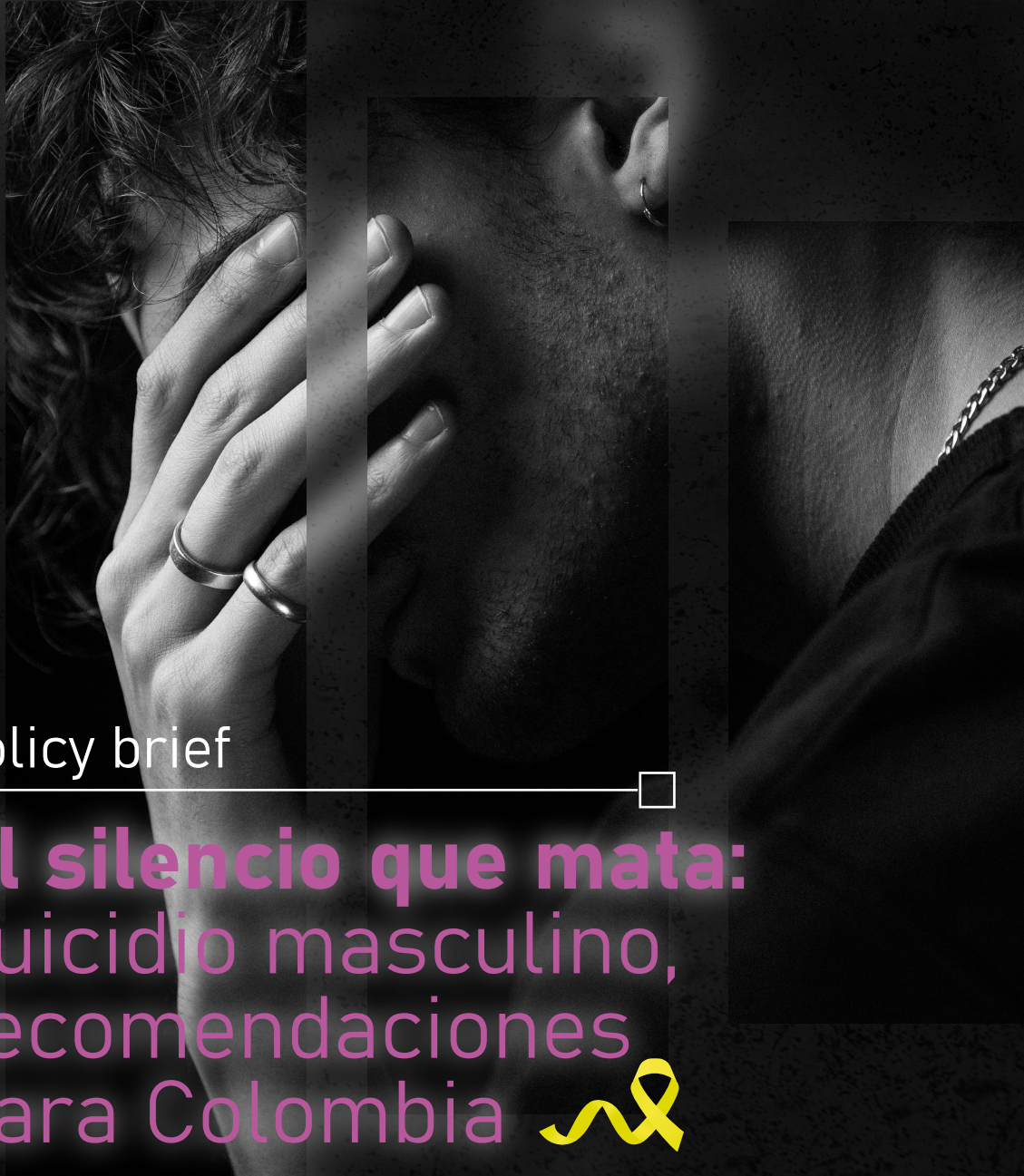




Sep

2025



Policy brief

El silencio que mata: suicidio masculino, recomendaciones para Colombia

La prevención del **suicidio en hombres** en Colombia requiere **voluntad política** y un enfoque integral con **perspectiva de género** que rompa **estigmas de masculinidad**, promueva la **salud mental** y garantice **acceso equitativo** a servicios para salvar vidas.



El silencio que mata: suicidio masculino, recomendaciones para Colombia

Keyra Liseth Asprilla-Córdoba
Jean Carlo Pineda-Lozano
Karen Viviana Zabaleta- Rodríguez
Claudia Patricia Roncancio- Melgarejo

Revisado por:
Diana Patricia Díaz-Jiménez
Pablo Enrique Chaparro-Narváez
Karol Patricia Cotes-Cantillo

Agradecimientos a los expertos temáticos que apoyaron las sesiones de discusión para la construcción de este policy brief: Paulo Daniel Acero del Colegio Colombiano de Psicólogos, Milton Murillo Pinto del Colegio Mayor Universidad del Rosario, Alexie Vallejo Silva de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, Carlos Antonio Murillo del Instituto Colombiano de Medicina Legal, Paola Andrea Tejada Morales de la Universidad el Bosque, Diana Carolina Fonseca, María Camila Aldana, Laura Daniela Ortiz Portela, Iván Fernando Díaz Molina, Natalia Moreno Ramírez del Ministerio de Salud y Protección Social, Andrea García Experta, Yalena Mosquera Bahamón, Luis Eduardo Correa, Daisy Mariana Moreno Martínez y Silvia Galvis del Instituto Nacional de Salud



Mensajes clave

El suicidio es prevenible: existen intervenciones efectivas que, con voluntad política y articulación intersectorial, pueden salvar vidas.

Los hombres presentan mayor mortalidad por suicidio. En Colombia, entre 2005 y 2023, el 80% de las muertes por suicidio correspondieron a hombres, mientras que las mujeres registraron más intentos no consumados.

Los estereotipos de masculinidad y el estigma social son barreras críticas. Limitan la expresión emocional la búsqueda de ayuda y el acceso oportuno a servicios de salud mental.

Romper el silencio en torno a la salud mental masculina es una prioridad urgente.

Normalizar el cuidado emocional y la expresión de sentimientos resulta clave para transformar imaginarios sociales y reducir riesgos.

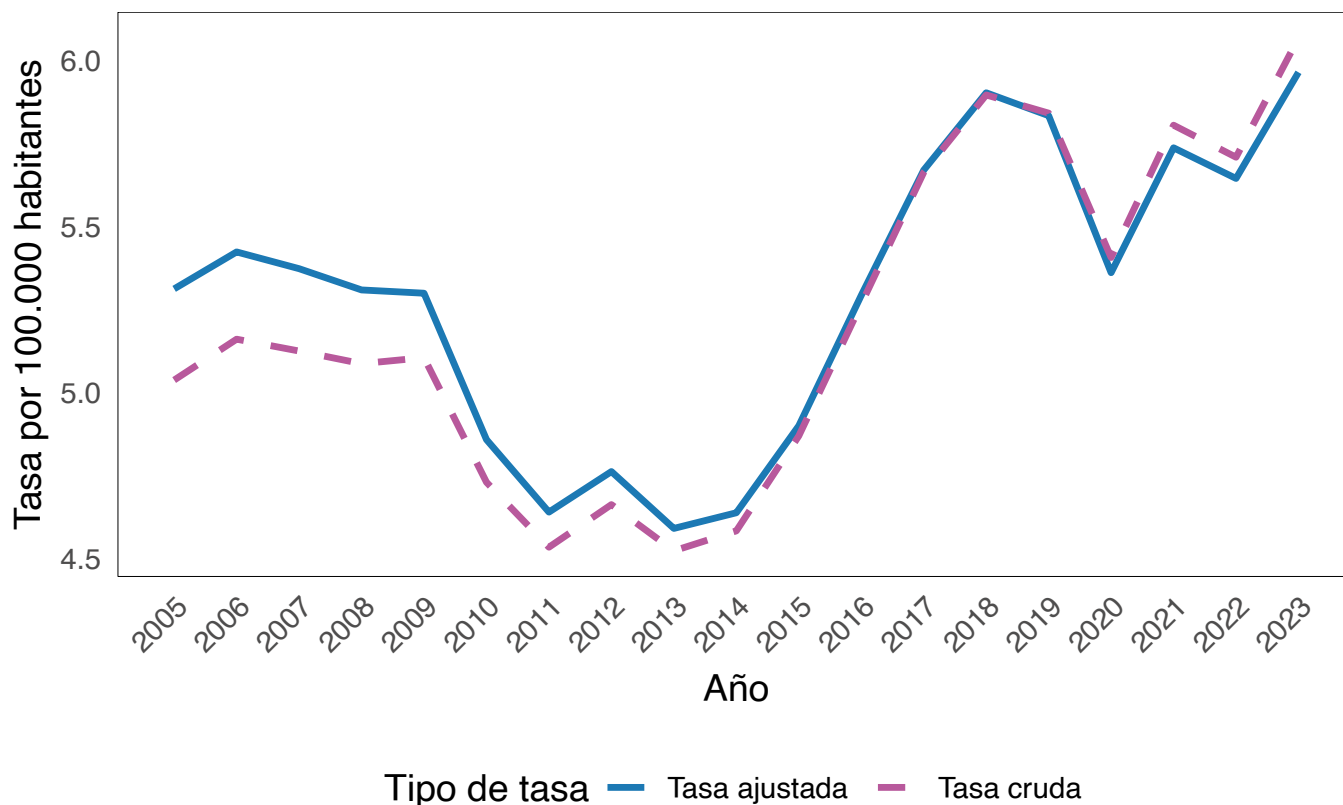
La prevención del suicidio en hombres exige un enfoque integral. Combinar estrategias psicosociales, acceso equitativo a servicios, educación emocional y políticas públicas con perspectiva de género puede generar impactos sostenibles.

Problema

El suicidio constituye una de las principales causas de muerte prevenible en hombres jóvenes en Colombia y representa un desafío urgente de salud pública. Entre 2005 y 2023 se registraron 46.275 muertes por suicidio, de las cuales el 80% correspondieron a hombres, especialmente en los grupos de edad entre 20 y 29 años (28%) y de 10 a 19 años (17%). En este periodo, la mortalidad masculina superó en cuatro veces a la femenina, y el 59% de los casos ocurrieron antes de los 40 años.

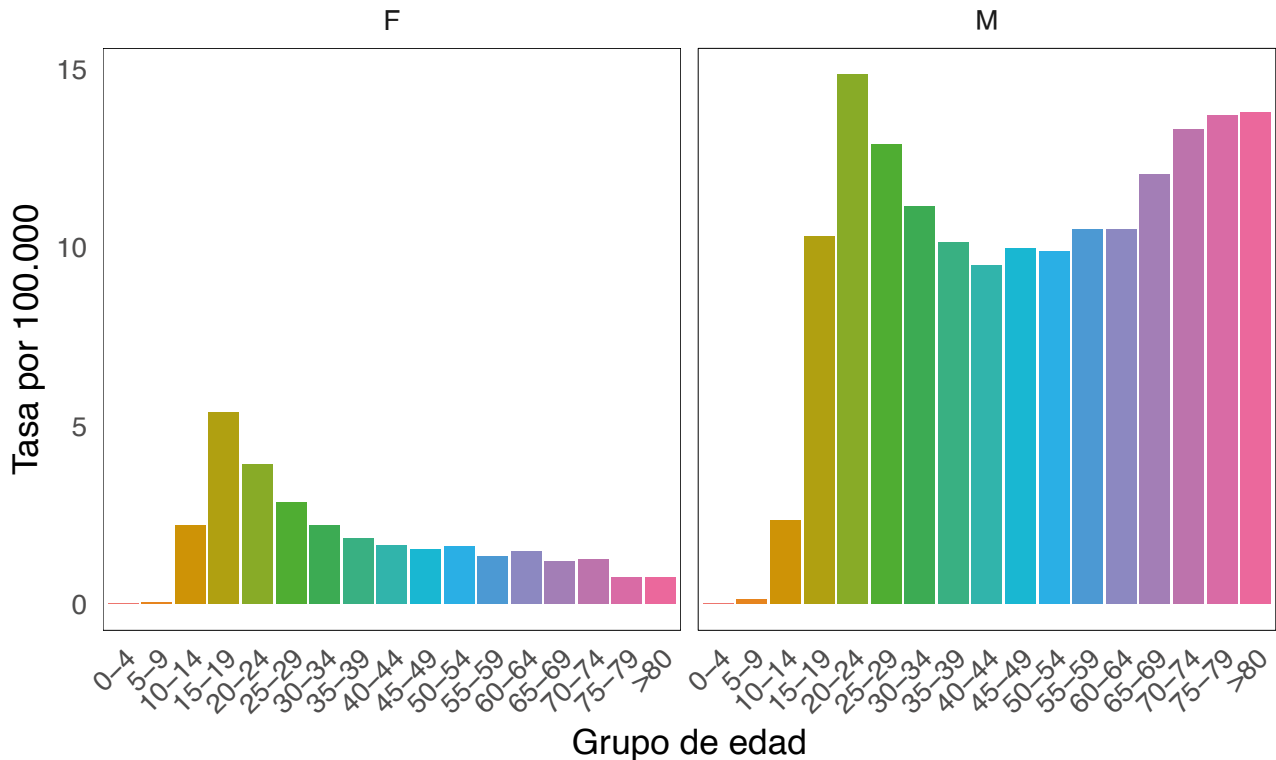
Las tasas de suicidio han mostrado un aumento sostenido: la tasa ajustada por edad y sexo pasó de 5,0 por 100.000 habitantes en 2005 a 6,0 en 2023 (Figura 1), con los valores más altos entre hombres de 20 a 24 años (Figura 2). Este incremento revela un patrón creciente que afecta principalmente a hombres jóvenes en plena etapa productiva.

Figura 1. Tasa cruda y ajustada por sexo y edad de mortalidad por suicidio en Colombia, 2005-2023 (por 100.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia del equipo ONS a partir de datos DANE

Figura 2. Tasas específicas promedio de mortalidad por suicidio, según edad y sexo. Colombia, 2005-2023



Fuente: Elaboración propia del equipo ONS a partir de datos DANE

El impacto económico y social es considerable. Entre 2005 y 2021, las muertes prematuras por suicidio generaron la pérdida de más de dos millones de años de vida productiva y un costo estimado de 4.200 a 7.100 millones de dólares (2), además de consecuencias familiares y comunitarias de gran magnitud.

Este fenómeno trasciende lo individual y lo clínico, pues responde a una combinación de factores estructurales, sociales y culturales como la pobreza, el desempleo, la violencia, la exclusión, el consumo problemático de sustancias psicoactivas, antecedentes de enfermedad mental o intentos previos, aislamiento social y conflictos interpersonales (1). A ello se suman mandatos de masculinidad hegemónica, que promueven la

autosuficiencia y la negación de la vulnerabilidad, restringiendo la expresión emocional y la búsqueda de ayuda oportuna (3).

La problemática adquiere una dimensión territorial crítica. En departamentos históricamente afectados por el conflicto armado y la exclusión, como Chocó, se observa cómo la precariedad económica y las tensiones en los roles de género aumentan el riesgo de conductas suicidas en hombres jóvenes: "Los hombres (afro) más que todo [tienen conductas suicidas] [...] por el tema de no ser las personas que den el sustento a su familia, [...] el tema de desempleo ha generado en muchos hombres [...] desesperanza que terminan llegando al suicidio" (referente departamental de salud mental, Chocó, 2024). Estos testimonios evidencian que el

1. Este testimonio fue tomado del trabajo de campo realizado por el equipo del ONS, en 2024 para la serie documental, Chocó Herido: la sombra de la violencia y el silencio de la conducta suicida.

sufrimiento psicosocial masculino requiere respuestas que articulen salud mental, justicia socioeconómica y transformaciones en los estereotipos de género (4).

Si bien Colombia ha avanzado en marcos normativos como la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026, la Ley 2460 de 2025 y la Política Nacional de Salud Mental 2024–2033, las tasas crecientes de suicidio masculino muestran que el abordaje sigue siendo insuficiente. Persisten brechas entre la norma y su aplicación efectiva observada en la baja disponibilidad de personal especializado, débil articulación intersectorial y la falta de un enfoque diferencial que considere las realidades socioculturales de los hombres.

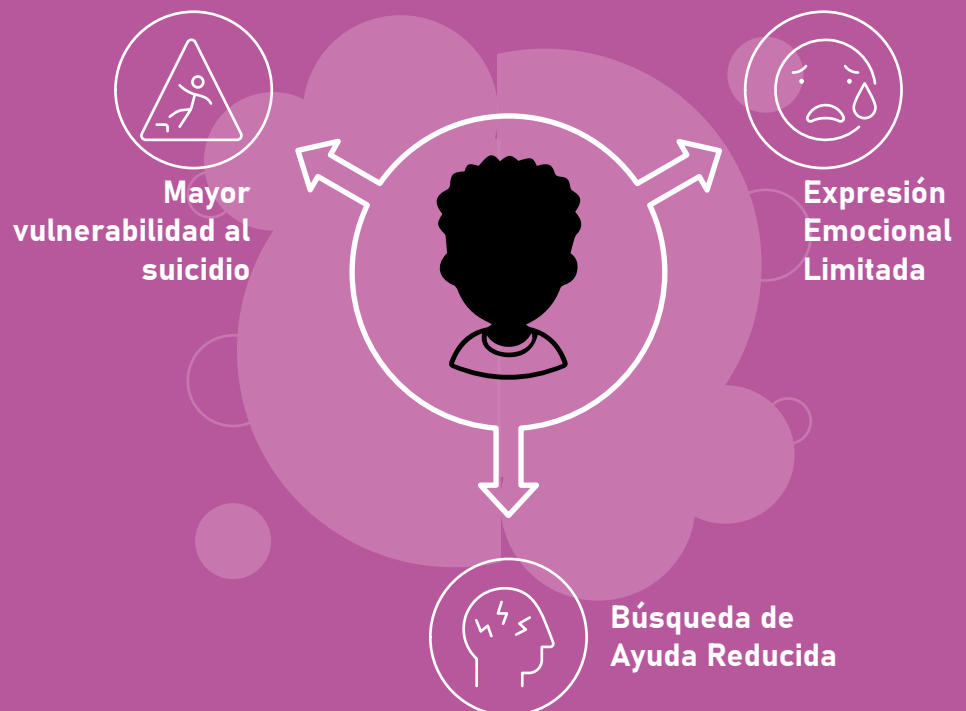
Esta crisis silenciosa de salud mental debilita el tejido social y expone la necesidad de superar el estigma, fortalecer la respuesta intersectorial y garantizar políticas públicas de salud mental con perspectiva de género, territorial e intercultural, para reducir la mortalidad por suicidio en hombres en Colombia.

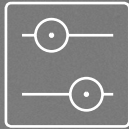
Causa primaria

En este policy brief se identificó como causa primaria el estereotipo de masculinidad hegemónica, que impone normas restrictivas sobre cómo deben sentir, actuar y relacionarse los hombres. Este modelo limita el reconocimiento, y la expresión del malestar psíquico, desalienta la búsqueda de ayuda y contribuye a una mayor vulnerabilidad frente al suicidio.

A partir de la revisión de literatura y un ejercicio participativo con expertos, se analizaron las causas raíz que sustentan y reproducen este estereotipo, clasificándolas según su grado de modificabilidad: a) aspectos socioculturales, b) actitudes de los hombres hacia la búsqueda de ayuda en salud mental, c) influencia de los entornos digitales, d) conocimientos y actitudes del personal de salud, y e) desigualdades estructurales. Estas dimensiones fueron analizadas y priorizadas según su grado de modificabilidad (total, parcial o no modificable), mediante un ejercicio participativo con expertos temáticos. Este proceso permitió enfocar estratégicamente el análisis en aquellos factores con mayor potencial de intervención en el marco del presente policy brief.

Impacto de los estereotipos de masculinidad en la salud mental





Causas parcialmente modificables

o **Aspectos socioculturales:** creencias y contextos que representan al hombre como figura autosuficiente y proveedora. Estas normas de género rígidas perpetúan patrones de silencio emocional, que consolidan el estigma frente a la salud mental y desincentivan la expresión del malestar (5,6).

o **Actitudes hacia la búsqueda de ayuda:** muchos hombres perciben la atención en salud mental como un signo de debilidad. La falta de herramientas de autorregulación emocional refuerza, la resistencia a acudir a acompañamiento profesional (7-12).

o **Conocimientos y actitudes del personal de salud:** persisten barreras para ofrecer atención con enfoque de género e interculturalidad. Esto genera experiencias de maltrato o juzgamiento que refuerzan la desconfianza de los hombres hacia los servicios (8-10).

o **Entornos digitales:** ciertos espacios virtuales amplifican discursos de violencia simbólica y sancionan la expresión de vulnerabilidad masculina, reforzando estigmas y aislamiento (10).



Causas no modificables

o **Desigualdades estructurales:** el desempleo, la pobreza y la precariedad económica intensifican el sufrimiento psicosocial, al reforzar la presión sobre los hombres como principales responsables del sustento familiar.

La evaluación del impacto, grado de modificabilidad y alineación con políticas vigentes permitió priorizar estas causas, orientando la formulación de intervenciones viables, sostenibles y con alto potencial transformador para reducir la mortalidad por suicidio en hombres en Colombia (11-13).

Opciones de política

De acuerdo con la revisión de literatura, el análisis normativo y el proceso de validación con expertos y actores clave, se identificaron dos enfoques estratégicos para prevenir el suicidio en hombres, centrados en la causa primaria de los mandatos de masculinidad hegemónica. A continuación, se presentan.

Opción 1: Educación en salud mental y la comprensión del suicidio con perspectiva de género

La educación constituye la base para modificar conductas en salud y transformar estereotipos masculinos que obstaculizan la búsqueda de ayuda. Este enfoque integra acciones en tres niveles: profesionales, comunitario-familiar y transversales (14).

a) Profesionales

- Fortalecer la capacitación del personal de salud en detección temprana, manejo y referencia oportuna de casos de riesgo (15,16).
- Transformar el abordaje del intento de suicidio más allá de enfoques exclusivamente clínicos incorporando recursos psicosociales y de apoyo comunitario (14).
- Como acciones de promoción y prevención se debe fortalecer la formación y entrenamiento en habilidades de identificación y manejo temprano de la conducta suicida (17). Incluir a primeros respondientes como personal de vigilancia, policía, defensa civil, bomberos, en procesos de formación sobre identificación de señales de riesgo y atención en crisis.

b) Comunitarios y familiares

- Promover programas educativos en instituciones educativas (escuelas,

universidades) y entornos laborales (18) que fortalezcan el reconocimiento y la expresión emocional, reduciendo estigmas asociados al suicidio.

- Incentivar la comunicación abierta en grupos sociales cercanos (amigos y compañeros) y familias (pareja y padres), creando redes de apoyo que faciliten la detección temprana de riesgo (19). El soporte social y familiar es un factor protector para el suicidio (20) y constituye el primer eslabón para la identificación de señales tempranas de riesgo (21). En el ámbito escolar se debe proporcionar a niños y jóvenes herramientas que les permitan desarrollar las habilidades y atributos para el afrontamiento de la vida, enfocándose en su identidad y aceptación (22) y sensibilizando a la población adolescente respecto al suicidio, el acoso escolar y el bullying (23).
- Garantizar el acceso a líneas de atención y servicios de apoyo inmediato, con confidencialidad, anonimato y sin juicios de valor (24).

c) Transversales

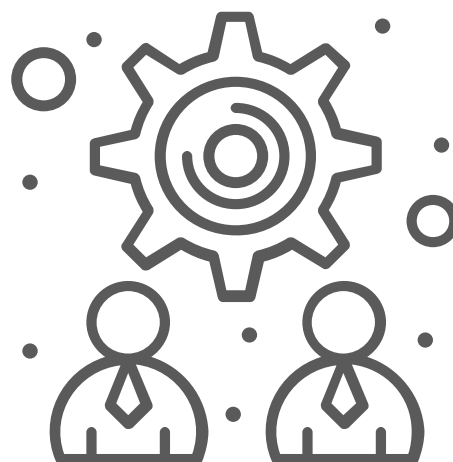
- Difundir modelos diversos y positivos de masculinidad en medios de comunicación y campañas públicas, con mensajes como “¡Buscar ayuda es ser fuerte!” (25).
- Fomentar la comunicación responsable sobre suicidio (26) en medios y redes sociales.
- Priorizar la atención de grupos de alto riesgo como los que incluyen jóvenes, hombres con intentos previos, con depresión, en situación de desempleo o violencia y minorías sexuales.

La educación integral en salud mental con enfoque de género es una herramienta costo-efectiva que permite desmontar

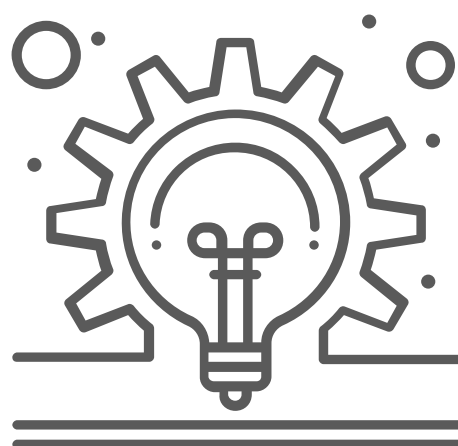
estereotipos masculinos dañinos, fortalecer la resiliencia y ampliar las oportunidades de apoyo. Implementar estas acciones de manera articulada con los sectores de salud, educación, trabajo y medios de comunicación contribuiría a reducir significativamente la mortalidad por suicidio en hombres en Colombia.

Opción 2: Fortalecer la comunicación sobre la prevención del suicidio en entornos masculinos

- Entornos sociales: implementar campañas en bares, clubes deportivos y otros espacios de encuentro masculino, con mensajes que incentiven el reconocimiento de señales de riesgo en sí mismos o en amigos, y a no subestimar la expresión de ideas suicidas (27).
- Instituciones educativas y religiosas: aprovechar su rol como redes de apoyo para generar confianza, orientar a los jóvenes y ofrecer acompañamiento espiritual y emocional (19).
- Deporte y trabajo: utilizar clubes deportivos y sectores laborales con alta presencia masculina (construcción, minería, ingenierías) como escenarios para promover modelos positivos de masculinidad y normalizar la búsqueda de ayuda (16).
- Tamización escolar: establecer programas de detección temprana en adolescentes y jóvenes, para identificar intentos previos, ideación suicida, depresión o consumo problemático de sustancias (24).
- Reducción del estigma: desarrollar campañas de comunicación que transmitan información objetiva sobre salud mental, promuevan el apoyo entre pares y orienten a familiares y amigos sobre cómo responder ante señales de riesgo (28).



La comunicación estratégica en entornos masculinos cotidianos permite llegar a poblaciones de difícil acceso por los canales tradicionales de salud. Aprovechar espacios sociales, educativos, laborales y deportivos facilita la identificación temprana del riesgo y promueve redes de apoyo cercanas, contribuyendo a reducir la mortalidad por suicidio en hombres en Colombia.



Recomendaciones

La evidencia epidemiológica muestra que los hombres concentran la mayor carga de mortalidad por suicidio en Colombia, especialmente en edades jóvenes y productivas.

Frente a este panorama, se recomienda:

- Adoptar un enfoque integral que combine la educación en salud mental con perspectiva de género y la comunicación estratégica en entornos masculinos, orientado a transformar creencias culturales y a ampliar los espacios seguros para hablar de emociones.
- Fortalecer las capacidades del sistema de salud mediante la formación del personal en identificación temprana del riesgo suicida, protocolos de atención sensibles al género y seguimiento activo de casos con intento de suicidio.
- Implementar campañas comunitarias y mediáticas que reduzcan el estigma, promuevan modelos alternativos de masculinidad y normalicen la búsqueda de ayuda como un signo de fortaleza.
- Aprovechar espacios clave de socialización masculina (clubes deportivos, bares, sectores productivos masculinizados, instituciones educativas y religiosas) para difundir mensajes preventivos y acercar servicios de orientación y apoyo.
- Asegurar la articulación intersectorial entre ministerios, secretarías de salud, instituciones educativas, organizaciones comunitarias, sectores productivos y líderes locales, con acciones adaptadas a las realidades territoriales.
- Monitorear y evaluar la implementación a través de indicadores de proceso (actividades educativas y campañas realizadas, población alcanzada) y de resultado (cambios en actitudes

frente a la búsqueda de ayuda, reducción de intentos de suicidio en hombres jóvenes).

La prevención del suicidio masculino requiere superar barreras culturales y estructurales que limitan la búsqueda de ayuda. Invertir en educación con perspectiva de género, comunicación estratégica y articulación intersectorial no solo permitirá salvar vidas, sino también fortalecer la salud mental de los hombres en Colombia. El momento de actuar es ahora.

Referencias

1. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health* [Internet]. 2022;25(4):148–55. Available from: <https://mentalhealth.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ebmental-2022-300549>
2. Pineda-Lozano JC, Díaz-Jiménez DP, Castañeda-Orjuela C. Carga económica de la muerte prematura por suicidio en Colombia entre el 2005 y el 2021. *Biomédica*. 2025;45(2):215–27. Available from: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/7623>
3. Barroso Alejandro. Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019;39(135):51–66.
4. Adams LB, DeVinney A, Aljuboori D, Brooks J, Watts T, Cook BL, et al. Investigating the Role of Racism in Black Men's Suicide: Revisiting the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *Arch Suicide Res* 2025;1–14. Available from: <https://tandfonline.cesproxy.elogim.com/doi/full/10.1080/13811118.2025.2462528>
5. Radez J, Reardon T, Creswell C, Lawrence PJ, Evdoka-Burton G, Waite P. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(2):183–211.
6. Barrigon ML, Cegla-Schwartzman F. Sex, Gender, and Suicidal Behavior. In: Baca-García E, editor. *Behavioral Neurobiology of Suicide and Self Harm* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cited 2025 June 3]. p. 89–115. (Current Topics in Behavioral Neurosciences; vol. 46). Available from: http://link.springer.com/10.1007/7854_2020_165
7. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2000;177:396–401.
8. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2010;10(1):113. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
9. Wiginton JM, Baral SD, Sanchez TH, Wilcox HC, Murray SM. Sexuality-Based Stigma, Other Painful and Provocative Events, and Suicide Attempt Among Cisgender Sexually Minoritized Men in the United States. *Arch Suicide Res*. 2024;11:1–22.
10. Oliffe JL, Hannan-Leith MN, Ogradniczuk JS, Black N, Mackenzie CS, Lohan M, et al. Men's depression and suicide literacy: a nationally representative Canadian survey. *J Ment Health* [Internet]. 2016;25(6):520–6. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2016.1177770>
11. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Aten Primaria*. 2018;20(80):387–97.
12. Campo-Arias A, Herazo E. Asociación entre desigualdad y tasa de suicidio en Colombia (1994–2013). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015;44(1):28–32.
13. Rosado Millán MJ, García García F, Alfeo Álvarez JC, Rodríguez Rosado J. El suicidio masculino: Una cuestión de género. *Prisma Soc Rev Investig Soc*. 2014;(13):433–92.
14. Oliffe JL, Broom A, Rossnagel E, Kelly MT, Affleck W, Rice SM. Help-seeking prior to male suicide: Bereaved men perspectives. *Soc Sci Med*. 2020;261:113173.
15. Sharp P, Zhu P, Ogradniczuk JS, Seidler ZE, Wilson MJ, Fisher K, et al. "Hey Amir, How Are You REALLY Doing?": Participant Perspectives of a Peer-Based Suicide Prevention Campaign for Men. *Am J Mens Health*. 2023;17(5):15579883231209189.
16. Trail K, Oliffe JL, Patel D, Robinson J, King K, Armstrong G, et al. Promoting Healthier Masculinities as a Suicide Prevention Intervention in a Regional Australian Community: A Qualitative Study of Stakeholder Perspectives. *Front Sociol*. 2021;6:728170.
17. Qu D, Zhang X, Liu D, Liu B, Chen D, Cai C, et al. Effectiveness of a school-based Life Gatekeeper Training Program on suicide prevention in China: protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2024;25, 335 <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08137-2>.
18. King TL, Batterham PJ, Lingard H, Gullestrup J, Lockwood C, Harvey SB, et al. Are Young Men Getting the Message? Age Differences in Suicide Prevention Literacy among Male Construction Workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):475.
19. Oliffe JL, Ferlatte O, Ogradniczuk JS, Seidler ZE, Kealy D, Rice SM. How to Save a Life: Vital Clues From Men Who Have Attempted Suicide. *Qual Health Res*. 2021;31(3):415–29.
20. Kaslow NJ, Sherry A, Bethea K, Wyckoff S, Compton MT, Grall MB, et al. Social Risk and Protective Factors for Suicide Attempts in Low Income African American Men and Women. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(4):400–12.
21. Soto-Sanz V, Ivorra-González D, Alonso J, Castellvi P, Rodríguez-Marín J, J Piqueras J. Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2019;6(3):62–75.
22. Gwyther K, Swann R, Casey K, Purcell R, Rice SM. Developing young men's wellbeing through community and school-based programs: A systematic review. *Duplaga M, editor. PLOS ONE*. 2019;14(5):e0216955.
23. Kelner WC, Wolford-Clevenger C, Garner AR, Elledge LC, Stuart GL. Applying the interpersonal-psychological theory of suicide to inform the association between bullying victimization and suicidal ideation in college students. *J Am Coll Health*. 2025;73(1):281–9.
24. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. *Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción)* [Internet]. 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>
25. Roy P, Tremblay G, Duplessis-Brochu É. Problematizing Men's Suicide, Mental Health, and Well-Being: 20 Years of Social Work Innovation in the Province of Quebec, Canada. *Crisis*. 2018;39(2):137–43.
26. Organización Panamericana de la Salud-OPS. *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países* [Internet]. 2021. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54718/9789275324240_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Sweeney L, Owens C, Malone K. Communication and interpretation of emotional distress within the friendships of young Irish men prior to suicide: a qualitative study. *Health Soc Care Community*. 2015;23(2):150–8.
28. Slade A, Reily NM, Fujimoto H, Seidler ZE, Christensen H, Shand F, et al. Men's mental health and suicide prevention service landscape in Australia: a scoping review. *BMC Public Health*. 2025 0;25(1):1593.



Observatorio Nacional de Salud
Instituto Nacional de Salud
Dirección: Avenida calle 26 No. 51-20 -
Zona 6 CAN. Bogotá, D.C.
Código Postal: 111321
Horario de Atención: Lunes a Viernes
de 8:00 a.m. - 5:00 p.m.
NIT: 899999403-4

