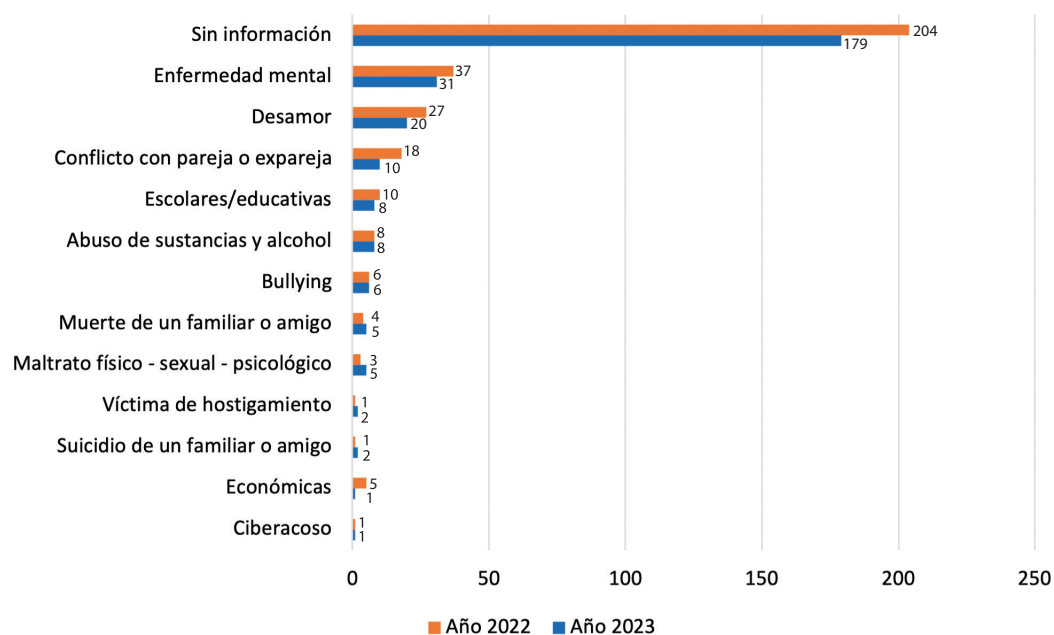
A continuación, se analizarán las causas de suicidio que cuentan con mayores registros en 2022 y 2023 según ese Instituto: enfermedad mental, “desamor”, conflicto con pareja o expareja y *bullying*. Se excluyen del análisis las causas señaladas como “escolares/educativas” al no tener claridad sobre el fundamento de esta causa y no encontrar al interior de la información pública del INMLCF la metodología que establece o explique esa posible causa. Asimismo, tampoco se analizará la causa de abuso de sustancias y alcohol; esta será tema de un análisis posterior por parte de esta entidad.

Ahora bien, previo al análisis de cada una de las posibles causas de suicidios de NNA es necesario resaltar que de los 327 casos de suicidios que tiene catalogado ese Instituto, 204 registros no poseen información sobre la posible causa, en 2022. La misma situación se presenta en 2023 donde, de un total de 280 casos registrados, en 179 casos el Instituto no estableció la posible causa del suicidio.

Según lo anterior existe un gran subregistro sobre las posibles causas del suicidio según

las categorías establecidas por dicha entidad, lo que significa que los números de casos en cada causa variarían significativamente. Asimismo, para la Defensoría del Pueblo, estas causas no son excluyentes entre sí, por lo que es posible que un caso catalogado como enfermedad mental, también pueda tener como causa el *bullying* o una situación de conflicto de pareja, entre otras.

**Figura 21.** Causas de suicidios de NNA según el INMLCF en los años 2022 y 2023



Fuente: Construcción propia con base en la información del Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Obtenido de: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>

## 4.2.1 Los trastornos mentales: Principal causa de suicidios en niñas, niños y adolescentes

Como se mencionó al inicio de este capítulo, no es posible determinar una única causa o una causalidad estrictamente lineal entre que los factores que convergen para generarlo. Sin embargo, hay un factor que resulta necesariamente involucrado al hablar de suicidio: las enfermedades, trastornos y afectaciones de la salud mental (García-Haro, *et al*, 2020).

Los trastornos mentales<sup>24</sup> son una problemática de salud pública ampliamente expandida en el mundo, principalmente los trastornos depresivos y los de ansiedad. Uno de cada diez niños, adolescentes y jóvenes entre 5 y 24 años (aproximadamente 293 millones de personas) convive con un trastorno mental. Se estima que, el 13,4 por ciento de niñas, niños y adolescentes experimenta algún tipo de trastorno mental: la ansiedad es predominante en el grupo de 5 a 9 años, mientras que los trastornos depresivos lo son en el grupo de 15 a 19 años (Alpañes, 2024). Según la OMS, el 50 por ciento de todas las personas que desarrollan trastornos mentales tienen sus primeros síntomas a la edad de 14 años y el 75 por ciento han tenido sus primeros síntomas a los 20 años (UNICEF, 2023).

La Organización Panamericana de la Salud afirma que la depresión es el trastorno que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años y que el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Alrededor del 15 por ciento de los adolescentes de países de ingresos medios y bajos, como lo es Colombia, se ha planteado el suicidio (UNICEF, 2019).

Ahora bien, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) del INS, entre 2019 y 2023 se registraron 1546 intentos de suicidio en el país de menores de edad que se encuentran en centros psiquiátricos.<sup>25</sup> El mayor número de intentos de suicidio ocurrió en 2022 con 430 casos (27,8 % del total), seguido de 2023 con 409 (26,4 %).

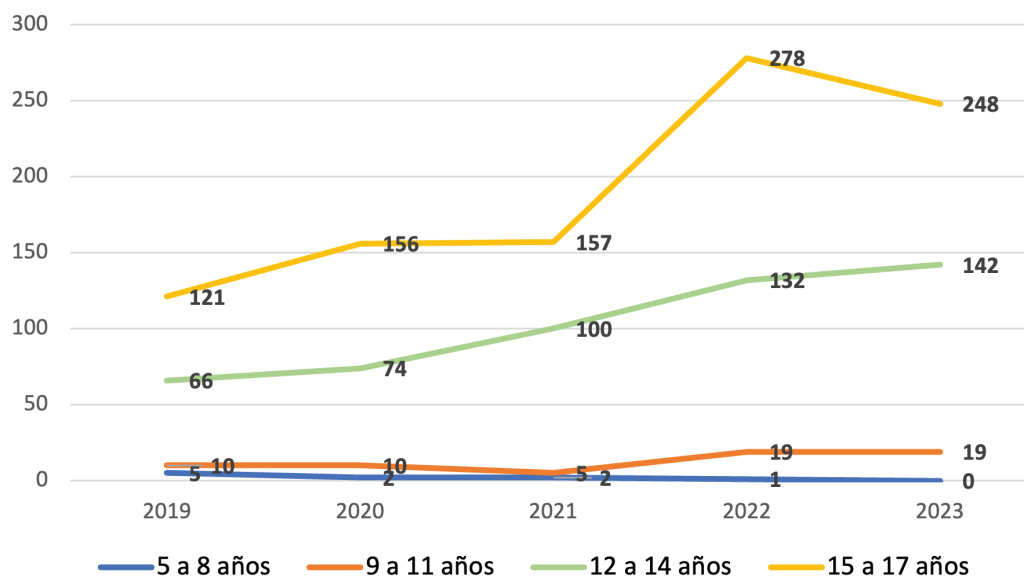
La siguiente figura muestra que, en dicho periodo, los intentos de suicidio de adolescentes entre los 15 y 17 años, con enfermedades o trastornos mentales, aumentaron más del doble entre 2021 y 2022 y que, entre 2021 y 2023, también aumentaron los intentos de suicidios de los adolescentes entre los 12 y los 14 años. Esto concuerda con la literatura que señala la predominancia de trastornos depresivos hacia la adolescencia más que en la infancia.

---

<sup>24</sup> Existe un debate frente a la escogencia de la palabra “enfermedad” o “trastorno” a la hora de hablar de las afectaciones psíquicas. Las enfermedades mentales refieren a un origen biológico en las estructuras cerebrales y el equilibrio bioquímico, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Los trastornos mentales, en cambio, se adquieren y desarrollan a través de las conductas y formas de actuar ante emociones y pensamientos que se presentan en diferentes contextos, sin disfunciones del sistema nervioso. En el uso cotidiano, según la aproximación que hagan los autores, sin embargo, tienden a hacerse intercambiables (Mera García, 2023).

<sup>25</sup> El SIVIGILA maneja una categoría de grupos poblacionales, y uno de ellos corresponde a población que está internada en centros psiquiátricos. Cifras obtenidas de la respuesta remitida por el INS mediante el oficio n.º 2-1000-2024-000803 del 1 de marzo de 2024.

**Figura 22.** Intentos de suicidio de niñas, niños y adolescentes que han estado en centros psiquiátricos entre 2019 y 2023



Fuente: construcción propia con base en la información del Instituto Nacional de Salud remitida mediante el oficio n.º 2-1000-2024-000803 del 1 de marzo de 2024.<sup>26</sup>

Varios psiquiatras y psicólogos expertos en población infantil y adolescentes entrevistados, explicaron que los trastornos mentales son factores de riesgo predominantes para la aparición de síntomas de la conducta suicida; la ideación suicida hace parte del espectro de la enfermedad depresiva y que lo determinante para que los pensamientos o fantasías de muerte sean catalogados como un síntoma, es la intencionalidad acompañada de una carga afectiva:<sup>27</sup> es decir, si hay realmente ganas de “desaparecer” o, más bien, buscan llamar

la atención hacia un sufrimiento intenso sin intención real suicida (Bonet de Luna, *et al*, 2011).

(...) uno aquí le dice a los estudiantes de medicina eso: que están llamando la atención, y no lo digan de forma peyorativa; ¡claro que está llamando la atención porque está sufriendo y quiere ser ayudado!, no necesariamente está manipulando... pero es mejor uno pensar que la persona está sufriendo, que quiere que vean su sufrimiento y uno impartir la ayuda.<sup>28</sup>

<sup>26</sup> El INS facilitó el desagregado de intentos de suicidio de menores de 18 años por departamento, mas no su cruce con la variable de grupo poblacional “Centros psiquiátricos”.

<sup>27</sup> Entrevista realizada el 11 de abril de 2024 al Dr. Javier Caicedo Blanco, psiquiatra pediátrico de la Clínica Montserrat.

<sup>28</sup> Entrevista realizada a la Dra. Zenaida Conde, psiquiatra pediátrico, Hospital Psiquiátrico del Valle, el 3 de abril de 2024.

Lo anterior también aplica para distinguir los intentos de suicidio de las autolesiones, donde no solamente es relevante el grado de letalidad:

(...) es un poco complejo... los papás por ejemplo le preguntan ¿usted cree que se va a morir con esos rayones que se hizo ahí?... Uno lo que hace es explorar a través del diálogo y dándole varias vueltas, ¿qué estaba realmente pensando este joven cuando hizo esa autolesión?... saber si está pensando realmente en destruirse; puede ser que se esté haciendo [esos rasguños o rayones] de una manera simbólica.<sup>29</sup>

Por otra parte, en relación con los suicidios consumados, el INMLCF registró 68 suicidios de menores de 18 años relacionados con la causa “enfermedad mental”.<sup>30</sup> 37 suicidios en 2022 y 31 en 2023. Entre estos dos años, 32 casos fueron de suicidios de niños y adolescentes (47,05 %) y 37 de niñas y adolescentes (52,9 %). Asimismo, 2022 presentó una tasa del 8,8 por ciento más respecto del año siguiente, que concuerda con las cifras totales, señalándolo como el pico más alto de suicidios de la época de postpandemia. De los 68 suicidios, diez ocurrieron en Bogotá y en Antioquia (14,7 % del total cada uno), seguidos de Risaralda y Bolívar, con cinco casos (7,34%) respectivamente.

Ahora bien, la conducta suicida adquiere un nivel de complejidad adicional debido a las variaciones en la manifestación de los trastornos según las características de esta etapa del ciclo de vida: en ellos no se está presente siempre la forma “clásica” de depresión de los adultos (la tristeza constante, la falta de energía, el aislamiento); pueden seguir con el contacto habitual con sus amigos o manifestar en cambio irritabilidad<sup>31</sup> y no tienen la misma habilidad para verbalizar lo que están sintiendo.

También entran en juego los altos niveles de reactividad e impulsividad característicos de la etapa, sobre todo en los más pequeños:

(...) **ellos muchas veces ni siquiera están deprimidos como para planificar un intento de suicidio**, sino que se sienten sobrepasados por la rabia, el desespero y se les ocurre es hacer algún intento o una conducta autolesiva... Es una de las grandes dificultades que tenemos en esa población, **porque son casi que impredecibles**.<sup>32</sup> (negritas fuera de texto).

Es inclusive más preocupante cuando se presentan ideas más estructuradas y con planeamiento previo, puesto que son menos comunes e implican un riesgo de ejecución más alto.<sup>33</sup>

<sup>29</sup> Entrevista realizada el 3 de abril de 2024 a la Dra. Zenaida Conde, psiquiatra pediátrico, Hospital Psiquiátrico del Valle.

<sup>30</sup> El Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses establece el determinante “Enfermedad Mental” dentro de la Variable “Razón del suicidio”, disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-externa>

<sup>31</sup> Entrevista realizada el 11 de abril de 2024 al Dr. Javier Caicedo Blanco, psiquiatra pediátrico de la Clínica Montserrat.

<sup>32</sup> Entrevista realizada el 3 de abril de 2024 a la Dra. Zenaida Conde, psiquiatra pediátrico del Hospital Psiquiátrico del Valle.

<sup>33</sup> Entrevista realizada el 11 de abril de 2024 al Dr. Javier Caicedo Blanco, psiquiatra pediátrico de la Clínica Montserrat.

En etapas tempranas, más o menos entre los 3 y los 10 años, los niños y niñas se desarrollan y aprenden de su entorno la autogestión emocional, autorregulación de la conducta, el control de impulsos y otras competencias socioafectivas o socioemocionales:<sup>34</sup> “es distinto del chico que ya tiene quince años y que está deprimido, que está ansioso, que le hicieron matoneo y que se quiere morir porque se quiere morir, porque no le ve sentido a la vida (...) tiene que ver con la elaboración del concepto de la muerte, que no es la misma casi que a ninguna edad.”<sup>35</sup>

En el mismo sentido, los y las profesionales en temas de salud mental enfatizan que es necesario un enfoque diferencial y que las personas que trabajan en estos temas conozcan las particularidades y las tengan presentes de modo que no se homogenicen los síntomas ni los tratamientos y que no se les piense o perciba como “adultos pequeños”.<sup>36</sup>

Finalmente, es importante mencionar que la aparición misma de un trastorno depresivo o de ansiedad no obedece de forma determinante a los factores orgánicos o biológicos que tiendan al funcionamiento anómalo del cerebro. Aún la carga o predisposición genética pueden ser activada, modulada o alterada por la intervención o presión de estresores ambientales (epigenética); “en medicina no existen ni los nunca (sic) ni los siempre, (sic) no hay cosas absolutas (...) No es posible decir que siempre que un niño está deprimido se va

a intentar suicidar, ni decir que todo el niño que se intenta suicidar siempre estuvo deprimido”.<sup>37</sup>

#### **4.2.2. El desamor y los conflictos con la pareja o expareja como causa y la inteligencia emocional como factor protector**

Conforme con las cifras y las categorías establecidas por el INMLCF, dos de las principales posibles causas de suicidios de niñas, niños y adolescentes son “desamor” y “conflicto con pareja o expareja”.

Para 2022 se presentaron 27 suicidios por “desamor” y 18 por “conflicto de pareja”. En la primera, el 52 por ciento corresponde a mujeres y el 48 por ciento, a hombres y en la segunda, 39 por ciento corresponde a mujeres y 61 por ciento, a hombres. Para 2023 se presentaron 20 suicidios por “desamor”, de los cuales el 20 por ciento corresponde a mujeres y el 80 por ciento, a hombres; también se presentaron diez casos por conflicto de pareja, de los cuales, el 70 por ciento corresponde a mujeres y el 30 por ciento, a hombres.

Las cifras de casos catalogados en estas dos posibles causas no evidencian una constante del fenómeno respecto al género o el lugar de los hechos y tampoco fue posible identificar qué entiende el INMLCF como “desamor” y “conflicto con pareja o expareja”

<sup>34</sup> Entrevista realizada el 12 de abril de 2024 al Dr. Carlos Enrique Garavito, coordinador de la Comisión Nacional Política Pública del Colegio Colombiano de Psicólogos

<sup>35</sup> Entrevista realizada el 4 de abril de 2024 al Dr. Juan Camilo Aguirre, psiquiatra pediátrico del Hospital Mental de Antioquia, María Upegui

<sup>36</sup> Entrevista realizada el 4 de abril de 2024 al Dr. Juan Camilo Aguirre, psiquiatra pediátrico del Hospital Mental de Antioquia, María Upegui

<sup>37</sup> Entrevista realizada el 4 de abril de 2024 al Dr. Juan Camilo Aguirre, psiquiatra pediátrico del Hospital Mental de Antioquia, María Upegui.

en niñas, niños y adolescentes. Asimismo, no fue posible determinar los rangos de edad del suicidio, lo que impide hacer una diferenciación entre cuántos de ellos son niñas o niños y cuantos adolescentes. Por lo anterior, para efectos de esta investigación se abordarán estas dos causales en un mismo apartado; se entiende la conexión entre el amor y las relaciones de pareja.

Para Barajas y Cruz, (Barajas Márquez y Cruz del Castillo, 2017) una relación de pareja contempla la unión de dos individuos, donde cada uno comparte características personales, experiencias, actitudes y creencias, lo que hace que esta sea dinámica y esté expuesta a cambios, por lo que siempre existe la posibilidad de que la relación se fracture o se rompa el vínculo amoroso.

Las mismas autoras consideran que en la adolescencia, estas relaciones conllevan a sentimientos de felicidad y satisfacción, por lo que su disolución puede ser una fuente importante de estrés, dolor, tristeza y malestar general, que tienen consecuencias en la salud física y mental.

Por otro lado, la doctora Rosa Mery Garzón (Garzón González, 2019) identificó en su investigación sobre violencia en las relaciones erótico-afectivas entre adolescentes, que uno de los motivos de ingreso a hospitalización por intento de suicidio correspondía a asuntos relacionados con dos situaciones en particular: el chantaje emocional o como respuesta al dolor causado por una infidelidad o terminación del noviazgo.

Como ya se mencionó, la conducta suicida involucra la aparición de pensamientos recurrentes de quitarse la vida, intentos fallidos y, finalmente, el acto consumado y aunque no es posible determinar de manera exacta su causalidad, sí es posible identificarla y reconocerla a modo de prevención a través de la identificación de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores de protección (Arias López, 2012), entre ellos la inteligencia emocional (Suárez Colorado, 2012).

Aunado a lo anterior, los profesionales de la salud entrevistados coinciden en la ausencia o baja inteligencia emocional,<sup>38</sup> sumado a la falta de redes de apoyo y afecto que permitan a las niñas, niños y adolescentes entablar conversaciones para expresar y dar trámite a sus emociones (Ceballos Ospino y Suárez Colorado, 2012).

En ese sentido, la inteligencia emocional y la subsecuente gestión de las emociones no solo es un factor protector que puede aportar a reducir el nivel de ideación suicida (Ceballos Ospino y Suárez Colorado, 2012), sino que también influye en el desarrollo del autocontrol emocional en adolescentes expuestos a situaciones de conflicto o duelo, como lo pueden ser aquellos vinculados a lo que el INMLCF puede catalogar como “desamor” o los “conflictos de pareja”.

Por último, es necesario resaltar la necesidad de tener claridad sobre la definición de la categoría con el fin de tener una mayor comprensión acerca de los casos que el INMLCF incluyen dentro de ella y su diferenciación con los conflictos de pareja.

---

<sup>38</sup> *La inteligencia emocional percibida se define con una serie de habilidades que permiten manejar y servirse de la información emocional. Está compuesta por la atención a las emociones, la claridad con la que se perciben los sentimientos y la capacidad de reparación de los estados emocionales negativos* [Calero, et al, 2017].

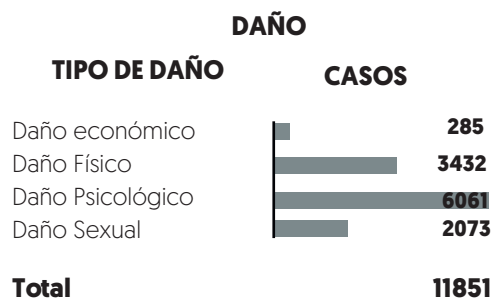
### 4.2.3 Acoso escolar y bullying

El acoso escolar y el *bullying* del que son víctimas muchos niñas, niños y adolescentes en diferentes centros educativos en todo el país, puede llegar a tener consecuencias tan adversas como poner en riesgo su salud mental y generar ideaciones suicidas o de consumir el suicidio (Defensoría del Pueblo de Colombia y Villegas Editores, 2022).

Según el doctor Juan Camilo Aguirre, psiquiatra de la Unidad Pediátrica del Hospital Mental de Antioquia María Upegui, en los últimos años, el *bullying*, matoneo y acoso escolar se ha asociado mucho más con las conductas suicidas y con el consumo de sustancias.<sup>39</sup>

Los efectos que el acoso escolar genera en la salud mental han sido mencionados en los informes del Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar (SIUCE)<sup>40</sup>, en el cual se registran, entre otros, los daños psicológicos que pueden sufrir NNA, tipificados en situaciones tipo II (acoso y ciberacoso) y III (delitos contra la libertad, la integridad y la formación sexual)<sup>41</sup>. Precisamente, en el informe anual 2023 (Ministerio de Educación, 2023) se estableció que el mayor daño causado por situaciones tipo II y III es el daño psicológico, con un registro de 6061 casos:

**Ilustración 3.** Categorías de violencia en los reportes según las situaciones tipo II y tipo III



Fuente: Ministerio de Educación, Informe Anual Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar SIUCE 2023, p. 12, disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1780/articles-404764\\_recurso\\_12.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1780/articles-404764_recurso_12.pdf)

<sup>39</sup> Entrevista realizada el 4 de abril de 2024 al Dr. Juan Camilo Aguirre, médico psiquiatra de la unidad Pediátrica del Hospital Mental de Antioquia María Upegui.

<sup>40</sup> Según el Ministerio de Educación este Sistema tiene como objetivo “la identificación, registro y seguimiento de los casos de acoso, violencia escolar y de vulneración de derechos sexuales y reproductivos que afecten a los niños, niñas y adolescentes de los establecimientos educativos” (Ministerio de Educación, 2023).

<sup>41</sup> Según el Ministerio de Educación [2023] corresponden a: Situaciones tipo II: “Corresponden a este tipo las situaciones de agresión escolar, acoso escolar (Bullying) y ciberacoso (Ciberbullying), que no revistan las características de la comisión de un delito y que cumplan con cualquiera de las siguientes características: a) Que se presenten de manera repetida o sistemática; b) Que causen daños al cuerpo o a la salud sin generar incapacidad alguna para cualquiera de los involucrados”. Situaciones tipo III: “Corresponden a este tipo las situaciones de agresión escolar que sean constitutivas de presuntos delitos contra la libertad, integridad y formación sexual, referidos en el Título IV del Libro II de la Ley 599 de 2000, o cuando constituyen cualquier otro delito establecido en la ley penal colombiana vigente” (Ministerio de Educación, 2023).

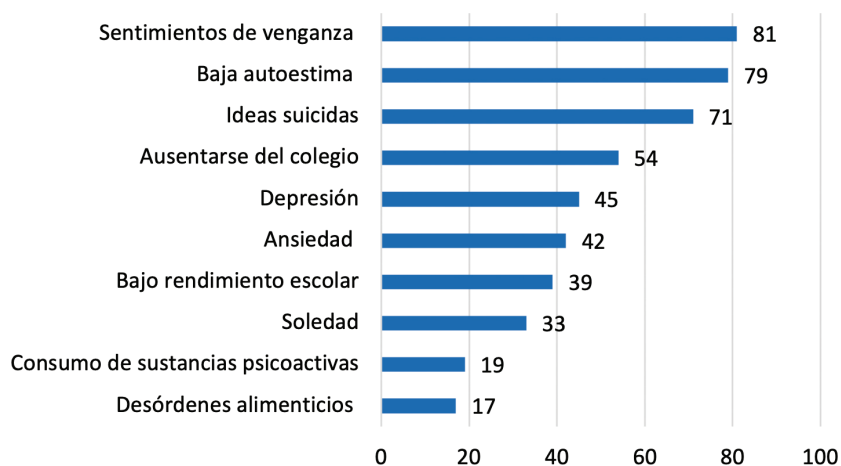
En complemento con las cifras anteriores, según el INMLCF (Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) entre enero de 2022 y diciembre de 2023, 12 casos de suicidios (6 cada año) de NNA tuvieron como causa el *bullying* o el acoso escolar. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el mismo Instituto señala que en 179 de ellos no se pudo identificar la posible causa del suicidio, por lo que es muy probable que, en ese universo de casos, algunos tengan como posible causa el acoso escolar.

La prevención del acoso escolar y el *bullying* han sido de los temas en los que la Defensoría del Pueblo ha enfocado especialmente sus acciones territoriales. A raíz de lo anterior, en el presente año aplicó encuestas en algunas

instituciones educativas del país para conocer los efectos de la salud mental en estudiantes de 8 años en adelante en los departamentos de Amazonas, Guainía, Nariño y Norte de Santander a modo de muestreo. El resultado de las encuestas evidenció que, de los 210 estudiantes encuestados, el 47 por ciento afirma haber sido víctima del *bullying*, y el 68 por ciento indica haber sido testigo de hechos de *bullying*.

Dentro de los principales efectos de acoso escolar identificados por los 210 estudiantes se destaca que 81 identificaron sentimientos de venganza, 79 baja autoestima y 71 ideaciones suicidas.

**Figura 23.** Efectos del bullying en niñas, niños y adolescentes



Fuente: construcción propia a partir de las encuestas realizadas por la Defensoría del Pueblo a estudiantes en diferentes territorios del país entre los meses de marzo y abril de 2024.

Los colegios e instituciones educativas son un escenario vital para la garantía de derechos de los niñas, niños y adolescentes y para la vivencia de un desarrollo integral y digno. Sin embargo, el doctor Carlos Enrique Garavito, coordinador de la Comisión Nacional de política pública del Colegio Colombiano de Psicólogos afirma que, según las estadísticas, “los principales escenarios que deberían ser escenarios de protección se constituyen en escenarios de riesgo: el colegio o la escuela, la familia y la pareja que se constituyen casi como los ambientes más favorecedores en términos de la generación de ideación suicida”.<sup>42</sup>

Según lo anterior, es posible afirmar que el acoso escolar ubica a niñas, niños y adolescentes en estados emocionales de profunda tristeza, dolor y desesperanza a tal punto de considerar terminar con su vida. Tal es el caso del adolescente Sergio David Urrego quien, frente al *bullying* del que fue víctima al interior de su colegio y del acoso por parte de profesores, decidió quitarse la vida el 4 de agosto de 2014.

Otro ejemplo de los impactos del *bullying* es el caso de una estudiante del colegio Marymount en Bogotá, quien se presume se suicidó luego de estar expuesta a múltiples y sistemáticas situaciones de acoso escolar (Beltrán Guzmán, 2024).

Ahora bien, aunque en varios casos el acoso escolar puede conllevar a la aparición de conductas suicidas de NNA, no es posible establecer una relación irrestricta y directa entre este tipo de hechos y el suicidio; como ya se mencionó, la ideación, el intento y la ejecución del suicidio pueden ser el resultado de múltiples causas, entre las que se encuentra el acoso escolar:

Si bien se logró establecer una asociación entre la participación en *bullying* e ideación suicida en adolescentes, es importante considerar que el *bullying*, por sí sólo, no parece explicar totalmente la aparición de ideación suicida o intentos de suicidio, sino que su efecto se potenciaría con el de otros factores de riesgo biopsicosociales concomitantes, siendo la ideación suicida un desenlace de origen multifactorial (Azúa Fuentes, *et al*, 2020).

Al respecto, la Defensoría del Pueblo ha señalado que se puede prevenir el acoso escolar a través de la activación temprana de rutas de protección y ayuda las cuales, a su vez, pueden evitar la consumación de conductas suicidas.<sup>43</sup> Por ello, resulta fundamental que los diferentes actores del sistema escolar como compañeros, compañeras, docentes, directivos, padres y madres de familia y las entidades

<sup>42</sup> Entrevista realizada el 12 de abril de 2024 al psicólogo Carlos Enrique Garavito, coordinador de la Comisión Nacional de política pública del Colegio Colombiano de Psicólogos.

<sup>43</sup> En el mes de febrero de 2023 la Defensoría del Pueblo lanzó la estrategia de prevención del acoso escolar “Equipo Antibullying”, como una herramienta pedagógica de derechos humanos que cuenta con una caja de herramientas y con el libro “Enfrentando el bullying”; además, se creó un protocolo de aplicación de la estrategia que permite a funcionarias y funcionarios de la entidad contar con una ruta para su implementación. La estrategia también incluye la activación inmediata de rutas de protección de la niñez y adolescencia a través de las Defensorías Regionales, desde que se tiene conocimiento de un caso de acoso en el marco de la convivencia escolar. Los materiales de la estrategia se pueden descargar a través de los siguientes enlaces: [https://campusvirtual.defensoria.gov.co/assets/pdfs/2023/10/Tipos\\_de\\_acoso\\_y\\_sus\\_caracteristicas.pdf](https://campusvirtual.defensoria.gov.co/assets/pdfs/2023/10/Tipos_de_acoso_y_sus_caracteristicas.pdf); [https://campusvirtual.defensoria.gov.co/assets/pdfs/2023/12/Caja\\_de\\_Herramientas-Equipo\\_Antibullying.pdf](https://campusvirtual.defensoria.gov.co/assets/pdfs/2023/12/Caja_de_Herramientas-Equipo_Antibullying.pdf); [https://campusvirtual.defensoria.gov.co/assets/pdfs/2023/10/Enfrentando\\_el\\_Bullying.pdf](https://campusvirtual.defensoria.gov.co/assets/pdfs/2023/10/Enfrentando_el_Bullying.pdf); [https://campusvirtual.defensoria.gov.co/assets/pdfs/2023/10/Cuento-El\\_viaje\\_de\\_Moinca.pdf](https://campusvirtual.defensoria.gov.co/assets/pdfs/2023/10/Cuento-El_viaje_de_Moinca.pdf); [https://campusvirtual.defensoria.gov.co/assets/pdfs/2023/10/Guia\\_para\\_la\\_prevention\\_y\\_activacion\\_de\\_ruta\\_de\\_proteccion\\_en\\_situaciones\\_de\\_acoso\\_y\\_ciber\\_acoso\\_escolar.pdf](https://campusvirtual.defensoria.gov.co/assets/pdfs/2023/10/Guia_para_la_prevention_y_activacion_de_ruta_de_proteccion_en_situaciones_de_acoso_y_ciber_acoso_escolar.pdf)

estatales encargadas de garantizar los derechos humanos en los ámbitos escolares, puedan consolidar redes de apoyo que rechacen el silencio y la subestimación a la problemática, y generen estrategias que permitan concientizar y transformar las escuelas en entornos seguros y de paz.

Aunado a lo anterior, en varias de las entrevistas realizadas coincidieron que parte del bienestar relacionadas con la salud mental de NNA se relaciona con la cantidad de profesionales en psicología o psicoorientadores disponibles en centros e instituciones educativas; es posible encontrar establecimientos educativos donde no hay un profesional en psicología psicoorientador de planta<sup>44</sup> o que solo hay un profesional disponible para un número desproporcionado de estudiantes.<sup>45</sup> En otros casos, las y los psicólogos se encargan de realizar actividades educativas, pero no de fomentar o promocionar la salud mental.<sup>46</sup>

Finalmente, la voz de niñas, niños y adolescentes del país, como los actores directamente afectados por esta problemática mencionan algunas consideraciones y mensajes de ánimo

frente a la vivencia u observación de hechos de *bullying*:

“El *bullying* afecta a una persona emocional y físicamente, deben parar”.<sup>47</sup>

“Hay que dejar de hacer *bullying* y ponerlos en los zapatos de las víctimas y ayudarlos”.<sup>48</sup>

“Es importante reflexionar cómo nuestras palabras y acciones pueden tener impacto en la vida de los demás”.<sup>49</sup>

“No esconder que le hacen *bullying* y decir a una autoridad o a su familia y no dejarse manipular porque si no puede llegar a peores cosas”.<sup>50</sup>

“Que los malos comentarios no te afecten, cual sea la situación que estas pasando te digo que para todo hay solución, no hay que callar”.<sup>51</sup>

“Yo digo que paren el *bullying* porque nadie es perfecto en este mundo, así que por favor los que hacen *bullying* dejen de hacerlo porque por ustedes se han muerto muchas personas, suicidios, etc.”.<sup>52</sup>

<sup>44</sup> Entrevista realizada el 4 de abril de 2024, al equipo de las Defensoría de Familia de la Regional Meta del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

<sup>45</sup> Entrevista realizada el 12 de abril de 2024 al psicólogo Carlos Enrique Garavito, coordinador de la Comisión Nacional de política pública del Colegio Colombiano de Psicólogos.

<sup>46</sup> Entrevista realizada el 4 de abril de 2024 al Dr. Juan Camilo Aguirre, psiquiatra pediátrico del Hospital Mental de Antioquia María Upegui.

<sup>47</sup> NNA, encuestado para recolectar información acerca de los efectos del acoso escolar, en el Norte de Santander, 2024.

<sup>48</sup> NNA, encuestado para recolectar información acerca de los efectos del acoso escolar, en el Norte de Santander, 2024.

<sup>49</sup> NNA, encuestado para recolectar información acerca de los efectos del acoso escolar, en el Amazonas, 2024.

<sup>50</sup> NNA, encuestado para recolectar información acerca de los efectos del acoso escolar, en el Amazonas, 2024.

<sup>51</sup> NNA, encuestado para recolectar información acerca de los efectos del acoso escolar, en Guainía, 2024.

<sup>52</sup> NNA, encuestado para recolectar información acerca de los efectos del acoso escolar, en Guainía, 2024.

“Es muy importante no hacer *bullying* a nadie porque no sabemos qué efectos pueda causar en las personas (...) pongámonos en el lugar y en los zapatos de los demás”.<sup>53</sup>

“Siempre hay alguien que te haga sentir menos, pero también hay personas que te pueden ayudar y defender tan solo búscalo”.<sup>54</sup>

#### 4.2.4 Suicidios de niñas, niños y adolescentes pertenecientes a poblaciones étnicas

En el desarrollo de la presente investigación, la Defensoría del Pueblo, después de la revisión de cada una de las categorías, identificó que a pesar de que el INMLCF considera en sus estadísticas las variables de sexo, lugar, etnia y la etaria, ello no implica que en el desarrollo de las cifras se incorpore o materialice el enfoque diferencial (de acuerdo con categorías como el género, la edad y la etnia, entre otros); dentro de las posibles causas de suicidios en niñas, niños y adolescentes no se especifican aquellas que se relacionan con creencias y contextos culturales, como es el caso de los menores de edad que pertenecen a una comunidad indígena.

El suicidio en pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes, rom y raizales es un fenómeno multifacético que trasciende las meras estadísticas para adentrarse en las

complejidades socioeconómicas, histórico políticas y territoriales que caracterizan la vida de estos pueblos. La literatura sobre el suicidio en pueblos indígenas desde perspectivas críticas y complejas es limitada. No obstante, en la información encontrada se observa que existen diferentes perspectivas donde se analiza dicho fenómeno; por ejemplo, existen estudios que buscan explicar la conducta suicida desde las creencias propias de cada pueblo, otros que analizan estas conductas bajo una perspectiva social y otros que reúnen ambas características.

Frente al suicidio desde una visión étnica, el antropólogo médico Rodrigo Iván Sepúlveda señala que el proceso que lleva al suicidio en los pueblos indígenas embera y wounaan del Chocó comienza con lo que llaman “jai de tontina”<sup>55</sup> el cual se caracteriza por dolor de cabeza y mialgia persistente; posteriormente, los individuos experimentan dos estados psíquico-espirituales: “pensar mal” y “aburrimiento”. En el primero, la persona se enfoca obsesivamente en eventos traumáticos de su vida y pierde la motivación para vivir. En el segundo, se aísla de la comunidad, interrumpe sus actividades cotidianas y vive más en sus sueños. (Sepúlveda López de Mesa, 2008)

Estos estados, aunque diagnosticables como depresivos desde una perspectiva psiquiátrica, son entendidos por los indígenas como malestares sociales que afectan la relación con la comunidad y se atribuyen a la influencia de mediadores humanos, como los jaibanás, quienes generan y distribuyen el malestar, re-

<sup>53</sup> NNA, encuestado para recolectar información acerca de los efectos del acoso escolar, en el Amazonas, 2024.

<sup>54</sup> NNA, encuestado para recolectar información acerca de los efectos del acoso escolar, en el Amazonas, 2024.

<sup>55</sup> “Este consiste en la posesión de un espíritu de hombre al cuerpo y espíritu de una mujer. La mujer, en este caso, presenta un malestar diario en el cuerpo –mialgia– y la cabeza –cefalea– [...]. Por lo general, el jai de tontina es atribuido a maleficios realizados por jaibanás, quienes mediante la posesión del espíritu de la mujer buscan poseer sexualmente a la afectada” (Sepúlveda López de Mesa, 2008).

lacionándolo con la contaminación cultural por influencias externas, como el mestizaje.

La curación del “jai de tontina” implica una relación de poder, pero los chamanes no tienen control absoluto sobre ello. Las mujeres son particularmente afectadas y se considera que deben ser “ajusticiadas” para evitar la contaminación de la cultura indígena (Sepúlveda López de Mesa, 2008).

La enfermedad mental, en este contexto, no se ve como hereditaria ni metafísica, sino como resultado de desviaciones de la tradición cultural y relaciones sociales. La curación depende del uso de poderes sobrenaturales, pero estos no se aplican si hay una amenaza a la cultura indígena.

De acuerdo con las fuentes bibliográficas analizadas, el suicidio en niñas, niños y adolescentes de pueblos indígenas está profundamente ligado al contexto socioeconómico, histórico, político y territorial en el que viven. Las violencias de tipo estructural y directo conllevan al socavo de la salud mental entre esta población.

Asimismo, las consecuencias propias de la presencia de grupos armados ilegales, en territorios habitados por indígenas y afrocolombianos, como lo son el despojo, el extractivismo no sustentable, deforestación y otras actividades que afectan negativamente a los pueblos originarios, generan su marginalización y la pérdida de sus medios de subsistencia, así como la alteración de su relación con la naturaleza debido a la invasión de sus terri-

torios y la reubicación forzada, lo que afecta directa y gravemente la salud mental de niñas, niños y adolescentes de pertenencia étnica.

Ahora bien, de acuerdo con la importancia de hacer seguimiento a los casos de suicidio de NNA indígenas en los diversos territorios del país, la Defensoría del Pueblo elaboró durante 2022 y 2023 informes defensoriales que abordan de forma integral dicho fenómeno en la Amazonía y el Pacífico colombiano<sup>56</sup> los cuales buscan visibilizar esta problemática que afecta a la infancia y a la adolescencia de forma general y no solo a algunos sectores sociales o culturas específicas.

En una de las entrevistas realizadas a organizaciones étnicas para el Informe defensorial *Suicidio de niños, niñas y adolescentes de procedencia étnica en el Pacífico colombiano*, se pudo observar la forma en que el miedo al reclutamiento, uso y utilización influye al momento de tomar decisiones de realizarse daño autoinfligido, por parte de niñas, niños y adolescentes:

Por el reclutamiento, uno cuando lo llevan a la fuerza y uno como no quiere entrar en esa fila, toca tomar la decisión (...) En la comunidad los grupos armados ilegales, o los secuestran o los violan, y uno como se queda en las comunidades (...) y uno por pensar así se quita la vida, uno se siente apretado en las comunidades y toma la decisión de quitarse la vida, es un miedo, eso es lo que está pasando.<sup>57</sup>

<sup>56</sup> Se trata de los Informes Defensoriales *Suicidio: Una mirada desde los Pueblos Indígenas de la Amazonía, Defensoría del Pueblo y Suicidio de Niños, Niñas y adolescentes de procedencia étnica en el Pacífico Colombiano*, ambos próximos a publicarse.

<sup>57</sup> Informe Defensorial *Suicidio de Niños, Niñas y adolescentes de procedencia étnica en el Pacífico Colombiano*, próximo a publicarse.

En respuesta a estas adversidades, algunos pueblos indígenas y comunidades afrocolombianas emplean la amenaza de suicidio colectivo como forma de resistencia a este tipo de violencias. La violencia estructural y la violencia interpersonal, incluida la intrafamiliar, son causas importantes del suicidio en estos pueblos y comunidades. La marginalización y la falta de acceso a servicios básicos como educación y salud contribuyen a la crisis de salud mental y al aumento de las tasas de suicidio, especialmente entre niñas, niños y adolescentes (Vargas-Espíndola, *et al*, 2019).

En relación con lo anterior, en uno de los testimonios que hace parte del Informe defensorial *Suicidio de niños, niñas y adolescentes de procedencia étnica en el Pacífico colombiano*, uno de los líderes indígenas de las organizaciones étnicas entrevistadas, manifestó:

El tema de la seguridad alimentaria en el territorio está muy complejo, porque a medida que aumenta la familia o número de habitantes, así mismo se escasea digamos los peces, los animales, y si no es así, por el orden público no se van a cazar, no van a pescar, entonces hay confinamiento y más hambre.<sup>58</sup>

Además, la deculturación, es decir, la pérdida de elementos de la propia cultura, impulsada por la creación de internados y escuelas occidentalizadas, que van en contravía a la etnoeducación que debe primar en territorios étnicos, ha aumentado el riesgo de suicidio al alejar a los pueblos indígenas de sus tradiciones y valores culturales. Asimismo, las tensiones de género y generacionales exacerbadas por la marginación socioeconómica también

contribuyen a la conducta suicida, especialmente entre niñas y adolescentes indígenas (Vargas-Espíndola, *et al*, 2019).

De acuerdo con el informe del ICBF titulado *Conducta suicida en niñas, niños, adolescentes y jóvenes indígenas de Guainía*, (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2022) la pérdida de identidad cultural surge del contacto desigual y prolongado con la cultura occidental, lo que provoca ideaciones y conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes, al imponer idiomas, valores y conocimientos foráneos en la educación, distanciándolos de su cultura y sus pueblos. Esto se ve agravado en zonas donde los internados fragmentan relaciones familiares y distancian la transmisión de saberes.

Así las cosas, la transmisión intergeneracional de saberes tradicionales en la pesca, caza y cocina se ve afectada al enseñarse en entornos escolares, que están alejados de la vida comunitaria y del consumo de alimentos no tradicionales. La falta de intercambio de saberes indígenas agudiza la pérdida cultural, aleja a los jóvenes de las enseñanzas de sus abuelos y debilita así su arraigo a sus familias, pueblos, comunidades y culturales originarias.

En el ámbito económico, la inserción desigual en la economía de mercado impone la noción de pobreza a los pueblos indígenas, limita su participación en sectores económicos y genera dificultades para acceder a bienes y servicios básicos e influye en decisiones de vida o muerte principalmente entre las y los adolescentes y jóvenes.

---

<sup>58</sup> Informe Defensorial Suicidio de Niños, Niñas y adolescentes de procedencia étnica en el Pacífico Colombiano, próximo a publicarse.

Por ejemplo, la presencia de actividades como la minería, el turismo y la agricultura moderna genera oportunidades laborales, pero también desequilibrios sociales y fracturas familiares, especialmente cuando se combinan con la participación en grupos armados ilegales, lo que afecta la red de apoyo y la guía de las niñas, niños y adolescentes.

Finalmente, es necesario señalar que, además de las creencias propias que existen en los pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes, rom y raizales frente al suicidio, así como los contextos de violencia estructural y de conflicto armado, es posible que estas se crucen con otras posibles causas o factores de riesgo, como la discriminación, el acoso y la ausencia de habilidades de gestión emocional. Por lo tanto, siempre es importante entender no solo el contexto de la persona menor de edad, sino todos los elementos que están a su alrededor y que pueden guiar sus decisiones en uno u otro sentido.

#### **4.2.5 La orientación sexual e identidad de género diversas como posible causa de suicidios en menores de edad**

Una de las posibles causas de suicidio que no es considerada por el INMLCF es la discriminación que sufren las niñas, niños y adolescentes con OSIGD y el acoso subsecuente de dicha discriminación.

Al respecto, es importante recordar el caso de Sergio David Urrego Reyes, de 17 años, quien fue víctima de acoso por parte de sus profesores y educadores del Gimnasio Castillo Cam-

pestre. Según la Corte Constitucional: “se presentaron varias fallas en el procedimiento (disciplinario adelantado en contra del estudiante) que terminaron por constituirse en una forma de acoso escolar del joven, que pueden haber incidido en la decisión que tomó por acabar con su vida”.<sup>59</sup> El acoso del que fue víctima Sergio David Urrego fue por manifestar de manera abierta su orientación sexual.

De acuerdo con lo anterior, y por considerarse de vital importancia para la Defensoría del Pueblo visibilizar los casos de suicidios que pueden estar relacionados o tener como una de las posibles causas el acoso o la discriminación de un NNA con orientación sexual e identidad de género diversa, se requirió información a organizaciones que trabajan por los derechos de las personas OSIGD en Colombia; no existen fuentes oficiales sobre ideaciones, intentos o suicidios que contemplen dicha causal.

Por un lado, las organizaciones Colombia Diversa y la Corporación Caribe Afirmativo, informaron no tener cifras al respecto, que den cuenta de la causalidad del fenómeno del suicidio en niñas, niños y adolescentes con orientación sexual, identidad o expresión de género Diversa. Por otro lado, la Fundación Sergio Urrego, afirmó:

(...) las ideaciones e intentos de suicidio entre niños, niñas y adolescentes que se identifican con orientaciones sexuales, identidades o expresiones de género no hegemónicas, registradas en nuestra base de datos, tienen como factor motivante implícito la discriminación.<sup>60</sup>

<sup>59</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-478 de 2015.

<sup>60</sup> Respuesta de la Fundación Sergio Urrego al Radicado n.º 20240040100840081 enviado por la Defensoría del Pueblo.

En concordancia con lo anterior, esa organización cuenta con una línea especializada<sup>61</sup> para brindar atención en crisis y contención emocional a NNA OSIGD. A partir de ahí informó que desde de 2020 restructuraron y mejoraron su sistema de información que

permite la obtención de datos sobre ideaciones e intentos de suicidio de niñas, niños, adolescentes y jóvenes OSIGD, el cual arrojó lo siguiente:

**Tabla 2, 3, 4 y 5.** Intentos e ideaciones suicidas de NNA y jóvenes con OSIGD

2020				2022			
Orientación sexual		Identidad de género		Orientación sexual		Identidad de género	
Bisexual	40	Cisgénero femenina	44	Bisexual	4	Cisgénero femenina	4
Gay	10	Cisgénero masculino	13	Gay	3	Cisgénero masculino	0
Lesbiana	9	Transfemenina	0	Lesbiana	1	Transfemenina	0
Otra	10	Transmasculino	1	Otra	3	Transmasculino	1
No informa	0	No binarie	1	No informa	0	No binarie	1
		Otra	1			Otra	1
		No informa	8			No informa	3
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>Total</b>	<b>10</b>

2021				2023			
Orientación sexual		Identidad de género		Orientación sexual		Identidad de género	
Bisexual	17	Cisgénero femenina	21	Bisexual	2	Cisgénero femenina	3
Gay	2	Cisgénero masculino	2	Gay	0	Cisgénero masculino	1
Lesbiana	5	Transfemenina	0	Lesbiana	1	Transfemenina	1
Otra	7	Transmasculino	3	Otra	4	Transmasculino	1
No informa	0	No binarie	3	No informa	0	No binarie	1
		Otra	2			Otra	0
		No informa	1			No informa	0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>Total</b>	<b>7</b>

Fuente: respuesta al Radicado n.º 20240040100840081 remitido por la Fundación Sergio Urrego.

<sup>61</sup> La línea Salvavidas de la Fundación Sergio Urrego atiende las 24 horas del día, los siete días de la semana, a través de llamadas al 311-7668666, correos electrónicos, WhatsApp, Instagram y Facebook y está compuesta por un equipo psicosocial con experiencia en atención en crisis, contención emocional y acompañamiento terapéutico dirigido a niñas, niños y adolescente LGBTIQ+.

Vale la pena aclarar que en la información proporcionada por la Fundación Sergio Urrego se incluyen casos de personas que tienen 18 años (12 casos en 2020, 10 casos en 2021, tres en 2022 y uno en 2023) por lo que no es posible establecer con certeza cuáles de esos casos pertenecen a qué orientación sexual o identidad de género. Aunado a esto, y al no poder acceder a la información oficial, tampoco se cuenta con datos sobre suicidios consumados de niñas, niños y adolescentes OSIGD.

Ahora bien, al realizar un análisis más detallado sobre a los comportamientos discriminatorios asociados a las conductas suicidas, Alba Reyes, directora de la Fundación Sergio Urrego, mencionó en la entrevista realizada para esta investigación, que a través de la atención telefónica que brindan han podido detectar que hay violencia intrafamiliar de los padres, cuidadores o cuidadoras, hacia adolescentes y jóvenes cuando se enteran acerca de su orientación sexual.<sup>62</sup> Sin embargo, esta discriminación se entrelaza con otras causas o factores de riesgos, como pueden ser el tener que abandonar sus hogares, perder el trabajo o el acoso que sufren en espacios educativos.<sup>63</sup>

Frente a la discriminación y acoso en contra de las personas con OSIGD, desde la organización Caribe Afirmativo mencionaron:

Hay muchos comentarios hacia las personas LGBTI y se toman como si simplemente fueran bromas y obviamente en los niños hay mucha más posibilidad de que eso impacte en ellos y pues los afecte y no tengan con quien hablarlo una vez que llegan a sus casas. Se pone en mayor vulnerabilidad. Hay muchos que no saben ni siquiera lo que está pasando y ya reciben desaprobación.<sup>64</sup>

Este tipo de comportamientos se presentan de manera más notoria en espacios educativos, los cuales se pueden volver hostiles, antes que ser de resguardo y protección.<sup>65</sup>

Al respecto, la directora de la Fundación Sergio Urrego comentó que ellos habían tenido conocimiento de tres suicidios de NNA, dos de ellos de una niña y un joven que tenían una orientación sexual diversa y que fueron discriminados en su colegio.<sup>66</sup> Una situación muy similar al caso de Sergio David Urrego.

---

<sup>62</sup> Entrevista realizada el 12 de marzo de 2024 a la señora Alba Reyes, Directora de la Fundación Sergio Urrego.

<sup>63</sup> Entrevista realizada el 12 de marzo de 2024 a la señora Alba Reyes, Directora de la Fundación Sergio Urrego.

<sup>64</sup> Entrevista realizada el 19 de marzo de 2024 a una profesional en psicología de la organización Caribe Afirmativo.

<sup>65</sup> Entrevista realizada el 19 de marzo de 2024 a una profesional en psicología de la organización Caribe Afirmativo.

<sup>66</sup> Entrevista realizada el 12 de marzo de 2024 a la señora Alba Reyes, Directora de la Fundación Sergio Urrego.

Otro dato importante que destaca la directora de esa Fundación es que los factores de riesgo para las niñas, niños y adolescentes OSGID, cambia según el contexto cultural y territorial.<sup>67</sup> Esto cobra sentido, dado que las realidades de los NNA en el Pacífico colombiano no son iguales a las de aquellos que viven en Bogotá o en zonas rurales y por supuesto son todavía más diferentes si pertenecen a un grupo indígena.

En suma, frente a los suicidios que se consuman por parte de NNA OSGID, es fundamental tener en cuenta que se encuentran en una situación especialmente vulnerable por la discriminación de la que son víctimas en diferentes contextos y que los factores de riesgo individuales, familiares y comunitarios pueden materializarse con mayor facilidad en sus propias realidades.

Por último, es importante mencionar que las organizaciones consultadas afirmaron que ha sido difícil encontrar aliados estatales a la hora de brindar atención en salud mental; al remitir a las niñas, niños y adolescentes al sistema de salud, se encuentran con la necesidad de contar con la autorización de sus familiares o cuidadores, quienes en algunos casos son las mismas personas que desconocen la diversidad de sus hijos e hijas. Además, se enfrentan a la falta de oportunidad en el sistema, para acceder a procesos terapéuticos que permitan atender la conducta suicida.

---

<sup>67</sup>Entrevista realizada el 12 de marzo de 2024 a la señora Alba Reyes, Directora de la Fundación Sergio Urrego.

## 5. PRINCIPALES HALLAZGOS FRENTE A LA ACTUACIÓN INSTITUCIONAL

---

Este capítulo presenta el análisis de la actuación y respuesta institucional frente a la protección y garantía de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes en el marco de la política pública de salud mental, especialmente relacionada con ideaciones, intentos y suicidios de menores de edad. A partir de la información solicitada y las entrevistas realizadas, la Defensoría logró evidenciar:

1. No es posible conocer el estado actual de la implementación de la política pública de salud mental, porque no se cuenta con un sistema de seguimiento y evaluación de los programas y acciones que se hayan adelantado.
2. Las acciones de las diferentes entidades competentes y responsables en adelantar medidas de prevención y atención son aisladas, motivo por el cual persisten falencias relacionadas con la articulación interinstitucional. A modo de ejemplo, no se pudo evidenciar la articulación que debe existir entre el sistema de atención en salud (competencia del Ministerio de Salud y Protección Social de las entidades prestadoras de servicios de salud) y las autoridades administrativas encargadas del restablecimiento de derechos de niñas, niños y adolescentes, en casos de intentos de suicidios; estos últimos consideran que, este tema, es exclusivo del sistema de salud.<sup>68</sup>
3. Respecto de las obligaciones por parte de las autoridades administrativas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar se evidenciaron falencias en la atención institucional a niñas, niños y adolescentes que hayan presentado conducta suicida; no se analiza de manera integral el contexto en el que se encuentran para identificar todos los factores que inciden en dicha conducta y así implementar las medidas administrativas dirigidas a garantizar integralmente sus derechos.
4. En relación con la estrategia de coordinación intersectorial en temas de salud mental establecidas en la política pública, específicamente en temas relacionados con la interoperabilidad de las fuentes de datos, se evidencian algunas falencias en la información que actualmente coordina el Observatorio Nacional de Salud Mental.

De acuerdo con lo observado, las entidades consultadas no tienen como parámetro de medición de la información los

---

<sup>68</sup> Entrevista realizada el 4 de abril de 2024 al equipo de las Defensoría de Familia de la Regional Meta del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

mismos rangos de edad; por ejemplo, el DANE y el INS consideran el rango de edad entre 15 y 19 años, en la información pública, mientras que el INMLCF aplica en su información de acuerdo con la normatividad vigente, los rangos de edad judicial. Lo anterior contraría lo establecido en la Ley 1098 de 2006, donde se establece el periodo de la adolescencia como el rango etario comprendido entre los 14 y 17 años, aspecto que dificulta la caracterización de la población para así adaptar la oferta institucional de manera adecuada, adelantar el análisis y la toma de decisiones por parte de autoridades competentes orientadas a atender esta problemática. Esto cobra especial importancia, dado que se trata de información pública.

Llama la atención que las cifras reportadas por el INMLCF frente a los suicidios de NNA sea menor que aquella que deriva de las estadísticas vitales del DANE; en ambos casos, la variable es igual: suicidios de menores de edad.

5. En el marco de la implementación de la Política Pública de Salud Mental y de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, no existen suficientes iniciativas, estrategias, ni recursos financieros y técnicos dirigidos a promover actividades o protocolos de intervención y trabajos comunitarios, que tengan como objetivo prevenir o identificar enfermedades o trastornos mentales de niñas, niños y adolescentes, y que pudieran relacionarse con conductas suicidas.

6. Es de resaltar, como una acción positiva, que el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de las Resoluciones 4886 de 2018 y 089 de 2019 definió las acciones para la salud mental, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, hace énfasis en la reducción de los factores de riesgo, por medio de la creación de cinco ejes de acción, que según lo informado por el Ministerio son:

Eje 1. Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos: entre otras acciones resalta para este tema el desarrollo de capacidades socioemocionales a través de la estrategia de “Emociones Conexión Vital” y en la estrategia “Familias Fuertes”.

Eje 2. Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia: a través de estas medidas se fortalecen los sistemas de teleorientación en salud mental, el desarrollo de capacidades en primeros auxilios psicológicos, fortalecimiento de los sistemas de información de eventos trazadores en salud mental, publicación de la Estrategia Nacional de Conducta Suicida, donde se enfatizan en los aspectos diferenciales para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

Eje 3. Atención integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia: se destaca la Resolución 2808 de 2022, por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en donde se incluye la especialidad de psicología como puerta de entrada. Se contempla en este eje, además, la estrategia Programa de Acción para Superar las Brechas de Salud Mental.

Eje 4. Rehabilitación integral e inclusión social, mediante el cual se adelantan lineamientos para la conformación de grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua, donde se incluyen como herramienta futura para los trastornos de conducta alimentaria; además, de la implementación de dispositivos comunitarios y fortalecimiento de la rehabilitación basada en comunidad en salud mental, para lo cual se sostienen canales de comunicación constantes con los territorios.

Eje 5. Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial: se tiene en gestión multisectorial, a partir de lo establecido en el documento CONPES Salud Mental 3992 que aborda salud mental, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas y violencias con acciones de 14 entidades nacionales (ministerios e institutos), para acordar objetivos comunes, acciones concretas, indicadores de seguimiento e hitos de gestión.<sup>69</sup>

Sin embargo, es de resaltar la necesidad de lograr que estas acciones puedan implementar el enfoque de curso de vida en cada una de las actividades. Adicionalmente, y de acuerdo con el interés superior de los derechos de la infancia,<sup>70</sup> es necesario que se puedan vincular a todas las entidades que tienen competencia en la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, para que puedan estar ajustadas a sus necesidades y puedan contribuir a una mayor garantía de sus derechos.

7. Si bien los sistemas de información de las entidades consultadas<sup>71</sup> registran variables como edad, sexo y etnia, no cuentan con las variables de OSIGD o ser víctima del conflicto armado, y tampoco permite cruzar las posibles causas del suicidio con variables de etnia y de OSIGD y realizar una caracterización más completa. Lo anterior está directamente relacionado con la obligación establecida dentro de la política pública de identificar determinantes sociales que incidan en la salud mental de NNA y con ello poder gestionar acciones dirigidas a la efectiva promoción de la salud mental, con enfoque de niñez y adolescencia.
8. No existe información pública de fácil acceso que permita conocer la definición y la construcción de las variables establecidas por el INMLCF como causas de suicidios de niñas, niños y adolescentes. En ese sentido, se desconoce cuáles son los parámetros utilizados para definir un caso como “desamor”, su diferencia con el “conflicto de pareja” o como “escolares/educativas” y su diferencia con el *bullying*.
9. En los servicios de atención en salud de niñas, niños y adolescentes persisten limitaciones en el acceso a servicios especializados como psiquiatría pediátrica o psicología clínica infantil. Según el Observatorio de Talento Humano en salud (OTHS) del Ministerio de Salud y Protección Social, para 2022, Colombia úni-

<sup>69</sup> Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social, del 28 febrero de 2024, mediante el oficio con el Radicado n.º: 202422000406801.

<sup>70</sup> Según el Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, “se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes”.

<sup>71</sup> DANE, INS e INMLCF.

camente contaba con 96 especialistas en psiquiatría pediátrica en todo el territorio nacional. Por otro lado, no se tiene conocimiento respecto al número de profesionales en psicología clínica especializados en infancia y adolescencia, lo cual constituye una dificultad para los tratamientos que requieren la experticia.

Según el mapa de ubicación de los especialistas en psiquiatría pediátrica no existen profesionales en estas especialidades para las regiones de la Orinoquía, la Amazonía, y tampoco para el Chocó.

De acuerdo con el psiquiatra pediátrico el doctor Javier Caicedo Blanco de la Clínica Montserrat, una de las grandes dificultades en la atención de la salud mental de niñas, niños y adolescentes es la falta de accesibilidad y de recurso humano que hay en el país:

(...) hay zonas en general en las que es muy difícil que haya un acceso a manejo en salud mental. Y no solo eso, sino que ni siquiera al profesional específico de psiquiatría infantil, sino el profesional de psiquiatría. La mayoría de los accesos son centralizados. En la pandemia vimos que uno de los métodos que teníamos que tener, pese a que no sea perfecto, es el poder tener más accesos en vías y canales virtuales, porque ya de plano que hay poco personal, es difícil que esté centralizado y hay zonas que nunca van a llegar allá (...).<sup>72</sup>

Lo anterior está relacionado específicamente con la línea de acción de la estrategia para la atención en salud e inclusión social, particularmente con la preparación del talento

humano para la identificación y atención oportuna de afectaciones en salud mental, en zonas de difícil acceso geográfico para profesionales en psicología, trabajo social, enfermería, medicina general y especializada, incluidos especialistas en neurología y en psiquiatría; de tal forma que se puedan fortalecer las competencias del talento humano para la atención integral en salud mental con énfasis en niñas, niños y adolescentes.

10. Al partir de la necesidad de identificar las características de la población con el fin gestionar la oferta institucional, se pudo evidenciar la falta de implementación de acciones con enfoque étnico, que permitan crear entornos protectores dentro de los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes, rom y raizales y así abordar el suicidio desde sus usos y costumbres al generar espacios para la prevención de tal situación. Lo mismo ocurre con los demás enfoques diferenciales, como el OSIGD, poblaciones vulnerables como las víctimas del conflicto armado o el de género.
11. No se cuenta con suficiente personal de atención psicosocial al interior de las instituciones educativas, puesto que el desborde de problemáticas en los entornos escolares y la multiplicidad de actores dificulta la atención primaria en salud mental de los estudiantes de forma eficiente y pertinente que permita identificar factores de riesgo asociados.

---

<sup>72</sup> Entrevista realizada el 11 abril 2024 al Dr. Javier Caicedo Blanco, psiquiatra pediátrico de la Clínica Montserrat.

Estos hallazgos dan cuenta de la necesidad de fortalecer la actuación y coordinación interinstitucional, con el fin de focalizar e implementar las acciones que se requieren para la prevención de enfermedades, trastornos mentales y conductas suicidas de niñas,

niños y adolescente. De igual forma, es necesario tener en cuenta el enfoque de curso de vida en todas las estrategias; la intervención que se pueda adelantar durante la infancia y la adolescencia tendrá repercusiones en la juventud, la adultez y la vejez.



# CONCLUSIONES

A partir del desarrollo de la investigación y de los hallazgos identificados se presentan las siguientes conclusiones:

1. Con base en el análisis realizado en el capítulo 2 sobre políticas públicas en materia de salud, se concluye que actualmente la implementación de la Política Pública de Prevención carece de un seguimiento efectivo, acción que se podría realizar a través del Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados (Sinergia), lo que refleja la falta de coordinación y evaluación integral de las acciones destinadas a la protección de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental.
2. A su vez, el análisis revela una falta de coordinación y comunicación entre las entidades encargadas de la prevención y atención de la salud mental en niñas, niños y adolescentes, lo que obstaculiza el fortalecimiento de objetivos comunes y la optimización de los indicadores de impacto.
3. Por otro lado, se observan falencias en la interoperabilidad de las fuentes de datos, especialmente en lo referente a la caracterización de la población según rangos de edad y variables relevantes, lo que dificulta la adaptación de la oferta institucional y la toma de decisiones informadas para abordar la problemática de acuerdo con el rango de edad. Asimismo, la disparidad de los datos existentes entre el DANE y el INMLCF sobre suicidios de NNA evidencia el subregistro y la ausencia de certeza sobre el alcance de esta problemática.
4. Asimismo, es necesario mejorar la implementación de la Política Pública de Salud Mental y las acciones a cargo de las instituciones del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, donde faltan iniciativas, estrategias y recursos financieros y técnicos para promover actividades comunitarias y de ocio dirigidas a prevenir o identificar enfermedades mentales en niñas, niños y adolescentes. Esta falta de enfoque preventivo y de detección temprana podría contribuir a la exacerbación de los problemas de salud mental en niñas, niños y adolescentes, aumentar el riesgo de conductas suicidas y generar un impacto directo en su bienestar emocional y en el tejido social.
5. A partir del análisis de las cifras y estadísticas analizadas en el capítulo 3, se concluyó que existen carencias en los sistemas de información de las entidades consultadas; no incluyen variables importantes como OSIGD o ser víctima del conflicto armado, obstaculizan la capacidad de identificar determinantes sociales que inciden en la salud mental de niñas, niños y adolescentes, tal como lo establece la política pública. Lo anterior impide la imple-

mentación de acciones efectivas para promover la salud mental con un enfoque específico en la niñez y la adolescencia. Esta falta de datos y análisis precisos podría subestimar la magnitud de los desafíos que enfrenta esta población y dificultar la implementación de intervenciones adecuadas y culturalmente pertinentes.

6. Existe un considerable subregistro y falta de certeza sobre las posibles causas de suicidios de niñas, niños y adolescentes que realiza el INMLCF lo que evidencia la necesidad de mejorar los sistemas de registro, así como definir de manera más clara el contenido de las categorías, particularmente, las de “desamor” y “educativas/escolares”.
7. En relación con los registros sobre suicidios de NNA pertenecientes a pueblos indígenas que realizan el DANE y el INMLCF, no se toman en cuenta sus creencias propias y por lo mismo no son consideradas otras posibles causas de suicidios que podrían aportar en los procesos de prevención, atención y registro por parte de las autoridades encargadas.
8. A partir de la información analizada en el capítulo 4, se pudo concluir que la falta de acceso a servicios especializados en salud mental, como psiquiatría pediátrica y psicología clínica infantil, representa una barrera significativa para niñas, niños y adolescentes. Esta carencia, agravada por la escasez de profesionales en estas especialidades y la ausencia de centros especializados, particularmente en áreas rurales o remotas, puede significar la exclusión de niñas, niños y adolescentes de una atención oportuna eficaz y oportuna e impactar negativamente en su bienestar y desarrollo a largo plazo.

Adicionalmente, la falta de intervención adecuada de las diversas instituciones podría socavar la confianza en ellas y en los servicios de salud mental, lo que dificulta aún más la búsqueda de ayuda y el acceso a tratamientos efectivos.

9. Asimismo, se concluyó que es necesario mejorar la implementación de acciones con enfoque étnico, lo que impide la creación de entornos protectores dentro de los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes. Esta carencia podría tener graves consecuencias en la salud mental de niñas, niños y adolescentes de procedencia étnica; no se abordan adecuadamente las particularidades culturales y sociales que influyen en sus vidas. La falta de intervenciones adaptadas a las costumbres y contextos específicos de cada comunidad podría aumentar el sentimiento de alienación y desesperanza y contribuir así al aumento de la vulnerabilidad ante la conducta suicida de la niñez y adolescencia de pertenencia étnica.
10. En cuanto a los entornos escolares se identificó la insuficiencia personal de atención psicosocial dentro de las instituciones educativas, debido al desborde de problemáticas y la multiplicidad de actores, lo que dificulta la atención primaria en salud mental de los estudiantes de manera eficiente y pertinente, así como la identificación de factores de riesgo relacionados. La escasez de recursos humanos capacitados podría dejar a los estudiantes sin el apoyo necesario para manejar sus dificultades emocionales, lo que podría aumentar su vulnerabilidad ante la conducta suicida. La falta de atención adecuada en la escuela

puede contribuir a un ambiente académico y social estresante, exacerbando así los problemas de salud mental entre los estudiantes.

11. También se concluyó que la falta de atención individualizada y contextualizada por parte de las autoridades administrativas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a niñas, niños y adolescentes que pueden presentar trastornos o enfermedades mentales o que se encuentran en contextos con uno o varios factores de riesgos que pueden desencadenar intentos de suicidios, puede tener graves consecuencias en la garantía del derecho a la salud mental de los niñas, niños y adolescentes; no se llevan a cabo las acciones de protección necesarias.

En conclusión, los diferentes hallazgos subrayan la importancia de abordar de manera integral y urgente los desafíos en la promoción y atención de la salud mental de niñas, niños y adolescentes en Colombia. Es imperativo que las autoridades gubernamentales, las instituciones de salud y educativas y la sociedad en general trabajen en colaboración para implementar políticas, programas y recursos que aborden estos desafíos de manera integral, sensible a la diversidad cultural y social y que garanticen el pleno ejercicio de los derechos fundamentales de los niñas, niños y adolescentes en materia de salud mental.

# RECOMENDACIONES

## Al Ministerio de Salud y Protección Social

- Fortalecer la articulación interinstitucional entre el sistema de atención en salud y las autoridades administrativas encargadas del restablecimiento de derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Establecer protocolos claros y mecanismos de coordinación efectivos para garantizar una respuesta integral y oportuna que aborde las necesidades de salud mental de niñas, niños y adolescentes.
- Fomentar el estudio de la especialidad en psiquiatría pediátrica, con el fin de que sea posible cubrir, a mediano y largo plazo, la oferta de especialistas a lo largo del país.
- Realizar los ajustes necesarios para que en todas las zonas del país existan especialistas en psiquiatría pediátrica disponibles, particularmente en zonas de difícil acceso. Esto también sería extensible a los psicólogos clínicos infantiles.
- Continuar fortaleciendo acciones en salud mental con un enfoque integral que incorpore el curso de vida, la pertenencia étnica, y las orientaciones sexuales e identidades de género diversas (OSIGD) de manera transversal. Para ello, es fundamental diseñar estrategias específicas que no solo aborden las necesidades inmediatas, sino que también reconozcan y respeten las particularidades culturales y etarias de la infancia y la adolescencia.

## Al Instituto Nacional de Salud

- Incluir en el sistema de información SIVIGILA las variables de orientación sexual, la identidad y expresión de género.
- Realizar estudios que le permitan evaluar la posibilidad de incluir en sus variables de seguimiento la ideación suicida; esta investigación permitió evidenciar la necesidad de contar con información que aporte al entendimiento del fenómeno y así elaborar estrategias encaminadas a la prevención.

## Al Ministerio de Educación Nacional

- Establecer un plan de acción que permita dar cumplimiento a las órdenes de la Sentencia T-478 de 2015, particularmente en lo que respecta a la revisión de los manuales de convivencia del país y a llevar a cabo acciones específicas y direccionadas hacia el reconocimiento y respeto de las orientaciones sexuales e identidades de género diversas.
- Ampliar el número de profesionales en psicología, así como de psicoorientadores al interior de los centros e instituciones educativas, con el fin de i) implementar programas o actividades de gestión emocional, ii) implementar estrategias dirigidas al respeto y la diferencia del otro, como parte de las medidas *antibullying* y iii) identificar de manera preventiva casos de ideaciones e intentos suicidas de niñas, niños y adolescentes.

## A los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional

- El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio de Educación Nacional, evalúen la posibilidad de diseñar e implementar una estrategia de prevención que incluyan una perspectiva clínica como, por ejemplo, tamizajes psicológicos en centros e instituciones educativas mediante los cuales se puedan identificar factores de riesgo y posibles causas que conduzcan a ideaciones suicidas o bien a enfermedad y trastornos mentales.
- De manera coordinada impulsar iniciativas concretas y asignar recursos financieros y técnicos adecuados para promover actividades comunitarias dirigidas a la gestión emocional, así como a la identificación de las ideaciones e intentos suicidas y a la prevención y atención temprana de enfermedades o trastornos mentales en niñas, niños y adolescentes.
- Diseñar una metodología mediante la cual se puedan recolectar datos sobre las ideaciones suicidas de niñas, niños y adolescentes.

## Al Departamento Nacional de Planeación

- Priorizar la publicación y seguimiento que se realiza mediante el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados respecto de la implementación de la Política Pública de salud mental. Es imperativo garantizar la disponibilidad de esta información para una evaluación efectiva de los programas de gobierno y promover así una mayor transparencia y rendición de cuentas en el ámbito de la salud mental.

## Al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

- Incluir en sus variables la orientación sexual, la identidad y expresión de género en sus sistemas de información, así como otras poblaciones vulnerables como son las víctimas del conflicto armado. Esto, con la finalidad de poder establecer al interior de estas poblaciones, cuántos y cuantas NNA consuman actos suicidas.
- Crear una metodología que tenga por finalidad la homologación de cifras entre este instituto y las estadísticas vitales del DANE en cuanto a la variable de suicidios de NNA.
- Revisar los procedimientos de recolección y registro de datos relacionados con las posibles causas del suicidio, con el fin de disminuir la variable “sin información” y también poder verificar o evidenciar los casos en que se presenten varias posibles causas que puedan fungir como detonantes de la conducta suicida.
- Revisar las categorías que se utilizan para la clasificación y registro de suicidios de niñas, niños y adolescentes pertenecientes a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes, rom o raizales y modificar o eliminar las que actualmente existen a partir de “ancestros raciales” y de categorías como “blanco”, “amarillo”, “negro” y “mulato”.
- Implementar dentro de las variables de posibles causas del suicidio, el enfoque étnico, con el fin de considerar que para los pueblos indígenas existen causas del suicidio que son diferentes a las consideradas por la cultura occidental.
- Establecer y publicar de manera clara y accesible las definiciones exactas de cada variable utilizada para clasificar las causas de suicidios en el grupo específico de niñas, niños y adolescentes. Esto incluye definir explícitamente qué criterios distinguen “desamor” de “conflicto de pareja” y cómo se diferencia la categoría de “escolares/educativas” del *bullying* u otros factores.

## Al Departamento Administrativo Nacional de Estadística

- Establecer parámetros de edad que den cuenta del curso de vida y ajuste el rango de edad en la información pública entre 15 y 19 años, a 15 y 17 años, edades que comprenden la adolescencia, de acuerdo con lo establecido a la Ley 1098 de 2006.
- Implementar dentro de las variables de posibles causas del suicidio, el enfoque étnico, con el fin de considerar que para los pueblos indígenas existen causas del suicidio que son diferentes a las consideradas por la cultura occidental.

- Incluir en sus variables de poblaciones que consuman actos suicidas, a quienes tienen una orientación sexual e identidad de género diversa en sus sistemas de información, así como otras poblaciones vulnerables como son las víctimas del conflicto armado.

## **Al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**

- Se diseñe una directriz dirigida a las y los defensores de familia que tengan conocimiento de un caso de intento de suicidio de una niña, niño o adolescente, evalúen las posibles causas previas, así como los factores de riesgo en los que pudiera encontrarse el o la menor, con el fin de verificar la necesidad de llevar a cabo un proceso de restablecimiento de derechos. Esto cobra especial relevancia, cuando los intentos de suicidio puedan obedecer a violencia intrafamiliar, de *bullying* o acoso escolar que no haya sido atendido adecuadamente o de discriminación debido a su OSIGD. La intervención de los defensores de familia en este tipo de casos no debe limitarse a la remisión a los profesionales en salud.

# REFERENCIAS

## A

Alpañés, E. (2024) *Así influye la edad en la salud mental: los niños son más ansiosos, y los adolescentes, más depresivos*, Diario EL PAÍS, <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2024-02-01/asi-influye-la-edad-en-la-salud-mental-los-ninos-son-mas-ansiosos-y-los-adolescentes-mas-depresivos.html>

Amnistía Internacional, (2023) *La salud mental no es un privilegio es un derecho*, <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/la-salud-mental-no-es-un-privilegio-es-un-derecho/>

Arias López, H. *Factores de éxito en programas de prevención del suicidio*, Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica, Vol. 3, n.º 2, 2012, pp. 215-225, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815157>

Azúa Fuentes Emilio, Rojas, P. y Ruiz Poblete, S. *Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio*. Revista chilena de pediatría, 2020;91(3), p. 438, <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1230>

## B

Barajas Márquez M. y Cruz del Castillo, C, *Ruptura de la pareja en jóvenes: factores relacionados con su impacto*, Revista Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 22. n.º 3: 2017, pp. 342-352, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775008>

Barroso Martínez, A. *Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica*, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2019; 39(135): 51-66, <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0051.pdf>

Beltrán Guzmán, J. (2024) *Investigan suicidio de menor, por posible matoneo escolar, un fenómeno en aumento* en: Diario El Espectador, [https://www.elespectador.com/bogota/investigan-suicidio-de-menor-por-posible-matoneo-escolar-un-fenomeno-en-aumento/?utm\\_source=interno&utm\\_medium=boton&utm\\_campaign=share\\_content&utm\\_content=boton\\_copiar\\_articulos](https://www.elespectador.com/bogota/investigan-suicidio-de-menor-por-posible-matoneo-escolar-un-fenomeno-en-aumento/?utm_source=interno&utm_medium=boton&utm_campaign=share_content&utm_content=boton_copiar_articulos)

Bonet de Luna C., Fernández García M. y Chamón Parra, M, (2011) *Depresión, ansiedad y separación en la infancia: Aspectos prácticos para pediatras ocupados*. Revista Pediatría Atención Primaria, Vol. 13, n.º 51, Madrid, julio/septiembre de 2011, [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322011000300012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000300012)

## C

Calero, A., Barreyro, J. e Injoque-Ricle, I. *Inteligencia emocional durante la adolescencia*. Revista Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad, ISSN-e 2451-6600, ISSN 1515-2251, Vol. 17, Nº. 2, 2017 (Ejemplar dedicado a: Psicodebate 17(2) - Diciembre 2017 - Mayo 2018), pp. 43-54, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6216061>.

CDC, Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades del Gobierno de Estados Unidos (2023) ¿Qué es la salud mental de los niños?, <https://www.cdc.gov/childrensmental-health/spanish/basics.html>.

Ceballos Ospino, G. y Suárez Colorado Y, *Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología*, Revista CES Psicología, Vol. 5 Número 2, julio- Diciembre 2012, pp. 88-100, <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v5n2/v5n2a08.pdf>

Comité de los Derechos del Niño, (2015) *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Colombia\**, doc. CRC/C/COL/CO/4-5, <https://www.min-salud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Informes-4-5-combinado-comite-derechos-nino.pdf>

Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, (2017) *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, doc. A/HRC/35/21, <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Relator-ONU-derecho-salud.PDF>

Consejo Nacional De Política Económica y Social, Departamento Nacional De Planeación, (2020) Documento CONPES 3992, *Estrategia Para La Promoción De La Salud Mental En Colombia*, <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3992.pdf>

Corona Miranda, B. Hernández Sánchez, M. y García Pérez, R. *Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores*, Revista habanera de Ciencias Médicas, vol.15 n.º 1 La Habana ene.-feb. 2016, [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es&nrm=iso)

## CH

Child Mind Institut, (sin fecha) *Cómo se relacionan la autolesión y el suicidio?*, disponible en: <https://childmind.org/es/articulo/como-se-relacionan-la-autolesion-y-el-suicidio/>.

## D

### Defensoría del Pueblo de Colombia,

(2022) *Defensor advierte un aumento del suicidio de menores de edad*, comunicado de prensa, <https://www.defensoria.gov.co/-/defensor-advierte-un-aumento-del-suicidio-de-menores-de-edad>

(sin publicar) *Informe Defensorial Suicidio de Niños, Niñas y adolescentes de procedencia étnica en el Pacífico Colombiano*, próximo a publicarse.

Defensoría del Pueblo de Colombia y Villegas Editores, (2022) *Enfrentando el bullying*, Bogotá, pp. 140- 141, disponible en: <https://repositorio.defensoria.gov.co/items/db1880e8-ccb1-47b3-8f02-1d71b5662a61>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, (2012) *Glosario de términos para el Sistema de registro civil y estadísticas vitales*, <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/glosario.pdf>

## F

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, (2023) *Salud mental para todos los niños y niñas*, <https://www.unicef.org/colombia/historias/salud-mental-para-todos-los-ninos-y-ninas>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, (2019) *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*, <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/más-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>

## G

García-Haro, J., García-Pascual, H. (2020). *Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria en: Papeles del Psicólogo*, publicación del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, vol.41 n.º 1 Madrid ene./abr. 2020 pub 10-Mayo-2021, 10 de mayo de 2021, [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0214-78232020000100035](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0214-78232020000100035)

Garzón González, R. (2019) *Violencias en las relaciones erótico-afectivas entre adolescentes*, Universidad Nacional de Colombia, <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/77397/33750344.2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## I

Instituto de Salud Global, (2021) *Es la salud mental la pandemia después de la COVID-19*, [https://www.isglobal.org/documents/10179/8791906/32\\_ISGlobal+COVID-19+y+Salud\\_Mental+ES/2fdbeb98-7668-40cb-9923-264b92b2f323](https://www.isglobal.org/documents/10179/8791906/32_ISGlobal+COVID-19+y+Salud_Mental+ES/2fdbeb98-7668-40cb-9923-264b92b2f323)

Instituto Nacional de Salud, (2022) *Protocolo de vigilancia de intento de suicidio Código 356*, [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Intento%20de%20suicidio.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20suicidio.pdf)

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (2022) *Conducta suicida en niñas, niños, adolescentes y jóvenes indígenas del Guainía*, [https://www.icbf.gov.co/system/files/conducta\\_suicida\\_en\\_ninas\\_ninos\\_adolescentes\\_y\\_jovenes\\_indigenas\\_de\\_guainia.pdf](https://www.icbf.gov.co/system/files/conducta_suicida_en_ninas_ninos_adolescentes_y_jovenes_indigenas_de_guainia.pdf)

## M

Mayer Villa, P. y Morales Gordillo, N. *Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial*, Revista: Salud Pública en México, vol. 58 n.º 3, Cuernavaca may/jun de 2016, [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342016000300335](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000300335).

Mera García, C. (2023) *Descubre las diferencias clave entre trastornos y enfermedades mentales*, 7 de junio de 2023, <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/descubre-las-diferencias-clave-entre-trastornos-y-enfermedades-mentales>.

Ministerio de Educación Nacional, (2023) *Informe Anual Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar SIUCE*, [https://www.mineduccion.gov.co/1780/articles-404764\\_recursos\\_12.pdf](https://www.mineduccion.gov.co/1780/articles-404764_recursos_12.pdf)

## **Ministerio de Salud y Protección Social,**

(2016) *Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena*, [www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/salud-mental-indigena-orientaciones-tecnicas.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/salud-mental-indigena-orientaciones-tecnicas.pdf)

(2018a) *Boletín de salud mental Conducta suicida*, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, agosto de 2018, disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/biblioteca-digital/ride/vs/pp/ent/boletin-conducta-suicida.pdf>.

(2018b) *La Política Nacional de Salud Mental*, Resolución 4886 de 2018, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

(2019) *Lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas*, pp. 11-14, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamiento-cuidado-armonias-espirituales-pensamiento-pi.pdf>

(2021) *Estrategia Nacional para la prevención de la conducta suicida en Colombia*, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>

(2023) *Crianza amorosa: estrategia de salud mental para niños y niñas*, <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Crianza-amorosa-una-estrategia-de-salud-mental-para-ninas-y-ninos.aspx>



Observatorio de Violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>

Observatorio de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, (2008) *El Derecho Fundamental a la Salud*, Folleto No. 31, <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

### **Organización Panamericana de la Salud,**

(1993) *Salud para las mujeres, mujeres para la salud: Política de la República de Colombia*, doc. MSD13/5, [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/44868/SMSD13\\_5\\_SPA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/44868/SMSD13_5_SPA.pdf?sequence=1&isAllowed=y);

(2011) *Marco de Referencia para la implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental*, Washington D.C, <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Salud-Mental-Marco-de-referencia-2011.pdf>

(2023) *La salud mental debe ocupar un lugar prioritario en la agenda política tras la pandemia de COVID-19: Nuevo informe de la OPS*, <https://www.paho.org/es/noticias/9-6-2023-salud-mental-debe-ocupar-lugar-prioritario-agenda-politica-tras-pandemia-covid-19>

### **Organización Mundial de la Salud,**

(2021) *Salud mental del adolescente*, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

(2022) *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

(2023a) *Depresión*, 31 de marzo de 2023, [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20estima%20que%20el%203.personas%20sufren%20depre%C3%B3n%20\(1\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20estima%20que%20el%203.personas%20sufren%20depre%C3%B3n%20(1).)

(2023b) *Nuestra salud mental, nuestros derechos, Día Mundial de la Salud Mental -La salud mental es un derecho humano universal*, <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2023/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2023---mental-health-is-a-universal-human-right>

## **P**

Procuraduría General de la Nación, (2023) *Aumentan los riesgos mentales en menores de edad y jóvenes del país: depresión, ansiedad y suicidio. Procuraduría prende las alarmas*, <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/aumentan-riesgos-mentales-menores-edad-jovenes-pais-depresion-ansiedad-suicidio-Procuraduria-prende-alarma.aspx>

## R

Restrepo, E. (2023) *Racismo en desmentida y violencia estructural en Colombia*, Instituto Colombo-Alemán para la Paz – CAPAZ, <https://www.ram-wan.net/restrepo/documentos/Policybrief.pdf>

## S

Sepúlveda López de Mesa, R. *Vivir las ideas, idear la Vida: adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los emberá y wounaan de Riosucio, Chocó*, Antípoda, Revista de antropología y arqueología, n.º 6. (2008-01-01), <https://revistas.uniandes.edu.co/index.php/antipoda/article/view/1783>

Stimulus, (sin fecha) *Evolución y tendencias globales del cuidado de la salud mental*, disponible en: <https://stimulus-consultoria.com/evolucion-global-cuidado-salud-mental/>

Suárez Colorado, Y. *La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes*, Revista de Psicología GEPU Vol. 3 n.º 1- junio de 2012, pp. 182-200, <http://revis-tadepsicologiagepu.es.tl/La-Inteligencia-Emocional-como-Factor-Protector-ante-el-Suicidio-en-Adolescentes.htm>

Suprema Corte de Justicia de la Nación de México, (2022) *La importancia de la perspectiva de género en la salud mental*, <https://www.scjn.gob.mx/informate/la-importancia-de-la-perspectiva-de-genero-en-la-salud-mental>

## V

Vargas-Espíndola, A., Villamizar-Guerrero J. *Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte*, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2017, Vol. 65, n.º 1, <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54928>.

Vázquez López, P. y Pedreira, P. *Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha develado*, Revista: Asociación Española de Pediatría, Anales de Pediatría 98 (2023), pp. 204- 2012, <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403322002958>.

## Z

Zamora, José A., (2018) *La violencia estructural: defensa de un concepto cuestionado*, [https://digital.csic.es/bitstream/10261/184720/4/Violencia\\_estructural.pdf](https://digital.csic.es/bitstream/10261/184720/4/Violencia_estructural.pdf)

## ENTREVISTAS

Entrevista realizada el 12 de marzo de 2024 a la señora Alba Reyes, Directora de la Fundación Sergio Urrego.

Entrevista realizada el 19 de marzo de 2024, a una profesional en psicología de la organización Caribe Afirmativo.

Entrevista realizada el 3 de abril de 2024 a la doctora Zenaida Conde, psiquiatra pediátrico del Hospital Psiquiátrico del Valle.

Entrevista realizada el 4 de abril de 2024 al doctor Juan Camilo Aguirre, psiquiatra pediátrico del Hospital Mental de Antioquia María Upegui.

Entrevista realizada el 4 de abril de 2024, al equipo de las Defensoría de Familia de la Regional Meta del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Entrevista realizada el 11 de abril de 2024 al doctor Javier Caicedo Blanco, psiquiatra pediátrico de la Clínica Montserrat.

Entrevista realizada el 12 de abril de 2024 al psicólogo Carlos Enrique Garavito, coordinador de la Comisión Nacional de política pública del Colegio Colombiano de Psicólogos.



## Oficios

DANE, oficio núm. 20242310041401 del 8 de marzo de 2024, suscrito por la doctora Martha Nelly Reyes Rodríguez, Coordinadora (E) GIT- Estadísticas Vitales, Dirección de Censos y Demografía.

DANE, oficio núm. 20242310064511 del 11 de abril de 2024, suscrito por la doctora Edna Margarita Valle Cabrera, Coordinadora GIT- Estadísticas Vitales, Dirección de Censos y Demografía.

INS, oficio núm. 2-1000-2024-000803 del 1 de marzo de 2024, suscrito por el doctor Helver Guiovanni Rubiano García, Director General

Fundación Sergio Urrego, respuesta del 14 de marzo de 2024, suscrita por Alba Lucía Reyes Arenas, Directora de la Fundación.

Ministerio de Salud y Protección Social, oficio núm. 202422000406801 del 28 de febrero de 2024, suscrito por la doctora Clara Mercedes Suárez Rodríguez, Directora de Epidemiología y Demografía.

## Normas

Ley 1616 de 2013.

Resolución 5521 de 2013

Corte Constitucional, Sentencia T-478 de 2015.

# ANEXO: LÍNEAS DE ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN EN EL PAÍS

La siguiente información fue tomada de las páginas web de las gobernaciones y del directorio de líneas de ayuda en salud mental del Colegio Colombiano de Psicólogos

Departamento	Nombre de la Línea y Número Telefónico
Amazonas	Apoyo psicosocial 3203016118 Mentes colectivas - Escucha amiga 3155324684
Atlántico	Línea de Salud Mental 317 6218394. CRUE (5) 3309000 Extensión: 5131 (5) 3308100 - (5) 3308101
Antioquia	Línea Amiga (4) 4444448 Línea 106
Arauca	Línea 125 de Atención a Urgencias y Emergencias en Salud
Barranquilla	Línea de la vida (5) 3399999 Línea de salud 3793333
Bogotá	Línea 106 “El poder de ser escuchado” Línea de atención, ayuda, intervención psicosocial o soporte en situación de crisis
Bolívar	Línea 125
Boyacá	Línea Amiga 106
Caldas	Línea amiga 106
Caquetá	Centro de escucha comunitario San Vicente del Caguán 3214678323 Centro de escucha comunitario Cartagena del Chaira 3165413188 Línea de Atención Departamental 3223266094
Casanare	Línea Amiga 3182990629
Cauca	Línea CRUE 8205390 - 8205366 3218128623 y 3217005636 Tele orientación en Salud Mental 3234821334 – Lunes, Miércoles y Viernes de 02:00 p. m. a 4:00 p. m.
Cesar	Línea Vital #123 (se marca la tecla #)

Córdoba	Línea de Salud Mental 3043913071 CRUE CELULAR: 3182826134
Cundinamarca	Línea 123 de Cundinamarca Celular: 3212480377
Choco	Línea 106 - CRUE 3183417848
Guaviare	CRUE 3208202418 Referencia 3125320805 - 3175318505
Guainía	Línea de Atención en Salud Mental 3012737814
Huila	Línea Vida 8706633 - 8703096 - 8701980 Ext. 120 Celular 317 4037775
La Guajira	Línea de la Esperanza 313 694 4849 o la línea nacional gratuita 018000 – 943782
Magdalena	Línea 123 - CRUE 035-4319500 Celular 3185430185
Meta	Línea Amiga 3125751135 y #775
Nariño	Línea Amiga 3178054329
Risaralda	Línea Amiga 3165608849 - 018000949999
Quindío	Línea de apoyo Psicológico (6) 7359950
Putumayo	Línea Amiga 3132426787 – 3166519083 – 3138329526 – 3177670404 - 3134965480
Norte de Santander	CRUE 5784968 Ext. 221 –222 - 5829571
Santander	Línea de Atención 318-5489377.
San Andrés y Providencia	CRUE 098-5130801 ext. 331
Sucre	Línea Amiga 302 250 2883
Tolima	Línea Naranja Yo te Escucho 3136072341
Valle del Cauca	Línea gratuita 106, para niños, niñas adolescentes y jóvenes de Santiago de Cali.
Vaupés	CRUE 3135242681
Vichada	CRUE 310 2605349



**Defensoría  
del Pueblo**  
COLOMBIA

#NosUnenTusDerechos

**Defensoría del Pueblo de Colombia**  
Calle 55 N° 10-32  
Apartado Aéreo: 24299 - Bogotá, D. C.  
Código Postal: 110231  
Tels.: 314 73 00 - 314 40 00

[www.defensoria.gov.co](http://www.defensoria.gov.co)