

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El suicidio es un grave problema de salud pública que afecta a la población en la mayoría de los países del mundo. Se trata de un fenómeno en el que influyen factores del contexto social, cultural, económico e individual (1). En 2012, el suicidio fue la decimoquinta causa de muerte a nivel global y afectó principalmente a los jóvenes y adultos de edad mediana (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015, estimó que ocurrieron 788.000 muertes por suicidio en el mundo, para una tasa anual ajustada por edad de 10,7 por 100.000 habitantes (13,6 entre hombres y 7,8 entre mujeres). Al analizar la tasa ajustada por regiones, el Mediterráneo Oriental (4,34) y las Américas (9,09) muestran las cifras más bajas (3).

Desde el 2013, en Colombia, la tasa de suicidios aumentó cada año un 5,1%, rompiendo con la tendencia de los últimos 14 años en los cuales venía cayendo un 2,6%



En Colombia, la tendencia de la mortalidad por suicidio en áreas urbanas y rurales venía mostrando una reducción desde 1999-2000 hasta 2013 (3). Sin embargo, luego de este año evidencia un repunte en las cifras. Para el periodo 2014-2017 el aumento anual de las tasas fue de 7,3% en hombres y 4,5% en mujeres. Los resultados además señalan que los hombres tienen mayor riesgo de suicidio en todas partes del país, con diferencias entre áreas urbanas y rurales. Los datos muestran, a su vez, variaciones por sexo, grupo de edad y método empleado. El conocimiento del comportamiento del suicidio permite identificar grupos de alto riesgo con el fin de direccionar, de mejor forma, la toma de decisiones enfocada en la generación de estrategias de prevención y atención.

Los suicidios en el país tenían tendencia a la disminución entre 1999 y 2013

En Colombia se registraron un total de 63.989 suicidios entre 1979 y 2017, con una tendencia a la disminución entre 2000 y 2013 (Figura 1). Por grupos de edad, en los hombres, las tasas más altas se reportaron en los mayores de 64 años, así como en los de 15 a 29 años; este último grupo de edad en mujeres también presentó las cifras más altas, haciendo de los jóvenes la población más afectada (Tabla 1).

En cuanto al método de suicidio, los hombres optaron en su mayoría por el ahorcamiento y el disparo de armas de fuego; mientras que las mujeres recurrieron, en especial, al envenenamiento, seguido del ahorcamiento. En la población general, para los años recientes, los métodos más frecuentes fueron, en su orden, ahorcamiento, envenenamiento, arma de fuego y caída desde altura (Figura 2).

Figura 1. Tendencia de la tasa de mortalidad por suicidio en Colombia, 1979-2017



Fuente: Estadísticas vitales DANE

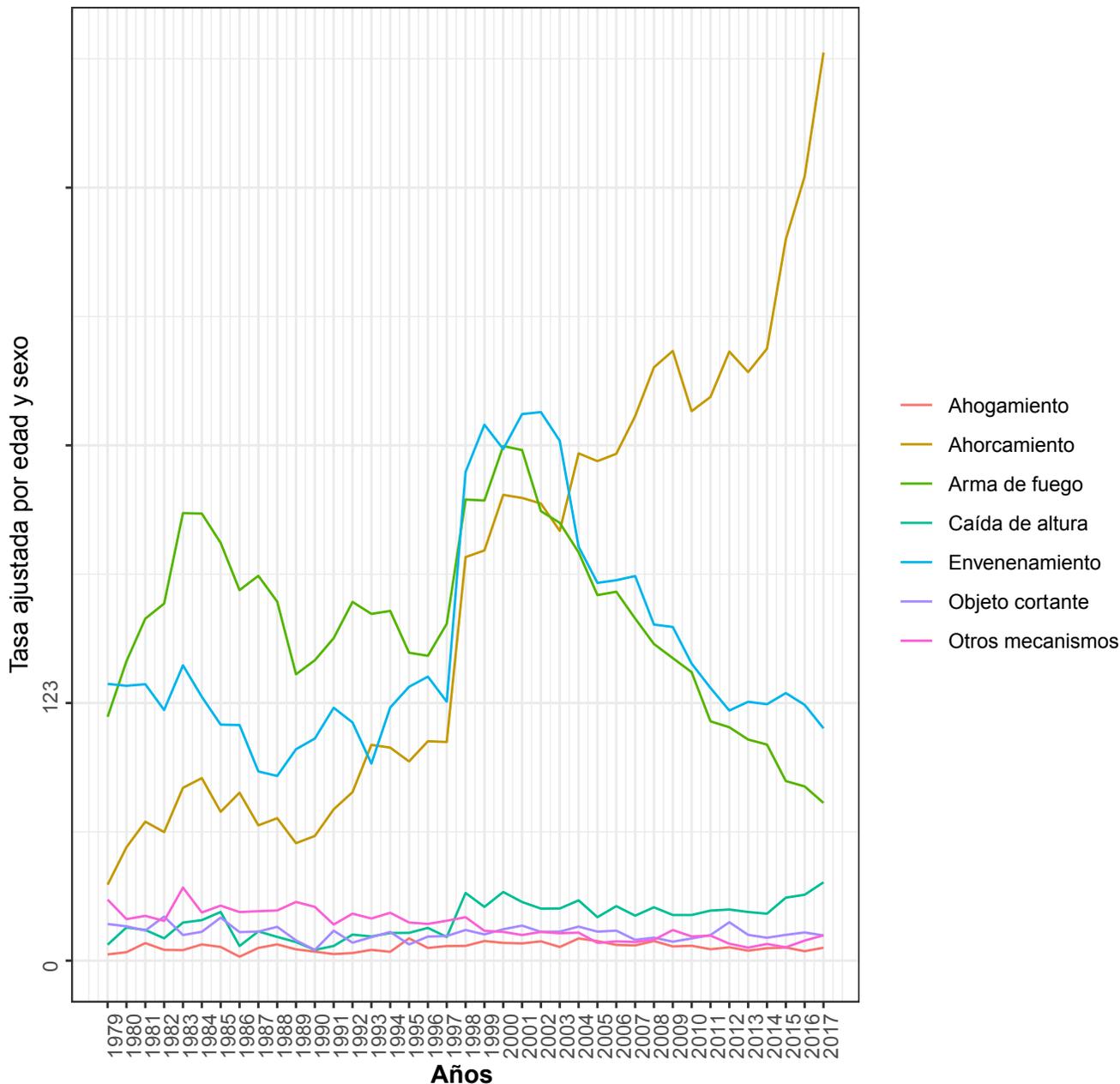
Tabla 1. Tasas específicas de mortalidad (por 100.000 habitantes) por suicidio según edad y sexo. Promedio anual, Colombia 1979-2017



Edades	Hombres	Mujeres	Total nacional
0-4	0,00	0,01	0,01
5-9	0,08	0,03	0,05
10-14	1,39	1,36	1,37
15-19	7,97	5,19	6,59
20-24	13,63	3,74	8,68
25-29	11,26	2,49	6,81
30-34	9,60	1,93	5,67
35-39	8,64	1,67	5,05
40-44	8,39	1,45	4,80
45-49	8,61	1,50	4,92
50-54	8,68	1,43	4,91
55-59	8,81	1,06	4,78
60-64	8,78	1,20	4,83
65-69	9,97	0,94	5,20
70-74	11,37	0,95	5,76
75-79	11,10	0,81	5,41
>80	14,88	0,89	6,76
Total general	6,76	1,79	4,24

Fuente: Estadísticas vitales DANE

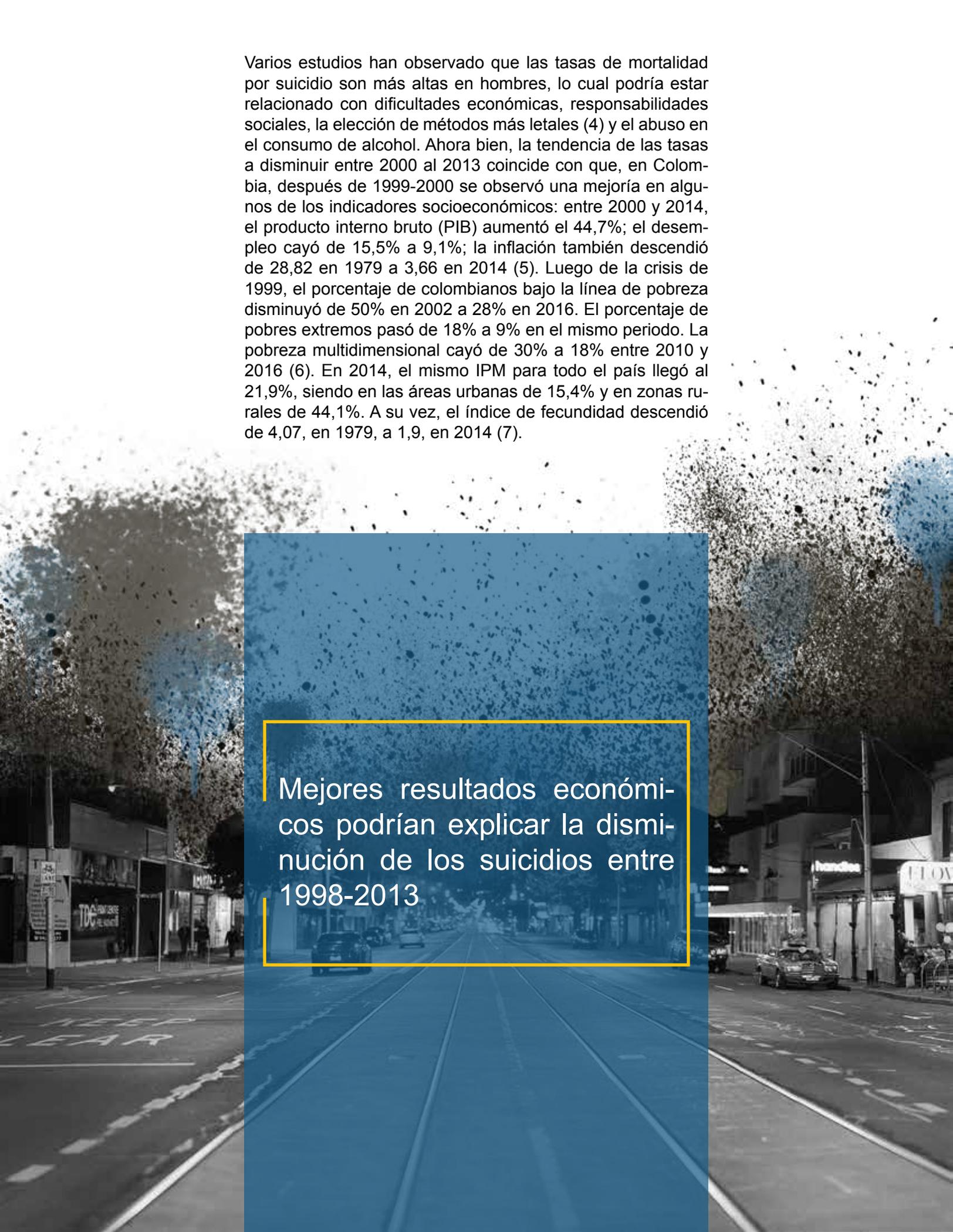
Figura 2. Tendencia de la tasa de mortalidad por suicidio según método. Colombia, 1979-2017



Fuente: Estadísticas vitales DANE

El análisis de la tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por suicidio genera un mensaje de alerta, pues la tasa venía disminuyendo (Figura 1). De 6,4 suicidios por 100.000 habitantes en el 2000 (10,1 entre hombres y 2,6 entre mujeres) pasó a 4,5 en 2013 (7,4 en hombres y 1,7 en mujeres), pero a partir de 2014 inició el repunte, llegando en 2017 a una tasa de 5,6 (9,1 entre hombres y 2,0 entre mujeres). Las tasas de suicidio por método usado aumentaron para ahorcamiento y caída de altura (Figura 2).

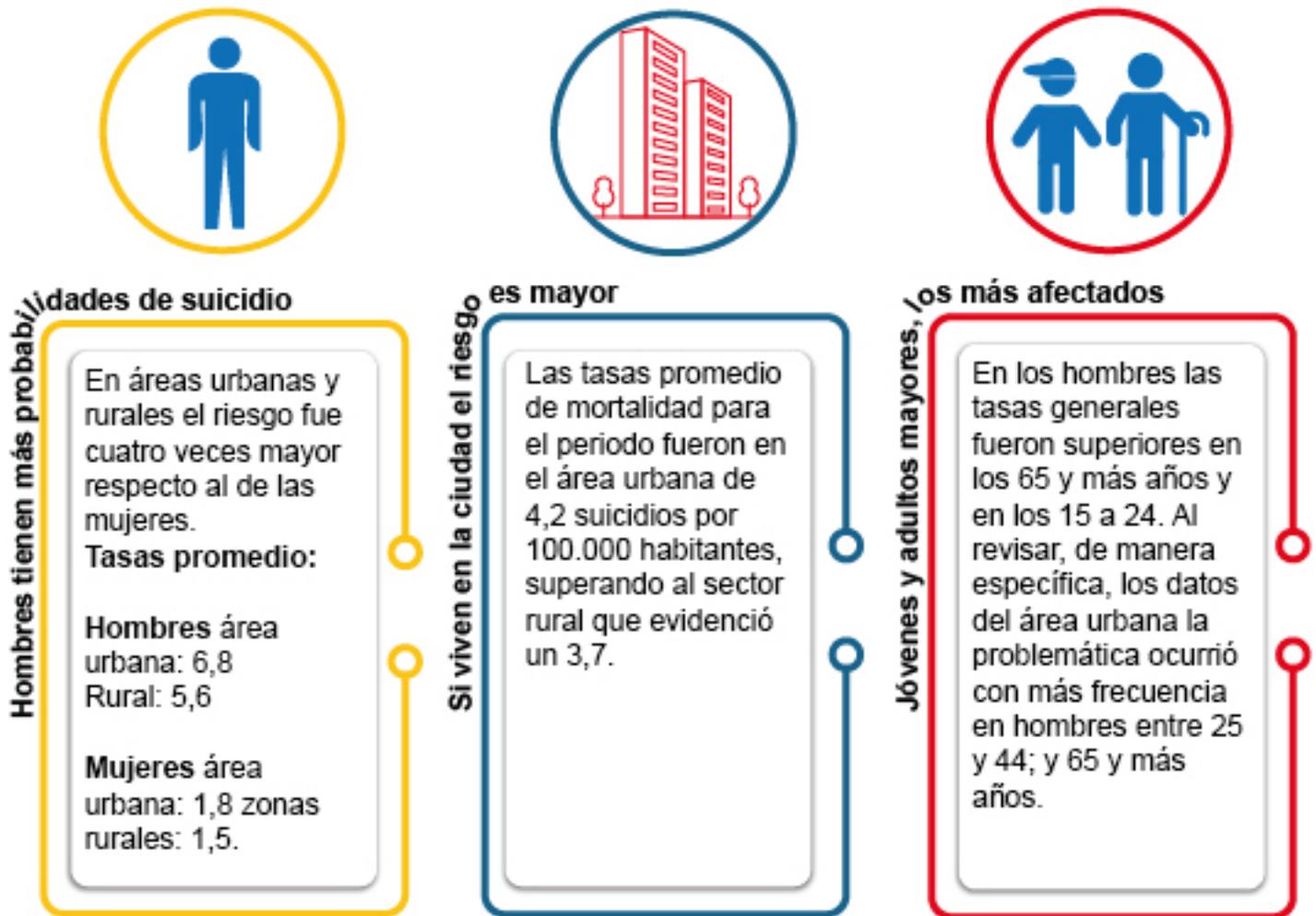
Varios estudios han observado que las tasas de mortalidad por suicidio son más altas en hombres, lo cual podría estar relacionado con dificultades económicas, responsabilidades sociales, la elección de métodos más letales (4) y el abuso en el consumo de alcohol. Ahora bien, la tendencia de las tasas a disminuir entre 2000 al 2013 coincide con que, en Colombia, después de 1999-2000 se observó una mejoría en algunos de los indicadores socioeconómicos: entre 2000 y 2014, el producto interno bruto (PIB) aumentó el 44,7%; el desempleo cayó de 15,5% a 9,1%; la inflación también descendió de 28,82 en 1979 a 3,66 en 2014 (5). Luego de la crisis de 1999, el porcentaje de colombianos bajo la línea de pobreza disminuyó de 50% en 2002 a 28% en 2016. El porcentaje de pobres extremos pasó de 18% a 9% en el mismo periodo. La pobreza multidimensional cayó de 30% a 18% entre 2010 y 2016 (6). En 2014, el mismo IPM para todo el país llegó al 21,9%, siendo en las áreas urbanas de 15,4% y en zonas rurales de 44,1%. A su vez, el índice de fecundidad descendió de 4,07, en 1979, a 1,9, en 2014 (7).



Mejores resultados económicos podrían explicar la disminución de los suicidios entre 1998-2013

**QUIÉNES
TIENEN MÁS
TENDENCIA
HACIA EL SUI-
CIDIO (1979 –
2014)**

Figura 3. Poblaciones más afectadas por el suicidio en Colombia, 1979–2014

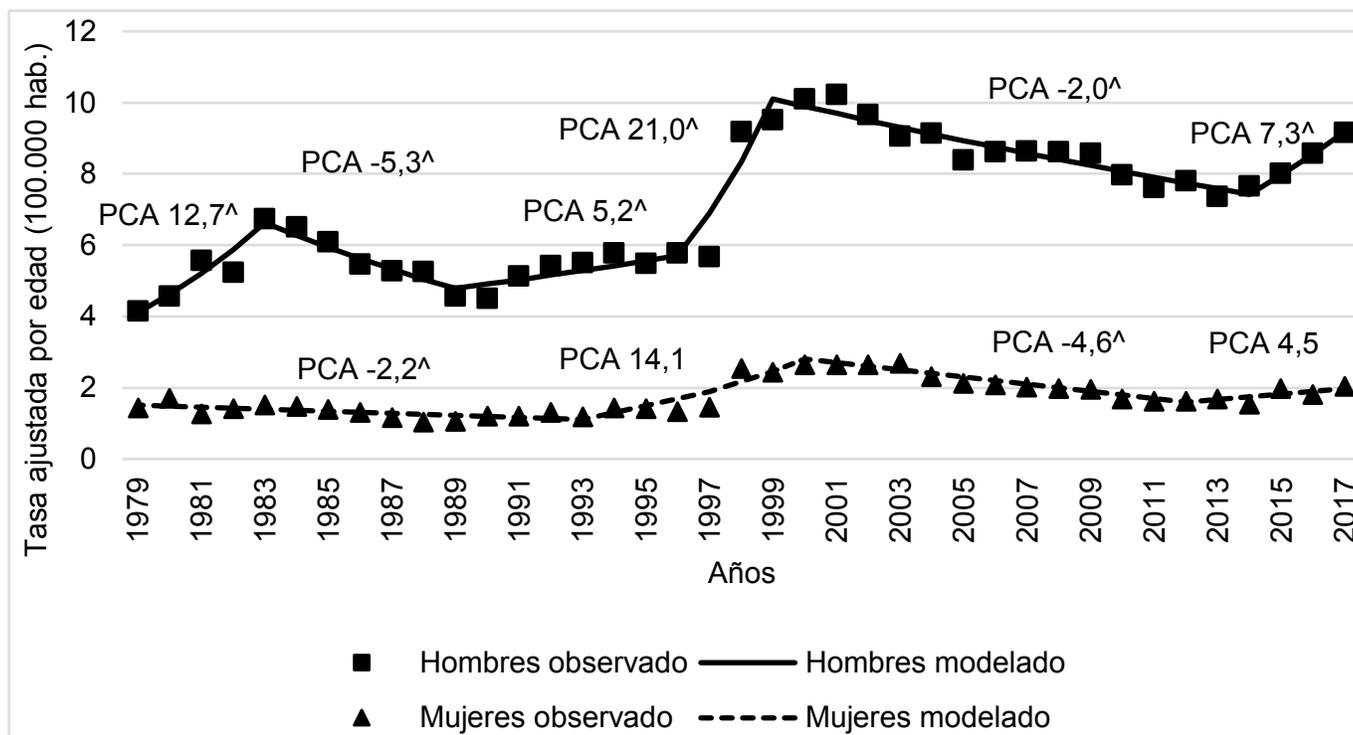


Fuente: Análisis Observatorio Nacional de Salud (3).

El año del repunte: 2014

La tendencia de la mortalidad hacia la disminución se vio modificada a partir de 2014, momento en el cual las cifras vuelven a mostrar un aumento luego de 12 años. El análisis de regresión de puntos de inflexión de las tasas ajustadas por edad mostró en hombres su máximo pico en 1999, tendencia que venía en aumento desde 1979. En el 2000 inicia un descenso significativo de 2,6% anual hasta 2014; cuando retoma un camino ascendente. Así, el porcentaje promedio de cambio anual para el periodo 1979-2017 fue de 2,1 (IC95% 0,8 a 3,5) (Figura 4).

Figura 4. Tendencia de las tasas ajustadas por edad de mortalidad por suicidio por sexo, Colombia, 1979–2017

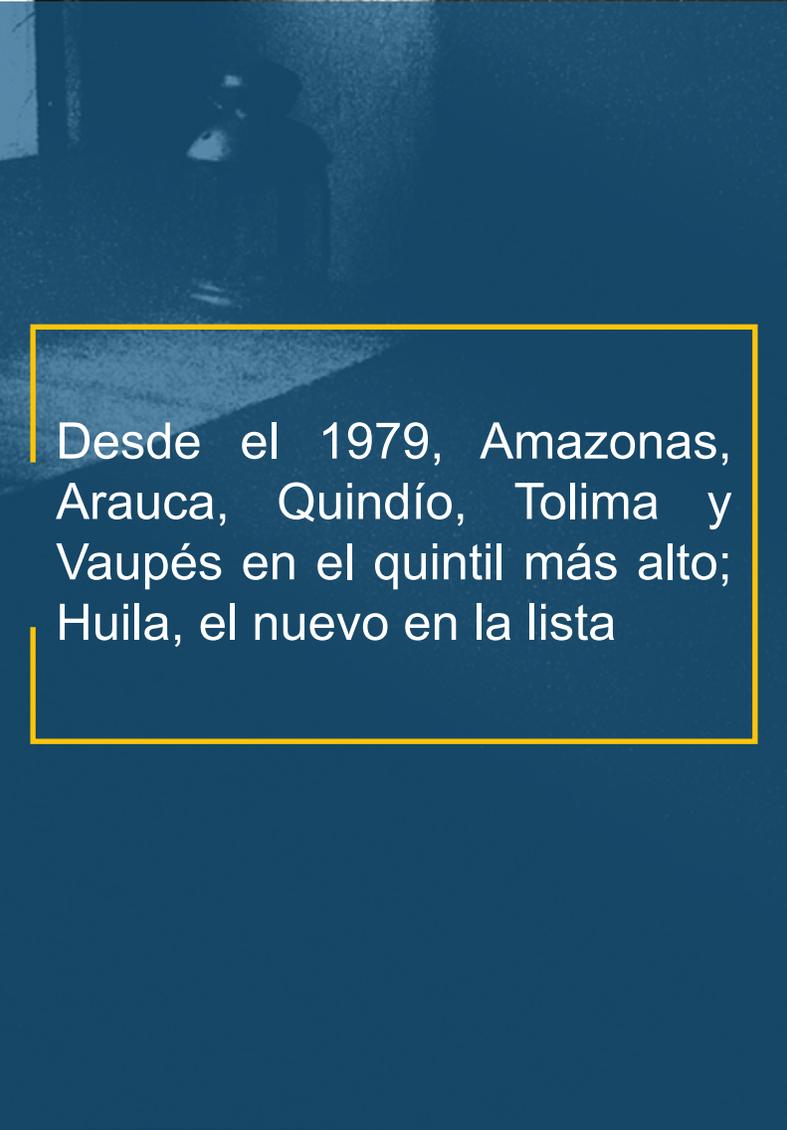


^El porcentaje de cambio anual es significativamente distinto de 0 ($p < 0,05$)

Fuente: Estadísticas vitales DANE, Análisis Observatorio Nacional de Salud



En mujeres, las tasas de mortalidad fueron mucho menores que las de los hombres. Entre 1979 y 1993 hubo una tendencia decreciente, seguida de un ascenso significativo hasta el año 2000, luego un descenso hasta 2012, para de nuevo iniciar un discreto ascenso (Figura 4). El porcentaje promedio de cambio anual para el periodo 1979-2017 fue de 0,7% (IC95% -0,6 a 2,1).



Desde el 1979, Amazonas, Arauca, Quindío, Tolima y Vaupés en el quintil más alto; Huila, el nuevo en la lista

Los departamentos que aparecen en el quintil más alto de tasas de mortalidad por suicidio, tanto antes o después del punto de quiebre (Figuras 5 y 6), son los mismos: Amazonas, Arauca, Quindío, Tolima y Vaupés. Para los últimos cuatro años ingresó a este grupo Huila y salió Nariño.

Figura 5. Tasas de mortalidad por suicidio según departamento. Colombia, 2010-2013

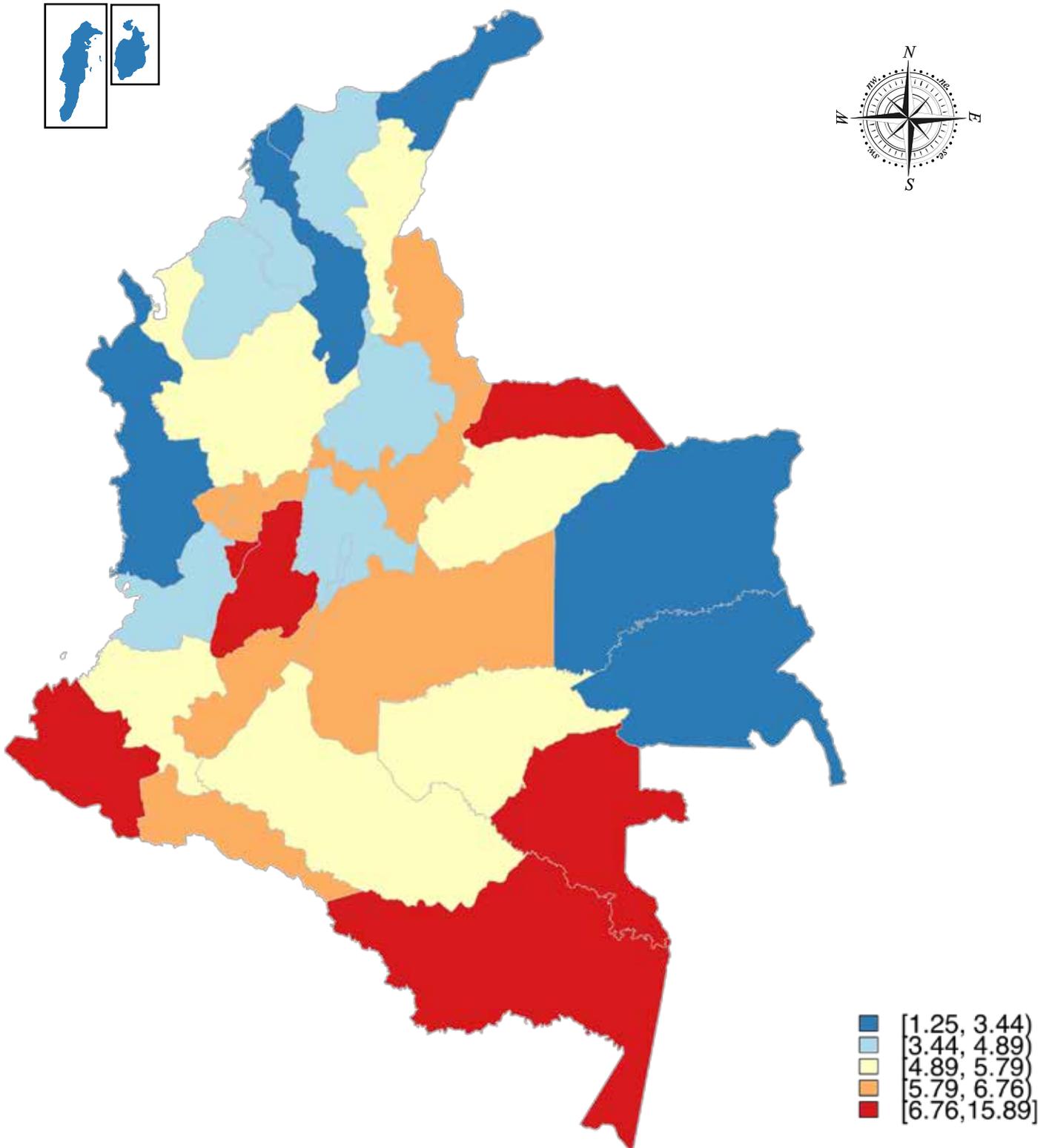
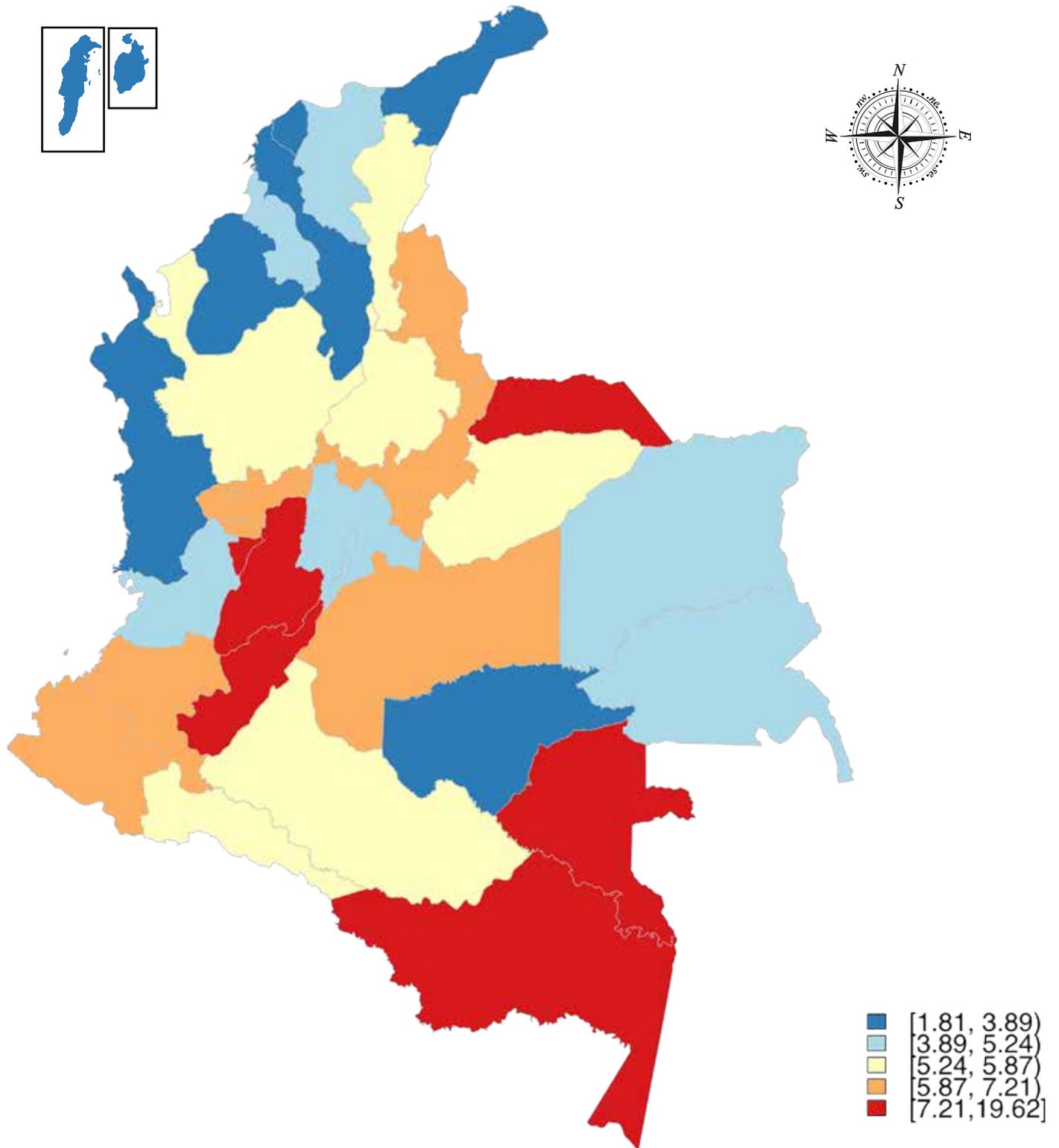


Figura 6. Tasas de mortalidad por suicidio según departamento. Colombia, 2014-2017



Desempleo, crisis económica, violencia y salud mental entre las posibles causas

Se ha sugerido que el desempleo tiene una influencia favorable en los suicidios y varía por grupos de edad y sexo. Los hombres en edad productiva son particularmente sensibles (8). El desempleo genera una reducción de los ingresos presentes y crea incertidumbre sobre los futuros, así aumenta la probabilidad de suicidio. Este efecto es más fuerte en individuos de mediana edad (9). Diversos estudios han relacionado las variaciones en las tasas de suicidio con factores económicos, sociales, demográficos, culturales. En México, por ejemplo, entre 1950 y 2008, el aumento de las tasas de suicidio de hombres jóvenes y ancianos fue atribuido a cambios demográficos, migraciones, escaso acceso a educación y disminución del ingreso per cápita (10). En Australia, un alto riesgo de suicidio fue detectado en grupos de áreas geográficas que tenían condiciones socioeconómicas mediano-baja y altas tasas de desempleo (11,12). Es necesario un análisis más detallado de la relación entre estos y otros factores con el aumento de la tasa de suicidio, posterior a 2013, para entender las razones de dicho incremento.



Colombia, durante las últimas cinco décadas enfrentó una situación de violencia con la aparición de grupos armados al margen de la ley, cultivos ilícitos, narcotráfico, problemas que originaron el conflicto armado, así como una crisis económica, política y social. En la disputa por la tenencia de la tierra que se dio entre los distintos grupos que intervinieron, se presentaron extorsiones, cobro ilegal de impuestos, secuestros, expropiación de bienes que, finalmente, ocasionaron el desplazamiento de los habitantes del área rural (13). En 1979, el 36,1% de las personas habitaba el área rural y en 2014 se redujo al 20,9% (14). Esta población por lo general ha sido pobre, con bajo nivel educativo y, por efecto del conflicto, se quedó sin tierra, sin oportunidades de empleo y sin medios de subsistencia (13). El desplazamiento forzoso, al que se aunó la migración masiva, produjo también consecuencias socioeconómicas en el sector urbano (13). Los fenómenos migratorios originaron la separación de familias, amigos y compañeros de trabajo, hechos que al producir estrés y afectación mental entre los que se fueron, pudieron aumentar el riesgo de suicidio. La presencia de cualquier trastorno mental como depresión y ansiedad y los rasgos limítrofes de personalidad están asociados con ideación suicida grave, así como haber sufrido desplazamiento por violencia alguna vez en la vida (16).



El suicidio está también estrechamente relacionado con el conflicto armado, narcotráfico y desplazamiento forzado

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, en 2015, el 7,0% de adultos del área urbana y el 5% del área rural pensaron en suicidarse (17). De las personas con ideación suicida, el 9,3% tenía trastorno depresivo, el 6,7% manifestaba trastorno de ansiedad, el 27,7% presentaba entre tres a cinco rasgos de personalidad límite, el 19,7% mostraba síntomas de seis rasgos de personalidad límite, el 12,3% sufrió un evento traumático por conflicto armado y el 15,2% fue afectado por el desplazamiento forzado (16).

A pesar del complejo contexto social, la atención de la enfermedad mental de la población ha tenido progresos. Entre 1970 y 1989, el tratamiento farmacológico era la base del cuidado. A partir de 1993, las escasas acciones en salud mental se reducían a la intervención de pacientes en crisis y a unas pocas actividades de prevención con acceso y cobertura limitada. Para 2007, se propusieron acciones orientadas a la promoción de la salud mental; la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción, el suicidio y el tratamiento de los trastornos mentales de mayor prevalencia (18). Si bien se evidencian adelantos en las acciones gubernamentales, en la población, culturalmente, no ha existido la costumbre de consultar a los profesionales de salud mental y, posiblemente, se debe a la estigmatización que se hace de las personas con enfermedad mental, que no solo les impide buscar ayuda, sino que las expone a un mayor riesgo de suicidio al ver este como una solución a una situación que no pueden afrontar por sí solos. Además, el suicidio es una fuente de estigma, ya que cualquier persona con ideación suicida se considera débil, vergonzosa y egoísta, lo que reprime la búsqueda de tratamiento temprano en el proceso suicida (19).

Salud mental: la atención avanza, pero los estigmas permanecen



Los retos de afrontar la tercera edad

Así mismo, las tasas de suicidio aumentaron en el grupo de edad de mayores de 65 años. Los factores ligados al suicidio en esta población son la depresión, el estado de salud (enfermedades crónicas, hospitalizaciones repetidas), la familia (pérdida de seres queridos), los sociales y ambientales (jubilación, pérdida de prestigio, rechazo de la sociedad, competencia con generaciones más jóvenes) (20).

Cuáles son los métodos más utilizados

El envenenamiento fue más frecuente en el área rural y el ahorcamiento en la urbana. Esto es similar a lo encontrado en otros países, especialmente en aquellos en vía de desarrollo (21,22). Según el análisis realizado hasta el año 2014, los hombres utilizan métodos más eficaces como el ahorcamiento seguido de las armas de fuego, el salto desde lugares altos, entre otros, mientras que las mujeres recurren a métodos menos efectivos como el envenenamiento o las armas cortantes (3,23). El procedimiento seleccionado se basa en la disponibilidad de este. Así, en los sectores rurales prevalece el envenenamiento debido al acceso que existe por los plaguicidas empleados en agricultura y en las áreas urbanas se prefieren las armas de fuego o se recurre al salto desde un lugar elevado e inhalación de monóxido de carbono (24). Las variaciones han sido atribuidas a las relaciones entre la vida rural y los factores culturales, el aislamiento geográfico e interpersonal, las desigualdades económicas y sociopolíticas que probablemente adquieren su importancia al momento de la toma de decisiones y específicamente en las relacionadas con las estrategias para reducir el riesgo (21).



Los métodos de suicidio varían según sexo y área de ocurrencia

RECOMENDACIONES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS Y TOMA DE DECISIONES

El suicidio es una realidad compleja que representa un desafío en salud pública a nivel global. Se han identificado múltiples factores de riesgo, muchas veces interrelacionados, que generan una mayor vulnerabilidad para el comportamiento suicida y para los cuales se debe disponer de medidas de prevención y atención. Entre los más estudiados están:



- ◇ Factores de riesgo relacionados con los sistemas de salud:
 - » Falta de acceso oportuno y efectivo para diagnóstico y atención en salud.
 - » Baja disponibilidad de servicios sanitarios específicos de atención primaria y tratamiento integral en salud mental (2,26).



- ◇ Factores de riesgo sociales:
 - » Fácil disponibilidad de medios usados para suicidio.
 - » Sensacionalismo de medios de comunicación que incentivan imitación de actos suicidas.
 - » Estigmatización de las personas con conductas suicidas, problemas de salud mental o consumo de sustancias psicoactivas (SPA).
 - » Escenarios de guerras y desastres naturales que llevan a generar estrés postraumático y por aculturación.
 - » Discriminación o aislamiento.
 - » Abuso, violencia y relaciones conflictivas (2,26).



- ◇ Factores de riesgo individuales:
 - » Intentos de suicidios previos.
 - » Trastornos mentales.
 - » Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).
 - » Pérdidas (financieras, sentimentales, etc.).
 - » Dolores crónicos.
 - » Antecedentes familiares de suicidio (2,26).

Medidas de prevención y atención



- ◇ **Prevención universal:** acciones para abordar a la población, entre las principales figuran el aumentar el acceso a servicios sanitarios integrales y de calidad, planear y promover dentro del sistema de seguridad social la atención en salud mental, implementar acciones de promoción de la salud mental y estrategias de reducción de consumo de SPA, regular y promover información con responsabilidad por parte de los medios de comunicación, reducir la disponibilidad y el acceso a medios empleados con frecuencia para llevar a cabo el suicidio como uso de pesticidas, medicamentos, armas de fuego, mejorar la seguridad de puentes, (26–28).

- ◇ **Prevención selectiva:** estrategias dirigidas a grupos vulnerables o en mayor riesgo: personas con experiencias de abusos, en desplazamiento forzado, con traumas por guerras o desastres, con familiares de suicidas, entre otros. Las principales estrategias son la formación de “policías o guardianes” encargados de brindar acompañamiento a personas vulnerables, y la implementación de servicios que presten atención continua en salud mental y actúen en situaciones de crisis de forma presencial, telefónica o virtual (26–28).
- ◇ **Estrategias indicadas:** son las acciones dirigidas a personas específicas, mediante apoyo de la comunidad, seguimiento y acompañamiento a quienes salen de centros de salud, formación y capacitación a personal de salud y de la comunidad para mejorar la identificación y manejo de: depresión, signos tempranos de comportamiento suicida, trastornos mentales y uso de SPA (26–28).
- ◇ **Atención efectiva al suicida:** mediante cobertura y acceso a servicios de salud mental, reducción de la escasez de proveedores en áreas desatendidas y una atención más integral y segura.
- ◇ **Promoción de factores protectores:** que implica incentivar relaciones interpersonales sólidas; fortalecer sistemas personales de creencias y estrategias de afrontamiento positivas; enseñar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas; y crear ambientes protectores mediante estrategias culturales y de participación comunitaria. Así mismo, es importante establecer programas de apoyos económicos con el planteamiento de medidas que ayuden a incrementar la seguridad financiera del hogar y políticas de estabilización de viviendas (26–28).

Educación y divulgación:



- ◇ Planes de comunicación que promuevan información y mensajes seguros frente al suicidio, por diversos canales de comunicación, con el fin de disminuir daños y prevenir futuros riesgos.
- ◇ Procesos de formación y sensibilización dirigidos a profesionales y al entorno social que busquen reducir la discriminación contra los usuarios de los servicios de salud mental.
- ◇ Protocolos y pautas responsables al momento de reportar o no el suicidio en los medios de comunicación (masivos y digitales).

Monitoreo y vigilancia:



- ◇ Fortalecimiento del monitoreo y la vigilancia continua de los métodos de comportamiento suicida con el fin de responder de manera oportuna. Es necesario tener información sobre los intentos suicidas, que resultaría valiosa para aportar soluciones al problema.
- ◇ Mejoramiento de la calidad de los datos de mortalidad e intentos suicidas, en cobertura y en contenido, a través de la supervisión de atributos como: calidad, representatividad, puntualidad, utilidad y oportunidad. El uso de datos de alta calidad sirve para identificar grupos, individuos y situaciones vulnerables.

El éxito de las acciones para enfrentar la problemática del suicidio depende en gran medida de su consolidación en una estrategia sistemática nacional de prevención. Esto, necesariamente, implica un compromiso político y económico por parte del Gobierno y un abordaje multi e intersectorial que incluya a salud, educación, empleo, bienestar social, judicial, entre otros. Adicionalmente, se requiere de estrategias basadas en evidencia científica integral, con adaptaciones contextuales, sociales y culturales. Es importante la asignación de recursos para cumplir objetivos debidamente planificados a corto, mediano y largo plazo, con evaluaciones regulares.

Metodología

Este documento está basado en el artículo “Tendencia de la mortalidad por suicidio en áreas urbanas y rurales de Colombia, 1979-2014”, (3) y la actualización de la información de mortalidad por suicidios 2015-2017. Para el artículo, se realizó un estudio descriptivo que evaluó la tendencia de las tasas de mortalidad por suicidio en Colombia, entre 1979-2014 por sexo, grupo de edad, método de suicidio y área de defunción. Los datos de muerte por suicidio fueron obtenidos de los certificados individuales de defunción consolidados en las bases de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (25). Se calcularon tasas de mortalidad crudas, tasas ajustadas por edad y sexo nacionales y según área; tasas ajustadas por edad según sexo y área, que se estratificaron por grupo de edad y método de suicidio; y tasas específicas según sexo y área.

Las tasas se expresaron en muertes por 100.000 habitantes al año. Para el ajuste de las tasas de mortalidad por edad se empleó el método directo. Las tendencias de las tasas de mortalidad se estudiaron empleando modelos de regresión binomial negativos y regresión de puntos de inflexión. La actualización de la información fue realizada por los mismos autores, esta vez el ajuste de las tasas de mortalidad utilizó como referencia la población estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001.

Referencias

1. Neeleman J. Beyond risk theory: suicidal behavior in its social and epidemiological context. *Crisis*. 2002;23(3):114–20.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Prevención del Suicidio. Washington, DC; 2014. 92 p.
3. Chaparro-Narváez P, Díaz-Jiménez D, Castañeda-Orjuela C. Tendencia de la mortalidad por suicidio en áreas urbanas y rurales de Colombia, 1979-2014. *Rev Biomed*. 2019;39(2).
4. Kanchan T, Menon A, Menezes RG. Methods of Choice in Completed Suicides: Gender Differences and Review of Literature. *J Forensic Sci*. 2009;54(4):938–42.
5. Banco de la República. Información recopilada y calculada por el Departamento Técnico y de Información Económica del Banco de la República. Bogotá D.C.; 2018.
6. DANE. Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2016. Anexos.
7. Expansion.com/ Datosmacro.com. Colombia natalidad.
8. Breuer C. Unemployment and suicide mortality: Evidence from regional panel data in Europe. *Health Econ*. 2015;24:936–50.
9. Koo J, Cox WM. An economic interpretation of suicide cycles in Japan. *Contemp Econ Policy*. 2008;26(1):162–74.
10. Hernández-Bringas H, Flores-Arenales R. El suicidio en México. *Papeles de Población*. 2011;17:69–101.
11. Qi X, Hu W, Page A, Tong S. Spatial clusters of suicide in Australia. *BMC Psychiatry*. 2012;12.
12. Qi X, Hu W, Mengersen K, Tong S. Socio-environmental drivers and suicide in Australia: Bayesian spatial analysis. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1–10.
13. Pérez Correa E, Pérez Martínez M. El sector rural en Colombia y su crisis actual. *Cuad Desarro Rural*. 2002;(48):35–58.
14. CEPAL. Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. Colombia. Estimaciones y proyecciones de población urbana y población rural según sexo y grupos quinquenales de edad. 2017.
15. Carcach C. A spatio-temporal analysis of suicide in El Salvador. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–11.

16. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45(S 1):68–75.
17. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo 1. Bogotá D.C.; 2015. 1–242 p.
18. Asociación Colombiana de Psiquiatría., Comité de Políticas. Política Nacional del Campo de la Salud Mental Documento -Propuesta para Discusión y Acuerdos Ministerio de la Protección Social. Bogotá D. C.; 2007.
19. Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R. Stigma as a cause of suicide. *Br J Psychiatry.* 2003 Aug;183(2):173 LP – 174.
20. Pérez Barrero SA. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Cien Saude Colet.* 2012;17(8):2011–6.
21. Hirsch JK. A review of the literature on rural suicide: Risk and protective factors, incidence, and prevention. *Crisis.* 2006;27(4):189–99.
22. García V. J, Montoya M. GJ, Lopez J. C a., Cecilia M, López T. MC, Montoya G. P, et al. Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2011;40(2):199–214.
23. García de Jalon E, Peralta V. Suidicio y riesgo de suicidio Suicide and risk of suicide. *Ann Psychol Sis San Navarra.* 2002;25(3):87–96.
24. Chang S Sen, Chen YY, Yip PSF, Lee WJ, Hagihara A, Gunnell D. Regional Changes in Charcoal-Burning Suicide Rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: A Time Trend Analysis. *PLoS Med.* 2014;11(4).
25. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones.
26. World Health Organization. National suicide prevention strategies. Vol. 30, *Psychiatra Fennica.* 2018. 9–30 p.
27. Organización Mundial de la Salud. MhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. *Land Water Int.* 2008.
28. Stone D, Holland K, Bartholow B, Crosby A, Davis S, Wilkins N. Preventing Suicide: A Technical Package of Policy, Programs, and Practices. Atlanta, Georgia; 2017.