

Fernando Botero
Mujer llorando, 1949

SUICIDIOS



Pedro Alcántara
De la serie *Los cuerpos*, 1968

SUICIDIOS

Suicide

Lethal self-inflicted injuries are common among the young, adults and old people in two different environments: Suicide in urban areas is influenced by the liberalization of religious beliefs, the diversification of social and economic roles, and space differentiation which means exclusion and marginalization of the elders with no means or institutional goals provided by the society to extend their links with social networks. Role diversification involves the expansion and alteration of sociability and socialization settings. Youngsters tend to consolidate their relationships with other young people, and to establish and strengthen their bonds of love and affection in either marital or free-cohabitation relationships or with their pairs (close friends), all this along with the gradual weakening of the affective influence of the family milieu due to growing estrangement or absence of one of both of their parents. Role diversification keeps home apart from the workplace. In urban life, women today are more and more actively involved in the economic structure and less in household matters. The breakup of bonds of love within and with the family usually leads to the same kind of disruption and rupture of the very motivation that keeps an individual tied to society itself. There are no other love relations capable of replacing these bonds or as a compensation for this kind of loss. In other cases, the triggering factor may be lack or insufficiency of socially allotted means for the fulfillment of goals and expectations, which gives origin to a two-way solution: either a shift from unproductive to illegal activities to obtain the resources needed to achieve these goals, or a desperate decision such as suicide, by which the inability to bear the burden and change a reality where there is no fair or possible distribution of means to attain one's expectations is painfully expressed.

Likewise, suicide – mainly among the young - is common at regional levels but under different circumstances because environment specificities are more related to the local society's traditionalism and institutionally-approved goals, and this may lead to a rupture between their own objectives and expectations and those that are imposed on them. The triggering factor in this case, unlike urban areas, may usually be not the absence but the strong presence of demanding parents and the need to abide by their conventional rules by force. On the other hand, provincial regions are also more affected by the impact of economic "booms". The occasional presence of unexpectedly increased resources above normal standards, leads to anarchic investments, banality and greed in terms of goals and expectations. As already said, these booms foster migration, population impermanence, the exploitation of individuals as instruments, illicit activities, mistrust and hostility, lack of stable and enduring integration with social and family networks, isolation and frustration. Any loss can be devastating. Like in urban environments, attachment to a spouse or companion is the only – though feeble - bond with life.

Los suicidios son un fenómeno universal que han estado presente en todas las épocas y culturas generando actitudes favorables y desfavorables, desde su calificación como actos sublimes hasta el señalamiento de cobardía. Durante 1999, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, realizó 2.089 necropsias por suicidio, lo que representa, igual que en 1998, el 6% del total de muertes violentas, ubicándose como la novena causa de muerte en menores de 14 años, la sexta en el grupo de 15 a 24 años y la cuarta causa de muerte violenta en el país. La tasa nacional anual se mantuvo en 5 casos por cada 100.000 habitantes. A diferencia de los años anteriores, la mayor tasa se presentó en el grupo de edad de mayores de 60 años. Chocontá (Cundinamarca) Líbano (Tolima) y La Plata (Huila), presentaron las mayores tasas de suicidios, superando entre 6 y 10 veces la nacional. El diseño y desarrollo de acciones para la prevención de los suicidios, requieren de un esfuerzo multidisciplinario y de políticas en salud pública.

Los suicidios se definen, para los propósitos de este documento, como toda muerte intencional autoinfligida, que se realiza con conocimiento de su letalidad y motivada por trastornos emocionales, pérdida de personas allegadas, trabajo o dinero, presión institucional, enfermedad incurable y mandato religioso, entre otras.¹

Durante 1999, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, realizó 2.089 necropsias por suicidio en los 140 puntos de atención, 43 casos (2%) más que el año anterior, lo que representa, al igual al que en 1998, el 6% del total de muertes violentas, y la cuarta causa de muerte violenta en el país. La tasa nacional fue la misma para este año, manteniéndose en 5.

¹ INML y CF. CRNV. Manual del Nuevo Sistema de Variables de Lesiones de Causa Externa. Santa Fe de Bogotá, Abril 2000.

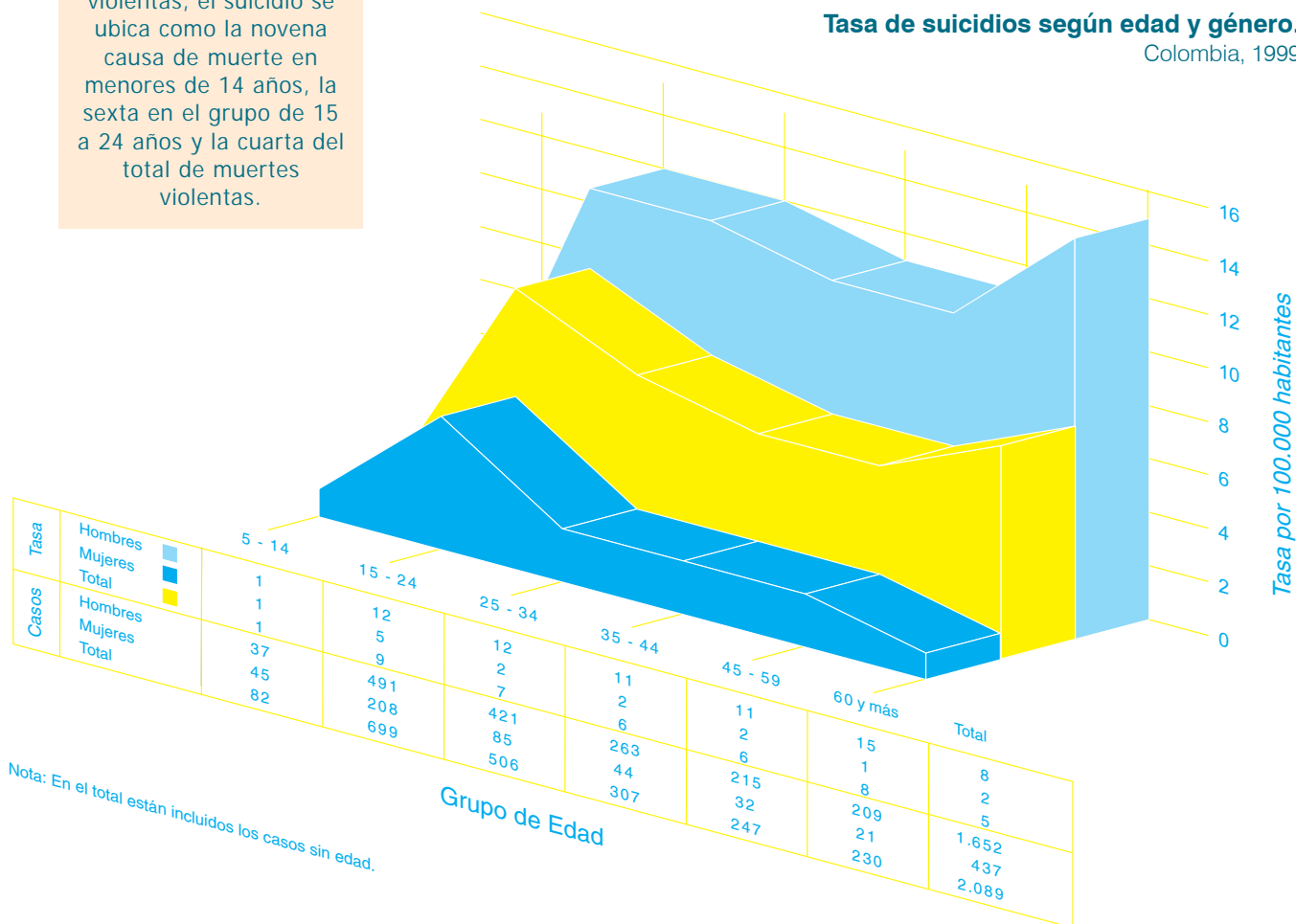
Distribución según Edad y Género

Del total de suicidios, el 79% comprometió al género masculino, teniendo los hombres una edad promedio de 36 años. A diferencia de los años anteriores y de manera similar a Santa Fe de Bogotá, la mayor tasa de suicidios por 100.000 habitantes, se presentó en el grupo de los mayores de 60 años (15), uno de los grupos más vulnerables debido a factores tales como los cambios psicológicos debido a la edad y un mayor riesgo de padecer enfermedades orgánicas o de que éstas se manifiesten² y el cese de la actividad laboral sin un período de preparación que puede dar origen a las jubilopatías. Le sigue el grupo de 15 a 24 años de edad (13), cuyo riesgo puede radicar en la plasticidad de su psiquismo, la inestabilidad frente a las metas y objetivos de vida y sus tendencias a la identificación y a la imitación.

² Rodes, Pamblanco, Marti y Navarro.

Del total de muertes violentas, el suicidio se ubica como la novena causa de muerte en menores de 14 años, la sexta en el grupo de 15 a 24 años y la cuarta del total de muertes violentas.

Tasa de suicidios según edad y género.
Colombia, 1999



Nota: En el total están incluidos los casos sin edad.



Miller (1979, citado por Sarró), considera que esto se podría interpretar por el hecho de que en la sociedad occidental la jubilación y el deterioro físico son vividos de forma más devastadora por la autoestima del hombre. Así mismo, valora como factores desencadenantes la presencia de una enfermedad orgánica grave, o de un trastorno mental, temor a la dependencia o a la institucionalización, la muerte de la pareja, la jubilación y la dependencia al alcohol y otras sustancias.³

La distribución por género se ha mantenido a lo largo de los años y es consistente con los hallazgos a nivel internacional. Por cada mujer se suicidaron 4 hombres, siendo la edad promedio de las mujeres suicidas, los 28 años. En este grupo, la mayor tasa se presentó entre los 15 y 24 años de edad (5).

En todos los países occidentales el número de suicidios aumenta con la edad, y afecta en mayor proporción a los grupos de edad avanzada. En este grupo, el suicidio es más frecuente en los hombres que en las mujeres, pero ninguna teoría explica de forma satisfactoria el por qué de esta diferencia.⁴

Sus acciones también han sido dirigidas hacia:

- El control a venta y consumo de bebidas alcohólicas.
- La campaña de “la hora zanahoria”.
- Operativos de control de embriaguez.
- Restricción a la venta y uso de artículos pirotécnicos.
- Restricción en el porte y tenencia de armas de fuego.
- Identificación de puntos críticos de accidentalidad vial.
- Apoyo en la nueva penalización de la violencia sexual.
- Trabajo con las redes departamentales y municipales para la prevención del maltrato infantil.
- Trabajo interinstitucional sobre Violencia Intrafamiliar.



ILUSTR. 36

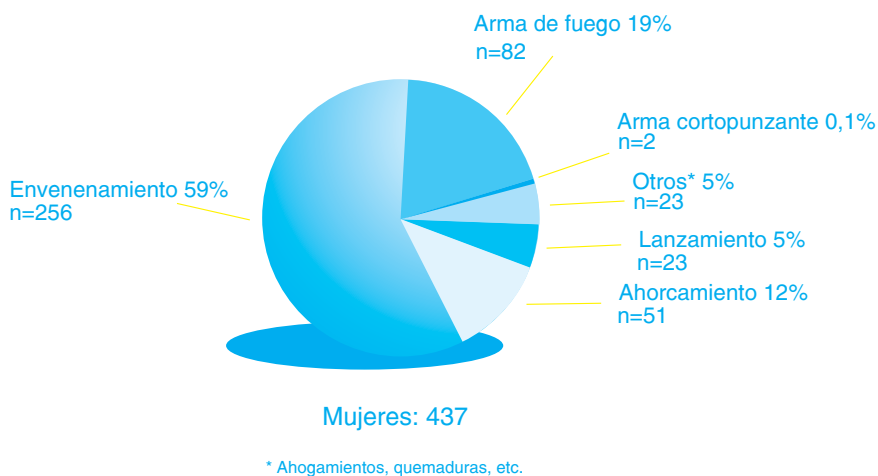
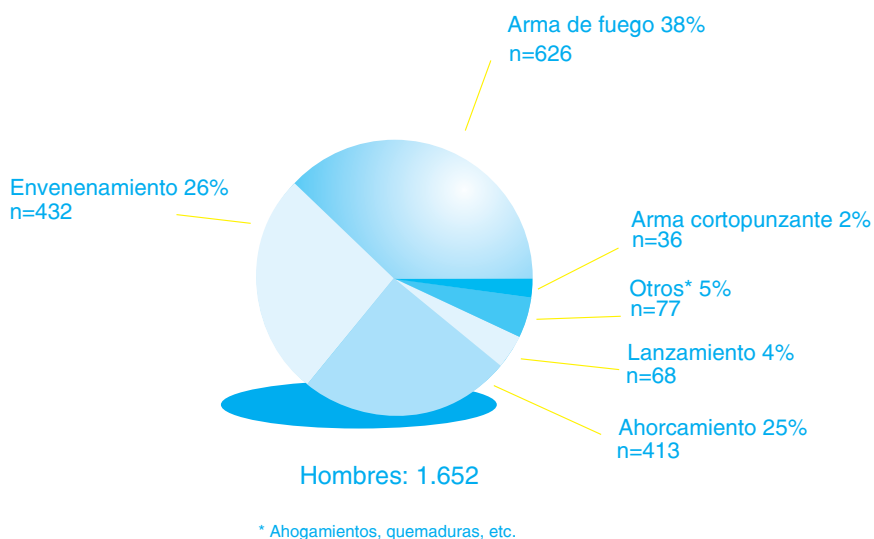
³ Sarró y De La Cruz. Pag 67.

⁴ Sarró y Cols.

Distribución según Arma o Mecanismo

De manera similar a los años anteriores (1996 a 1998), el arma usada para conseguir la muerte fue la de fuego (34%); la intoxicación (33%), el ahorcamiento o suspensión (22%), el lanzamiento (4%), el arma cortopunzante (2%) y el ahogamiento o sumersión (1%); un 4% usó otros mecanismos. A continuación se presenta la distribución del arma o mecanismo usado, según género:

Suicidios por género, según arma o mecanismo. Colombia, 1999



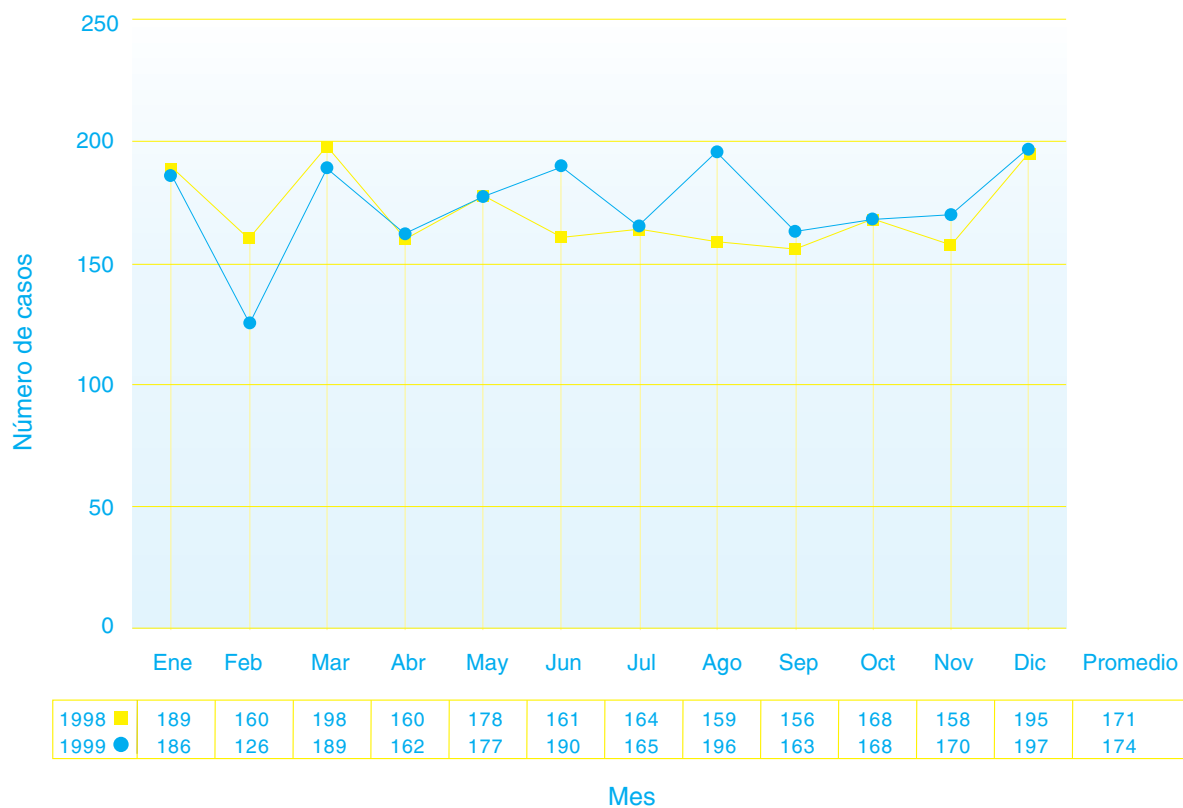
El alto predominio de un mecanismo tan letal como el arma de fuego, hace suponer la clara intencionalidad de quienes cometen el acto suicida.

Distribución según Mes

El promedio mensual de casos fue de 174, (rango de 126-197 desviación estándar de 19) correspondiendo aproximadamente a 6 al día, es decir, un suicidio cada cuatro horas en Colombia. El mayor número de hechos se presentó durante los meses de agosto y diciembre (9%), permaneciendo este último mes constante durante los últimos tres años. Llama la atención el cambio ocurrido en el mes de marzo que también muestra un número significativo de casos, más si se relaciona con los datos de otros estudios que muestran como en Colombia aumentan los intentos de suicidio en la temporada de semana santa.

Suicidios según mes.

Colombia, 1998-1999



Distribución Geográfica

Los departamentos con mayor número de casos fueron Valle del Cauca (296), Antioquia (273), Santander (124) y Cundinamarca (97, sin incluir Bogotá). Las mayores tasas se presentaron en los departamentos de Quindío (9), Huila (9), Caldas (8) y Risaralda (8), siendo las tasas más bajas las de Amazonas (2), Córdoba (1) y Chocó (1).

Alcoholemia

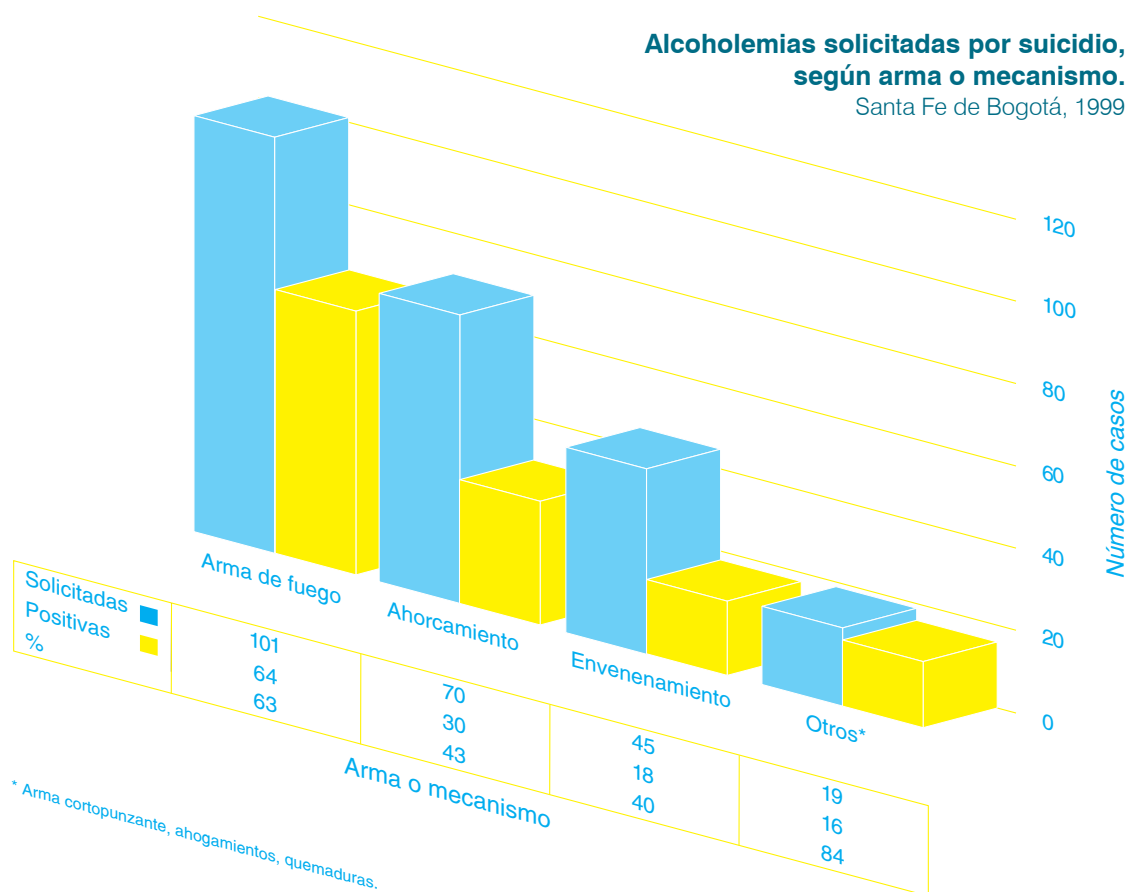
Es la determinación de la cantidad de alcohol que se encuentra en la sangre circulante. Se expresa en cifras de miligramos de alcohol por ciento, o en gramos de alcohol por mil (mg% o g%).⁵

Por ciudades, el mayor número se encontró en Santa Fe de Bogotá (333), Cali (152), Medellín (124) y Bucaramanga (90), cuyas tasas por 100.000 habitantes fueron respectivamente 5, 7, 6 y 9. Sin embargo, al realizar el análisis por municipio y teniendo en cuenta su distribución poblacional, las mayores tasas se presentaron en Chocontá (57) Líbano (38) y La Plata (31), superando entre 6 y 10 veces la tasa nacional.

La literatura reporta una relación existente entre el consumo de alcohol y la conducta suicida. Por esto y a pesar de que no se cuenta con información sistematizada de todos los puntos de atención del Instituto, resulta importante analizar esta información de algunos municipios.

Alcoholemias solicitadas por suicidio, según arma o mecanismo.

Santa Fe de Bogotá, 1999



⁵ Sánchez M. D., Mora R. Actualización de Dictamen Médico Forense por Embriaguez. Pp 135. Ed. INML y CF.

Hallazgo de Alcohol

Durante 1999 se presentaron en Santa Fe de Bogotá, 333 suicidios. Al 71% (235) se le practicó prueba de alcoholemia, encontrándose el 49% (115) positivas, de los cuales 3 (4%) tenían además cocaína.

De estos casos con alcoholemia positiva, usaron el arma de fuego el 56%, seguidos de ahorcamiento (26%) y uso de sustancias tóxicas (16%). El mayor porcentaje de casos se presentó, en los meses de marzo (15%), mayo (12%) y junio (10%); y en los fines de semana (37%); las víctimas procedían de la localidad de Kennedy (14%) y Ciudad Bolívar (10%).

Hallazgo de marihuana

A 147 (44%) de los suicidas de Santa Fe de Bogotá, se les practicó la prueba para marihuana encontrándose positiva en el 5% (8); de estos 1 tenía alcohol también (117 mg%). Todos pertenecían al género masculino. Sus edades se encontraban entre los 21 y 30 años. La mayoría (38%) de estos suicidios ocurrieron por ahorcamiento; el 38% se presentó en el mes de febrero; 38% el día viernes. El mayor porcentaje de casos se presentó en la localidad de Santa Fe (38%).

Hallazgo de cocaína

Se realizó análisis para cocaína a 147 (44%) casos, encontrándose 4 (3%) positivos, de éstos 3 (75%) tenían también alcoholemia positiva (valores entre 138 y 322 mg%). Todos eran de género masculino. Las víctimas se encontraban entre los 19 y 25 años. El 50%, de estos suicidios ocurrió por arma de fuego y el 50% restante por ahorcamiento.

Entre las ciudades que reportaron análisis de sustancias, se encuentra Pereira (Risaralda), donde se presentaron durante 1999, 32 suicidios. Al 84% (27) se le practicó prueba de alcoholemia, encontrándose el 30% (8) positiva. Al 41% (13) de los casos se les practicó la prueba para cocaína encontrándose que el 15% (2) era positiva. Al 41% (13) se le realizó análisis para marihuana y opiáceos, encontrándose todas negativas.

En Neiva (Huila), durante 1999, se presentaron 30 suicidios. Al 57% (17) se le practicó prueba de alcoholemia, encontrándose el 35% (6) positiva. Al 60% de los casos se les practicó prueba para cocaína, al 53% para marihuana y al 53% para opiáceos, hallándose todas negativas.

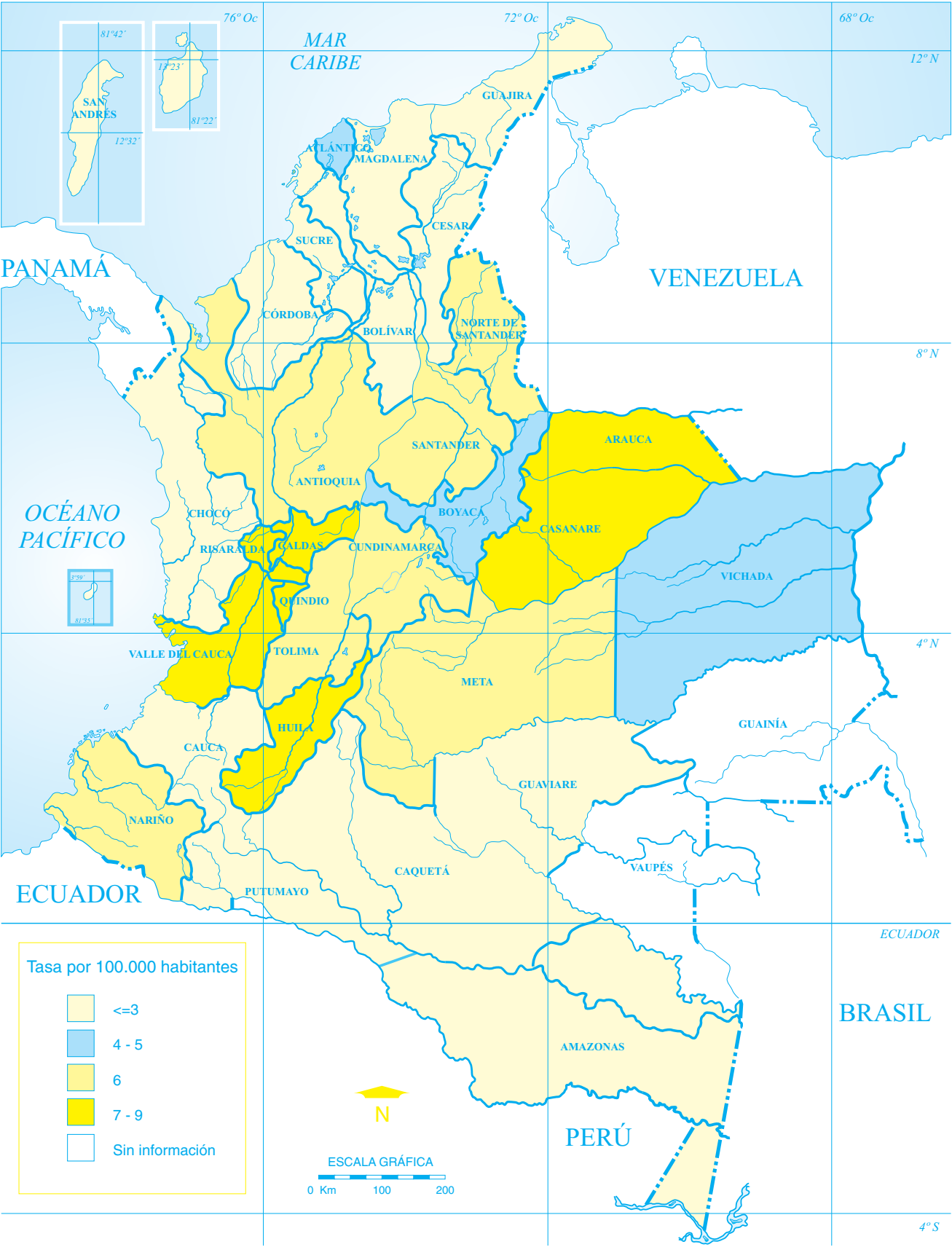
- Apoyo técnico a la Política Presidencial de la Violencia Intrafamiliar Haz Paz.
- Detección de puntos de mayor accidentalidad y estrategias de apoyo comunitario.
- Establecimiento de áreas de suicidio.
- Participación en la planeación intersectorial a 10 años, con miras a disminuir los homicidios y las diversas lesiones personales mediante acciones puntuales, seguimiento y evaluación de las acciones.



Ilustr. 37

Tomando en cuenta el comportamiento de los episodios violentos y su relevancia social y cultural, así como las constantes violaciones a los derechos fundamentales que se realizan cada vez que se lleva a cabo un homicidio o una lesión en cualquier ciudadano colombiano, el CRNV se ha pronunciado ante el Congreso y la Cámara con sus informes, aportando datos significativos a la hora de tomar decisiones que favorezcan la dignidad y la vida de los colombianos.

Tasa de suicidios por departamento.
Colombia, 1999



Conclusiones

Los suicidios son lesiones fatales autoinfligidas que localizan sus víctimas en los hombres, jóvenes y adultos mayores en dos espacios diferenciados: escenarios urbanos y focos regionales. En los escenarios urbanos están influenciados por la liberalización de las ideas religiosas, la diversificación de los roles sociales y económicos y la diferenciación de los espacios, lo cual implica una exclusión y marginalización de los adultos mayores en tanto la sociedad no provee los medios ni las metas institucionales que permitan la extensión del vínculo con las redes sociales.

La diversificación de roles se extiende hasta una diversificación de los escenarios de socialización y sociabilidad; los jóvenes tienden a la consolidación de sus relaciones con otros jóvenes y a una localización e intensificación de los vínculos afectivos en las relaciones conyugales o con sus amigos, los cuales contrastan con el progresivo debilitamiento de la influencia del vínculo afectivo del medio familiar, producto de un mayor alejamiento y ausentismo de los padres. La diversificación de roles separa los lugares de trabajo de aquellos de residencia, y en la dinámica urbana, la mujer tiene una vinculación y participación más activa en la estructura económica. Una ruptura en ese vínculo afectivo implica la dislocación misma de la motivación que mantiene a un individuo atado a la sociedad. No hay otros vínculos afectivos que compensen esa ruptura en una relación particular.

En otros casos, es posible que el factor desencadenante resida en la insuficiencia de medios socialmente asignados en relación con las metas y las expectativas de los actores, la solución puede asumir dos vías: la primera es la innovación en los medios, es decir, la búsqueda de medios por un camino no lícito que permita el alcance de las metas; y la segunda, el suicidio como forma de expresar la imposibilidad de transformar la realidad que asigna medios insuficiente en relación con las metas.

En los focos regionales, las especificidades del entorno se localizan en el tradicionalismo de las metas institucionalmente aprobadas en las sociedades locales y en el impacto de las bonanzas. Éstas estimulan las migraciones, la transitoriedad del poblamiento, la instrumentalidad y la desconfianza de las relaciones y las inversiones anárquicas; las consecuencias de ello residen en el no establecimiento de vínculos estables e integración duradera con redes sociales y familiares, y el aumento de los medios por encima de las situaciones normales inciden en la banalización de las metas y expectativas de los actores. Y en los casos del tradicionalismo de las sociedades locales, el suicidio de los jóvenes deriva de la dislocación entre sus metas y expec-

Esta labor es tan importante que a nivel regional se han creado los Comités de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa y los Centros Regionales sobre Violencia CRRV, con el fin de apoyar a los municipios y departamentos en la identificación de problemas asociados a situaciones violentas que vayan en detrimento de la población y trabajar conjuntamente con salud, educación y otros sectores en la reducción de estos hechos mejorando la calidad de vida de los pobladores que es una de las razones de ser de las instituciones.

Ilustr. 38



Suicidios según puntos de atención del INML y CF.

Colombia, 1999

Municipio	Población*	Casos	Tasa por 100.000 hab.	Municipio	Población*	Casos	Tasa por 100.000 hab.
Choconta	15.858	9	57	Cúcuta	772.727	55	7
Líbano	44.585	17	38	Cartago	131.649	9	7
La Plata	41.674	13	31	Fusagasuga	89.433	6	7
Garzón	52.056	14	27	Chaparral	44.785	3	7
San Gil	41.736	11	26	Pereira	636.530	41	6
La Mesa	23.054	6	26	Envigado	141.965	9	6
Marsella	20.420	5	24	Pto Boyacá	31.632	2	6
Garagoa	16.345	4	24	Barranquilla	1.199.517	75	6
Since	36.778	9	24	Chigorodó	48.737	3	6
Ipiales	89.383	20	22	Zipaquira	81.476	5	6
Moniquira	23.452	5	21	Medellín	2.047.917	124	6
Pitalito	84.176	16	19	Facatativa	82.729	5	6
Ocaña	89.867	17	19	Stder de Quilichao	82.926	5	6
Yopal	77.338	14	18	Chinchina	84.200	5	6
Apia	17.497	3	17	Chiquinquirá	50.632	3	6
Granada	41.782	7	17	Santa Marta	360.592	21	6
Puerto Carreño	12.362	2	16	La Virginia	34.641	2	6
Buga	128.212	20	16	Bogotá	6.322.101	353	6
Palmira	261.165	40	15	Espinal	75.489	4	5
La Unión	39.313	6	15	Maicao	118.949	6	5
Belén de Umbría	34.085	5	15	Carmen de Bolívar	80.268	4	5
Sogamoso	144.903	20	14	Buenaventura	266.035	13	5
Aguazul	15.457	2	13	Tumaco	151.775	7	5
Sta. Rosa de Cabal	69.765	9	13	Valledupar	306.618	14	5
Manizales	365.424	45	12	Barrancabermeja	195.155	8	4
Túquerres	48.869	6	12	Itagüi	226.395	9	4
San Vicente de Chucurí	33.174	4	12	Anserma	50.347	2	4
Rionegro	84.949	10	12	Yumbo	77.304	3	4
Armenia	298.293	35	12	Corozal	52.089	2	4
Ibagué	427.637	50	12	Puerto López	26.100	1	4
Roldanillo	43.669	5	11	Soacha	341.306	13	4
Caicedonia	53.037	6	11	Vélez	26.472	1	4
Popayan	224.091	25	11	Cartagena	851.477	32	4
La Dorada	83.005	9	11	Patia(El Bordo)	28.877	1	3
Cáqueza	18.554	2	11	San José del Guaviare	118.647	4	3
Pamplona	55.688	6	11	Montería	337.919	11	3
Pasto	379.724	40	11	Chiriguana	30.778	1	3
Puerto Berrio	38.217	4	10	Bello	341.536	11	3
Villeta	28.856	3	10	Florencia	412.162	13	3
Neiva	320.301	33	10	Jamundí	63.822	2	3
Duitama	116.627	12	10	San Andres	64.139	2	3
Saravena	30.018	3	10	Ciénaga	171.734	5	3
Zarzal	40.137	4	10	Magangue	141.510	4	3
Caucasia	60.739	6	10	Agustin Codazzi	71.495	2	3
Mariquita	31.133	3	10	Manzanares	36.054	1	3
Andes	41.620	4	10	Turbo	111.716	3	3
Villavicencio	314.228	30	10	Tolú	37.239	1	3
Girardot	106.516	10	9	Riohacha	117.637	3	3
Bucaramanga	961.035	90	9	Plato	79.669	2	3
Tunja	120.668	11	9	Acacias	44.347	1	2
Antioquia	23.615	2	8	Mocoa	278.324	6	2
Riosucio	48.662	4	8	Lorica	140.255	3	2
Tulua	188.881	15	8	Quibdó	123.002	2	2
Arauca	75.669	6	8	Leticia	62.642	1	2
Sevilla	63.528	5	8	Fundación	75.106	1	1
San Juan del Cesar	38.199	3	8	El Banco	84.662	1	1
Aguachica	76.412	6	8	Aguadas	57.784	0	0
Pacho	26.170	2	8	Barbosa (Antioquia)	22.387	0	0
Cali	2.061.805	152	7	Cimitarra	28.638	0	0
Salamina	27.483	2	7	Sincelejo	224.671	0	0
Apartadó	96.741	7	7	Yarumal	37.099	0	0

Bucaramanga incluye Floridablanca, Giron y Piedecuesta

Pereira incluye Dos Quebradas

Cúcuta incluye Los Patios, Villa del Rosario y El Zulia

Leticia, Mocoa, San José del Guaviare y Florencia se toma la población del departamento

* DANE. Población ajustada 1993 y proyecciones preliminares por cabecera y resto, según municipio.

Nota: Las tasas están calculadas por 100.000 habitantes



tativas que han sido socialmente aprobadas, lo cual incide en un desplazamiento de las relaciones hacia el plano afectivo y conyugal que al igual que lo indicado en los escenarios urbanos, se constituye en el único vínculo con la vida.

Recomendaciones

Poco a poco, el suicidio se ha venido identificando como un problema de salud pública en Colombia, pasando de ocupar en 1982 el puesto número treinta de todas las muertes, para ocupar el veintidos en 1996,⁶ y el cuarto lugar entre todas las muertes violentas. Esta situación involucra a diversos grupos de la población, en especial a jóvenes adolescentes y adultos mayores.

La prevención del suicidio requiere un esfuerzo multidisciplinario. O'Carroll (1990)⁷ planteó una serie de recomendaciones de respuesta a la crisis como un modelo general para la prevención del suicidio:

1. La comunidad podría revisar sus propias situaciones y desarrollar su propio plan de respuesta, antes de que ocurran los suicidios.
2. La respuesta podría involucrar a todos los sectores interesados de la comunidad, los que podrían estar coordinados por:
 - a. Un comité que maneje día a día la crisis.
 - b. Agencias estatales y no gubernamentales, cuyas responsabilidades incluyan monitorear la incidencia de suicidios y convocar al comité cuando sea necesario.
 - c. Identificar las fuentes de apoyo, relevantes en la comunidad
3. El plan de respuesta podría ser implementado bajo una de las siguientes dos condiciones:
 - a. Cuando ocurra una epidemia de suicidios.
 - b. Cuando una o más muertes por trauma ocurra en la comunidad, especialmente entre adolescentes o adultos jóvenes, las cuales potencialmente podrían influenciar a otros, para hacer el intento o cometer el suicidio.
4. Si el plan de respuesta va a ser implementado, el primer paso podría ser contactar y preparar a aquellos grupos que jugarían un papel en los primeros días de la respuesta.
5. La respuesta podría ser dirigida de tal manera que evite la glorificación de las víctimas y minimice el sensacionalismo.
6. Las personas que puedan estar en alto riesgo de suicidio podrían ser identificadas al menos mediante una entrevista de tamizaje

⁶ DANE 1999.

⁷ O'Carroll. 1990.

LA IMPORTANCIA DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL SERVICIO FORENSE

*“los derechos humanos
son un invento de los hombres...”*

*son frágiles y tentativos,
perfectibles, transformables...*

es decir se nos parecen.”

Fernando Savater

Los Derechos Humanos se han convertido en elementos fundamentales en la construcción de la sociedad, como instrumentos sociopolíticos que recogen en forma universal los consensos y posibilitan los cambios.

Infortunadamente Colombia ha enfrentado históricamente difíciles momentos en materia de Derechos Humanos. Si bien al Estado le corresponde respetar y garantizar los derechos proclamados en los convenios de Ginebra, en varias ocasiones ha sido generador de violencia. De igual manera es importante reconocer los diversos esfuerzos que otras instituciones – procuraduría, fiscalía, defensoría, entre otros – vienen realizando para prevenirla y eliminarla.



con un asesor entrenado; estas personas deberían ser remitidas a servicios de atención especializada.

8. Podrían ser identificados y cambiados elementos que incrementen el riesgo. Entre ellos hay identificados sitios preferidos por los suicidas (puentes, abismos, edificios) los cuales deben ser vigilados.
9. Las restricciones al porte de arma de fuego o la tenencia en el hogar, también tienen influencia en la disminución de las tasas de suicidio.
10. Prohibición a la venta libre a menores de edad, de venenos, medicamentos u otras sustancias tóxicas que puedan ser utilizadas para tal fin.

Estas recomendaciones son limitadas, ya que fueron desarrolladas con una necesidad específica en mente. Hay otras que las comunidades podrían considerar cuidadosamente, tales como desarrollar sistemas locales de vigilancia de intentos de suicidio, entrenamiento de facilitadores en prevención (ejemplo, en personal de la escuela, consejeros, entrenadores, familiares, amigos), grupos de jóvenes para la identificación de aquellos en alto riesgo, incrementar el acceso a los servicios de prevención e integrar programas de prevención de suicidios a programas enfocados a la disminución de factores de riesgo y antecedentes para suicidio, tales como depresión, abuso de sustancias y delincuencia.

