



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Percepciones de los y las integrantes de la Mesa de Salud Mental de Manrique sobre los
procesos de intervención social en torno al suicidio**

David Leonardo López Carvajal

Santiago Vásquez Barrientos

Valentina Ladino Marulanda

Trabajo de grado presentado para optar al título de Trabajador Social

Asesora

Gladys Rocío Ariza Sosa, Doctora (PhD) en Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Trabajo social

Medellín

2026



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Cita

(López Carvajal et al., 2026)

Referencia

López Carvajal, D., Ladino Marulanda, V., & Vásquez Barrientos, S. (2026). *Percepciones de los y las integrantes de la Mesa de Salud Mental de Manrique sobre los procesos de intervención social en torno al suicidio* [trabajo de grado]. Universidad de Antioquia, Medellín.

Estilo APA 7 (2020)



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

A los profesionales y liderazgos comunitarios que trabajan en el campo de la Salud Mental, por su indispensable labor para el bienestar de la sociedad, por su compromiso incansable en la promoción de la vida, el acompañamiento solidario y la construcción de espacios de esperanza que fortalecen el tejido social. A la Universidad de Antioquia por darnos la oportunidad de habitarla y vivirla, para ella nuestro amor siempre.

Agradecimientos

Agradecemos profundamente a los docentes de la **Universidad de Antioquia** por formarnos no solo como profesionales, sino como seres humanos comprometidos con la vida y la dignidad.

A la **Mesa de Salud Mental de Manrique**, nuestro sincero reconocimiento por abrimos sus puertas y compartir, con generosidad y confianza, sus experiencias y reflexiones en torno a las intervenciones sobre el suicidio. Su trabajo y compromiso con el cuidado comunitario dieron sentido y profundidad a esta investigación.

A quienes nos acompañaron académica y afectivamente, y a nuestras familias y redes de apoyo, gracias por sostenernos, alentarnos y creer en este sueño que hoy se convierte en logro compartido.

Tabla de contenido

Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
1 Planteamiento del problema	12
1.1 Antecedentes	21
1.2 Antecedentes legislativos	36
2 Justificación	38
3 Objetivos	41
3.1 General	41
3.2 Específicos	41
5 Referente teórico	42
6 Metodología	45
7 Resultados y Discusión	53
7.1 Capítulo 1 Análisis de la Postura Ético-Política de la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM)	53
7.1.1 Lo ético-político y el rol comunitario	55
7.1.2 Intervenciones y democratización del cuidado	58
7.1.3 Limitaciones, riesgos y desafíos	62
7.1.4 Visión a futuro y sostenibilidad	63
7.2 Capítulo 2 Concepciones que tienen los participantes del estudio sobre la problemática del suicidio y las intervenciones en torno a esta con base en las particularidades del territorio.	64
7.2.1 Categoría: Concepción del suicidio	65
7.2.2 Categoría: Articulación, interdisciplinariedad, interinstitucionalidad	67
7.2.3 Categoría: Microtráfico y Consumo de sustancias psicoactivas- Adicciones	72
7.2.4 Categoría: Violencia intrafamiliar	74

7.2.5 Categoría: Bullying	76
7.2.6 Categoría: Cultural	77
7.2.7 Categoría Tabú	79
7.2.8 Categoría: Atención y contención	80
7.2.9 Categoría: Recomendaciones	82
7.3 Capítulo 3 Identificar las trayectorias de participación diferenciadas por género, entre los y las integrantes de la MSMM	85
7.3.1 Trayectoria, nacimiento y liderazgo femenino en la MSMM	85
7.3.2 Rol de las Mujeres	86
7.3.3 El sexo y el género en la conducta suicida	88
7.3.4 Categoría emergente diversidad sexual	91
8 Conclusiones	94
9 Recomendaciones	98
Referencias	100
Anexos	105

Lista de tablas

Tabla 1 Matriz de caracterización de los artículos seleccionados.....	22
--	----

Lista de figuras

Figura 1 Intentos de suicidio y tasa por 100.000 habitantes en Medellín, 2018-2023	19
Figura 2 Casos de suicidio de la comuna Manrique.	38

Siglas, acrónimos y abreviaturas

APA	American Psychological Association
COPACOS	Comité Comunitario de Participación en salud
E1P1	Entrevista 1 Pregunta 1
EPS	Entidad Promotora de Salud
ETAFIS	Equipo Territorial de Atención Integral Familiar en Salud
FNSP	Facultad Nacional de Salud Pública
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
JAC	Juntas de Acción Comunal
LGBTIQ+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexual y Queer.
MAS	Mesa ampliada de Salud
MSc	Magister Scientiae
MSMM	Mesa de Salud Mental de Manrique
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de Salud
Párr.	Párrafo
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública de Colombia
UdeA	Universidad de Antioquia
UVA	Unidad de Vida Articulada
VBG	Violencias Basadas en Género

Resumen

El fenómeno del suicidio ha mostrado un incremento continuo en la ciudad de Medellín tras la pandemia, por ello, se han consolidado diferentes estrategias para su mitigación tanto desde la institucionalidad como desde organizaciones comunitarias de base. Esta investigación se desarrolló junto con la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM), un proceso comunitario ubicado en la comuna 3 de Medellín. Su objetivo es comprender las percepciones de los integrantes de la MSMM en relación con los procesos de intervención social en torno al suicidio.

A lo largo de 12 meses, se llevó a cabo una investigación embebida con predominio cualitativo utilizando el estudio de caso, entrevistas, grupos focales y visitas, enmarcada en las perspectivas teóricas del construccionismo social y el interaccionismo simbólico. Esta investigación exploró las opiniones, percepciones, experiencias y significados que los actores comunitarios de la MSMM atribuyen a las estrategias y prácticas implementadas para la intervención del suicidio en su comunidad. Los hallazgos no sólo ofrecen un conocimiento profundo y contextual sobre la percepción de las intervenciones sociales en salud mental desde la perspectiva de estos actores, sino que también brindan herramientas para mejorar y consolidar dichas intervenciones.

Se identificaron factores estructurales que inciden en la problemática de la salud mental en el territorio, como: violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, precarización económica y limitaciones en el acceso a servicios especializados, así como potencialidades y tensiones en los procesos de intervención comunitaria, relacionadas con la articulación institucional y la sostenibilidad de las acciones en la comuna.

A partir de la información recopilada y triangulada, se concluye que las intervenciones en salud mental deben asumir un enfoque integral y territorializado, fortaleciendo los liderazgos comunitarios, especialmente juveniles, y promoviendo mayor articulación interinstitucional junto con inversión sostenida en prevención y atención continua.

Palabras clave: organización comunitaria, intervención social, suicidio, salud mental.

Abstract

The phenomenon of suicide has shown a continuous increase in the city of Medellín following the pandemic. Therefore, different strategies have been consolidated to mitigate it, both from institutional frameworks and grassroots community-based organizations. This research project is developed in collaboration with the Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM), a community-based initiative located in Commune 3 of Medellín. Its objective is to understand the perceptions of MSMM members regarding social intervention processes related to suicide.

Over a 12-month period, an embedded research study with a predominantly qualitative approach will be conducted, using case study design, interviews, focus groups, and field visits. The study is framed within the theoretical perspectives of social constructionism and symbolic interactionism. This research will explore the opinions, perceptions, experiences, and meanings that MSMM community actors attribute to the strategies and practices implemented for suicide intervention in their community. The findings will not only provide in-depth and contextual knowledge about the perception of social interventions in mental health from the perspective of these actors but will also offer them tools to improve and strengthen such interventions.

Structural factors affecting mental health in the territory were identified, including domestic violence, psychoactive substance use, economic precarity, and limitations in access to specialized services, as well as both strengths and tensions within community intervention processes related to institutional coordination and the sustainability of actions within the district.

Based on the collected and triangulated information, it is concluded that mental health interventions must adopt a comprehensive and territorial approach, strengthening community leadership, particularly youth leadership, and promoting greater interinstitutional coordination alongside sustained investment in prevention and continuous care.

Keywords: Community organization; Social intervention; Suicide; Mental health.

Introducción

La presente investigación se llevó a cabo de la mano de la MSMM la cual es un proceso comunitario que se desarrolla en la comuna 3 Manrique de Medellín, Antioquia. Se indagó principalmente por las percepciones que tienen sus integrantes sobre las intervenciones que desarrollan en torno al suicidio. Esta iniciativa comunitaria se articula con la institucionalidad donde se contemplan y analizan aspectos relacionados con la salud mental desde la óptica de la salud pública, abordando temas como la formulación de políticas, la accesibilidad a los servicios de salud y las intervenciones psicosociales.

El objetivo es comprender las percepciones que tienen los y las integrantes de la MSMM, sobre los procesos de intervención social que desarrollan en torno al suicidio. Para lograr el objetivo anterior, se realizaron las siguientes acciones: en primer lugar, se analizó la postura ética política adoptada por los líderes de la MSMM referidas a las estrategias de intervención social que desarrollan. En segundo lugar, se indagará por las concepciones que tienen sobre el territorio los participantes del estudio. Como tercero está, identificar las trayectorias de participación diferenciadas por género, entre los y las integrantes de la mesa. Y por último aportar a la cualificación y mejoramiento de las intervenciones profesionales desarrolladas en contextos comunitarios similares. Entre los propósitos están fortalecer la formación académica del equipo investigador, además de dejar como insumo un documento que contribuya para que la MSMM mejore sus procesos de intervención.

Desde lo ético político es claro que acompañar y fortalecer estos procesos comunitarios autónomos es un acto que provoca un cambio social en pro de atender esas problemáticas que más aquejan a la sociedad. Se garantiza cumplir con el código ético de la profesión para el logro de una investigación basada en el respeto, en la firme convicción de que la otra persona es poseedora de conocimiento, procurando siempre defender la dignidad humana y los derechos de los y las participantes. La investigación tiene una clara postura sobre la perspectiva de género, misma que fue un eje fundante, el referente teórico que guía la investigación es el construccionismo social, en cuanto al sistema categorial se tienen dos ejes articuladores que son las percepciones e intervenciones sociales y entre las categorías de análisis están: dimensión ético-política, territorio y género.

1 Planteamiento del problema

Las organizaciones de base en Colombia han surgido como expresiones colectivas de participación ciudadana frente a contextos de exclusión, precariedad y limitada respuesta estatal a las problemáticas sociales. A lo largo del siglo XX, especialmente en escenarios urbanos como Bogotá, estas formas organizativas se consolidaron como mecanismos de gestión comunitaria, representación y búsqueda de soluciones a necesidades locales, configurando dinámicas diversas que han oscilado entre la articulación con el Estado y la autonomía frente a este.

Dentro de estas formas organizativas, las Juntas de Acción Comunal (JAC) se constituyen como una de las expresiones más representativas del proceso de organización comunitaria en contextos urbanos. En este sentido, Torres (2006), en su investigación *Organizaciones populares, construcción de identidad y acción política*, señala que en Bogotá las Juntas de Acción Comunal surgieron como respuesta a la precariedad, con el propósito de fortalecer la capacidad colectiva para la solución de necesidades locales.

Particularmente a partir de la década de 1950, las JAC se consolidaron como la forma de asociación más generalizada, las

Hijas del Frente Nacional, se convirtieron en instituciones que subordinaron tradicionales prácticas comunitarias a la lógica clientelista. Sus líderes se convirtieron en pragmáticos mediadores entre necesidades colectivas y recursos del Estado, a la vez que reprodujeron los modelos de acción caudillistas y monopolizaron la representación de los habitantes de los barrios frente a las autoridades (Torres, 2006, p.4).

En la década de 1970 surgieron en el país otras formas de organización de base impulsadas por actores sociales que no se sentían representados por las tradicionales JAC. Sus campos de acción incluyeron la educación infantil y de adultos, así como la autogestión económica, entre otros. Un rasgo común fue su carácter autónomo frente al Estado; se autodenominaron “organizaciones populares” para diferenciarse de aquellas subordinadas a la institucionalidad y resaltar su carácter alternativo. En los barrios de Bogotá identificaron carencias y necesidades que motivaron el compromiso de sus fundadores, quienes se involucraron en procesos asociativos preexistentes y promovieron nuevas experiencias organizativas (Torres, 2006).

Torres (2006) indicó que sus fundadores provenían de campos de acción como “la salud, la educación, la atención de los niños y niñas y el trabajo artístico. Las propuestas encontraron eco en barrios donde también preexistían grupos de mujeres o jóvenes que desarrollaban acciones comunitarias” (p. 6)

Con el pasar del tiempo estos grupos fueron consolidándose y ganando reconocimiento. En la medida en que los grupos fundacionales ganaron reconocimiento local y apareció la necesidad de fortalecerse a través de proyectos permanentes que requerían recursos externos, las experiencias se institucionalizaron: asumieron una forma jurídica (asociación, corporación, centro, instituto), un nombre que expresaba su identidad; establecieron una estructura de funcionamiento y buscaron sede propia. Así, surgieron la Asociación de Vecinos Solidarios (1982), el Centro de Cultura Popular (luego Fundación Centro Cultural de Desarrollo Comunitario), el Instituto Cerros del Sur, la Coordinadora de Comités y Asociaciones de defensa de los derechos del niño y la Corporación La Cometa (1990).

Los procesos organizativos que han surgido en Colombia han sido desde la unión de actores sociales y la comunidad en general, que se une y se organiza como consecuencia del inconformismo de las respuestas a las problemáticas sociales y que los influye desfavorablemente de manera significativa. Es por esto por lo que, su direccionamiento como organización apunta a que se construyan procesos de fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de vida, gestionar el desarrollo local desde una perspectiva participativa y promover la transformación de conflictos sociales, a raíz de esto, se conforman asociaciones, colectivos, corporaciones, grupos, redes y mesas de trabajo. (Hernández & Rendón, 2015).

En Medellín han existido diferentes organizaciones de base que han sido caracterizadas por investigadoras, como es el caso de las autoras Nancy Hernández e Ingrid Rendón, de la Universidad de Antioquia, quienes construyeron su tesis de grado en Trabajo social, titulada “Caracterización de las Organizaciones Comunitarias y de base de las comunas 8, 9 y 10 del área urbana de la ciudad de Medellín”. Su objeto de estudio fueron 18 organizaciones comunitarias y de base en dichas comunas. Allí se indicó que estas organizaciones son posibles escenarios de actuación profesional que permiten visibilizar el quehacer del Trabajo Social con relación a los contextos sociales de la contemporaneidad. (Hernández & Rendón, 2015)

A raíz del desplazamiento que generó el conflicto armado colombiano, algunas comunas de Medellín presentan características particulares, en especial las del norte que fueron construidas

como barrios informales y con el tiempo a través de luchas sociales recibieron el reconocimiento de la administración municipal. La precariedad en estos lugares ha llevado a que sus habitantes realicen diferentes procesos de organización para satisfacer sus necesidades (Comunicación personal con habitante de la comuna 2, febrero, 2024).

Es por ello por lo que, se empiezan a implementar diferentes estrategias tanto de la organización de los pobladores de aquellos territorios como unas en respuesta por parte de la institucionalidad, Hernández y Rendón (2015) indican que:

En la actualidad a raíz del surgimiento de redes interinstitucionales y de programas como Presupuesto Participativo, se presenta un auge de creación de organizaciones para la cooptación de recursos, como parte del ejercicio de movilización social y política y de vinculación de la ciudadanía a procesos de visibilización y empoderamiento comunitario. Además de estrategias para la exigibilidad de los derechos humanos, la denuncia de problemáticas sociales presentes en el territorio y la protección de líderes sociales y comunitarios y la necesidad de una figura jurídica que recoja tanto a líderes como causas y que valide y respalde lo que se hace en la comuna y la ciudad. (p.8)

Según la Alcaldía de Medellín (2021) en Medellín hay caracterizadas 2887 organizaciones sociales donde confluyen fundaciones, organizaciones, corporaciones, colectivos, agrupaciones, etc. Las estrategias de éstas obedecen a intereses diferentes dependiendo de la problemática que se quiera abordar y la necesidad que se desee cubrir, estos grupos se hacen visibles por medio de actividades como ferias de salud, ollas comunitarias, bazares, etc.

Para el caso de la organización de base Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM), se destaca que esta fue fundada en el año 2020 bajo la situación de la pandemia del COVID 19, que trajo consigo incertidumbre en cuanto a las secuelas mentales que generaron las medidas de aislamiento, la pérdida de empleo, seres queridos, etc. En ese sentido la Organización Panamericana de Salud [OPS] (2021) indicó que:

Diferentes estudios han mostrado que la pandemia ha amplificado los factores de riesgo asociados al suicidio, como la pérdida de empleo o económica, los traumas o abusos, los trastornos mentales y las barreras de acceso a la atención de salud. (párr. 2).

Factores que aunque se vieron exacerbados por el contexto pandémico, no son procedentes directamente de este, sino que se encuentran enraizados en un entramado estructural más amplio y sistemático que no solo produce sino que también reproduce condiciones que favorecen la aparición de estas situaciones de vulnerabilidad psicosocial y por tanto de ideación suicida.

Según Blandón et al. (2015), en *Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín*, “en el primer estudio poblacional de salud mental 2011-2012, realizado por Universidad CES en Medellín, se reportó que el 3,6 % de la población manifestó que en algún momento consideró la posibilidad de suicidarse” (p. 470). La Secretaría de Salud de Medellín (2017), en su Informe de periodo epidemiológico reveló que en

El mes de Noviembre se reportaron al sistema RUAF (Registro Único de Afiliados) 209 casos de suicidio, de los cuales: 133 son con lugar de residencia Medellín, 139 son con lugar ocurrencia Medellín, y 7 de estos no tienen información del municipio de residencia (p. 68).

Asimismo, la Secretaría de Salud de Medellín (2017) indicó que, hasta la semana epidemiológica 44 de ese mismo año, se presentaron “1939 casos de intentos de suicidio, con un promedio de 44 casos por semana epidemiológica” (p.65). Afirmación que se retoma nuevamente en el *Informe de Calidad de vida en Medellín 2018*, donde se pone en manifiesto que en Medellín “la mortalidad por suicidio y por VIH/Sida como principal causa mantienen una tendencia creciente en los últimos seis años” (Medellín Cómo Vamos, 2019, p. 63).

A partir de estos estudios, informes e indicadores epidemiológicos que dan cuenta de una realidad activa y persistente que no se encuentra circunscrita de manera directa a una emergencia sanitaria y que por tanto precisa ser comprendida desde un enfoque integral y territorial; y de la creciente y prevalente tasa de suicidios en Medellín, que revela una problemática estructural, de salud pública, en términos de salud mental, surge la organización o MSMM como iniciativa propia de líderes comunitarios del territorio que gustaban del tema de la salud y que buscaban articular estrategias de prevención y atención tanto del suicidio como del abuso de sustancias psicoactivas y así buscar su mitigación. Con el tiempo se fueron uniendo delegados de la institucionalidad para planear mancomunadamente las intervenciones en el territorio.

La Mesa de Salud Mental de Manrique gestiona y lleva a cabo sus intervenciones por todo el territorio desde la óptica de la salud pública, ellos y ellas son las personas que identifican las fortalezas y dificultades allí, tienen una relación intrínseca con la problemática y la comunidad. Esta es una organización comunitaria de base y está conformada por 12 integrantes. Empezó siendo de líderes comunitarios y hoy en día sus integrantes pertenecen a diferentes áreas.

Las estrategias que se implementan desde la MSMM se articulan con las intervenciones de la política pública municipal de salud mental que responde al Acuerdo 012 de 2020 de Medellín con lineamientos de acuerdo a la política nacional de la misma área comprendida en la Resolución 4886 de 2018. Esto con el fin de “promover el derecho a la salud mental a través de un abordaje integral e integrado, la gestión sectorial, transectorial y comunitaria para mejorar el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes” (Alcaldía de Medellín, 2020, p. 2)

En este acuerdo se destacan los siguientes ejes de la política pública en salud mental de Medellín:

- 1) Promoción de la convivencia y de la salud mental en los entornos y curso de vida.
- 2) Prevención de los problemas de salud mental individual y colectiva, así como los trastornos mentales, trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, otros trastornos adictivos, violencias y epilepsia.
- 3) Rehabilitación integral e inclusión social.
- 4) Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial
- 5) Gestión del conocimiento.

A través de esta Resolución se creó el Comité de Salud Mental y Adicciones de Medellín que está conformado por diversidad de actores de las diferentes secretarías de la alcaldía (Salud, Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos, etc.) para discutir los temas mencionados. También se delegaron diferentes mesas técnicas con los temas definidos dentro de las políticas de salud mental y adicciones, las cuales, están conformadas por representantes de diferentes sectores (universidades públicas, universidades privadas, hospitales públicos, IPS de psiquiatría, organizaciones sociales, etc.) estos operan como “órgano consultor para planear, desarrollar y articular acciones que permitan el desarrollo de planes frente a problemáticas determinadas, y asimismo dar recomendaciones al comité y a la secretaría técnica para el manejo de problemas en salud mental”. (Alcaldía de Medellín, 2021, p. 31)

La conformación de comités incluye distintos sectores sociales, que, en este caso trabajan en todas las comunas de Medellín y, a su vez, se articulan con la organización de base MSMM para planear, hacer control e intervenir de manera interdisciplinar las afecciones en materia de salud mental, estos son:

- **Mesa ampliada de Salud (MAS):** Es un espacio para el encuentro y la participación social de los líderes y lideresas en salud, hace parte de una estrategia de la Secretaría de salud de Medellín a ellas asisten integrantes de las Juntas de Acción Comunal, Clubes de Vida, colectivos de Mujeres, jóvenes, cabildantes, Junta Administradora Local y representantes de grupos poblacionales como: víctimas y discapacidad, entre otros. Allí se sensibiliza, forma y prepara a los y las líderes en temas relacionados a la salud.
- **Los COPACOS:** Se llaman así a los comités de participación social en salud. Fueron fundados a partir del Decreto nacional 1757 de 1994. Estos hacen parte de la red que tiene la Secretaría de Salud y están integrados por líderes comunitarios que hacen control social a las diferentes entidades de salud que hay dentro del territorio, hay uno en cada comuna.

También se han llevado a cabo diferentes estrategias de intervención que hacen parte de la política pública de salud mental de Medellín, estas son:

- **Estrategia dame razones:** Es una estrategia de capacitación para la prevención del comportamiento suicida en las diferentes instituciones de la ciudad, tanto educativas como laborales. “a través de la estrategia Dame Razones, busca promover la salud mental y prevenir el comportamiento suicida en la ciudad, impactando en distintos entornos” (Alcaldía de Medellín, s. f, párr. 1) .
- **Escuchaderos:** “los Escuchaderos son espacios en los que se brinda asesoría, consejería y acompañamiento psicológico gratuito a todos los habitantes de la ciudad.” (Alcaldía de Medellín, s.f, párr. 11) Esta iniciativa viene desde el año 2020 y es una estrategia conjunta entre Metro de Medellín, Alcaldía de Medellín y Área Metropolitana del Valle de Aburrá.
- **Presupuesto participativo:** “Es un escenario de participación democrática que le posibilita a la ciudadanía planear el desarrollo de cada una de las comunas y corregimientos de Medellín y tener incidencia sobre el 5% del presupuesto de libre inversión del Municipio”

(Alcaldía de Medellín, s.f, párr. 1) En cada comuna se definen las prioridades de inversión, esta es una potencial fuente de financiación para las organizaciones sociales.

- **Línea amiga saludable:** Es una línea de 24 horas, a través de teléfono, correo o chat en donde se escucha y orienta en temas relacionados con salud mental, adicciones, prevención del suicidio, salud familiar y salud sexual y reproductiva.
- **Código dorado:** Es una línea telefónica que funciona las 24 horas del día para atender emergencias por trastornos psicológicos y situaciones que afectan la salud mental como es el caso de la conducta suicida, el consumo de sustancias o crisis emocionales.
- **Medellín me cuida salud:** Tuvo como objetivo principal brindar una atención integral a personas, familias y comunidades en diferentes entornos y dimensiones a través de equipos interdisciplinarios, denominados ETAFIS (Equipo Territorial de Atención Integral Familiar en Salud), compuestos por enfermeros, auxiliares de enfermería, nutricionistas, higienistas orales, tecnólogos ambientales, psicólogos, profesionales de enlace y agentes comunitarios, que trabajan para abordar de manera integral los procesos de salud, a nivel biológico, psicológico y social. Con el cambio de administración distrital en el año 2024 este programa llega a su fin dado que para el equipo entrante existían otras prioridades y traían sus propias estrategias, por lo tanto, se considera un antecedente al ser un programa previo.

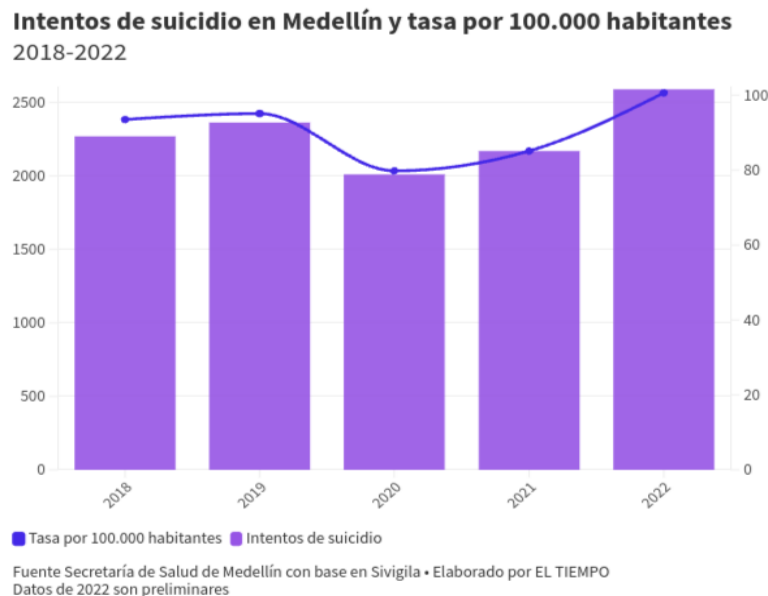
Estas estrategias se llevan al territorio por medio de diferentes medios que gestiona la MSMM para atender directamente a la ciudadanía que habita la comuna 3, entre las diferentes estrategias que se manejan, se desarrollan las Ferias de Salud en los diferentes sectores de la comuna. A pesar de que su centro de acción siempre ha sido la Comuna 3, se ha buscado seguir el trabajo articulado en diferentes comunas. Estas ferias se centran en la atención psicosocial; se realizan trabajos mancomunados con apoyo de diferentes sectores como colegios con el programa “Entornos protectores”; instituciones de la administración municipal como la secretaría de salud con sus programas (Medellín Me Cuida, Escuchaderos, Tomarnos el Mundo, etc.); la Mesa Surgir, para el tema del consumo de sustancias psicoactivas y la prevención de este; Secretaría de educación, Secretaría de las mujeres, Secretaría de juventud; los COPACOS en los cuales los líderes comunitarios que hacen control a las entidades de salud que hay dentro del territorio y ONGs. Desde allí se realizan ferias de salud en las cuales se brinda atención psicológica, psicosocial y se realizan tamizajes para detectar posibles riesgos en la población. Estas ferias de

salud se realizan una vez al mes y allí se activa la ruta del código dorado para realizar intervención inmediata a los familiares de algún caso de suicidio reportado y código fucsia para las VBG.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados desde la pandemia, la problemática en la ciudad continúa en aumento, como se evidencia en la siguiente gráfica, construida a partir de cifras reportadas por el SIVIGILA y divulgadas por *El Tiempo* (2023).

Figura 1

Intentos de suicidio y tasa por 100.000 habitantes en Medellín, 2018-2023



Nota. Tomado de Gráfica de intentos de suicidio, por El Tiempo, 2023.

Donde si bien el índice revela que en el año 2020 hubo un descenso, por las particularidades de las políticas de aislamiento de la pandemia, se puede observar que en 2021 y 2022 la curva tiene una tendencia creciente. Por otra parte, los suicidios consumados también aumentaron en Medellín; la Personería Distrital de Medellín en su comunicado de prensa *Más de 700 personas se quitaron la vida entre el 2020 y 2023* mencionó que en Medellín en el año 2020 se registraron 180 suicidios, en el 2021 se registró un alza de 31 muertes llegando a 211, en el 2022 fueron 192 personas y en 2023 se registraron 147 muertes.

Teniendo en cuenta el incremento constante de casos de suicidio, la OMS (2022) concibe que el incremento de los problemas de salud mental y de las conductas suicidas no puede explicarse únicamente desde factores individuales, sino que se relaciona con determinantes sociales más

amplios como las condiciones económicas, las relaciones familiares, las redes de apoyo y las dinámicas socioculturales que influyen en la forma en que las personas afrontan el malestar psicológico. En este sentido, diversos organismos internacionales han señalado la necesidad de abordar la salud mental desde un enfoque integral que contemple tanto la atención clínica como los factores sociales que inciden en el bienestar emocional.

A su vez, se considera importante tener en cuenta que existen mitos, prejuicios y estigmatizaciones frente a la atención por problemas en la salud mental, esto desemboca en consecuencias diferenciales por cuestiones de género; desde la crianza se implantan subjetividades diferenciadas y expectativas en donde:

El papel que han asumido los hombres en Latinoamérica es el de no exteriorizar emociones o problemas de salud mental o física, son conductas aprendidas. Para las mujeres, que también cumplen una labor como cuidadoras, implica mayores responsabilidades en el hogar y con los hijos (Restrepo, 2023, párr. 10)

Karla Gil Luján, coordinadora de salud mental del Living Lab, explicó en 2023 que: “la curva epidemiológica de la conducta suicida, las mujeres lo intentan más, pero los hombres tienen intentos de mayor letalidad y por eso se ve una tasa más alta de suicidios en la población masculina”. (como se citó en Restrepo, 2023, párr. 20).

Las dos situaciones resultan alarmantes, porque por una parte el número de mujeres que intentan suicidarse duplica e incluso triplica al número de intentos en hombres, a pesar de que, muchas de ellas no culminan el intento, se percibe que esto pasa por razón de que

Muchas pasan por violencia psicológica, sexual, física, laboral, simbólica y política, una actitud que se ha naturalizado a lo largo de la historia de la humanidad explicó la profesora Isabel Cristina Posada Zapata, psicóloga y miembro del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Facultad Nacional de Salud Pública UdeA (Restrepo, J, 2023, párr. 10).

Por otro lado, la cultura patriarcal dificulta que los hombres busquen ayuda y sean más letales sus intentos.

En consonancia con lo anterior, las concepciones sobre género y las normas de género existentes en la comunidad son también indispensables a la hora de analizar las percepciones de los integrantes de la Mesa de Salud Mental ya que las intervenciones, sustentadas en estas posturas, deben ser sensibles a las desigualdades y dinámicas de género, reconociendo que estas afectan la experiencia y las necesidades de los individuos de manera diferenciada; pues un enfoque que no considere estas dinámicas originadas en sesgos culturales, puede obstaculizar el diagnóstico preciso y la planeación de alternativas, por ejemplo, un actor que no tenga en cuenta las dinámicas de género en su intervención, en este caso el suicidio, no podrá visibilizar que son más hombres los que llegan a consumir el suicidio en comparación a las mujeres, ni las causas subyacentes del por qué esto acontece, lo que puede perpetuar las desigualdades y limitar la efectividad de las intervenciones.

Ahora bien, cabe destacar que, “según la personería, el panorama se torna más agudo en el norte de la ciudad, comunas de Manrique, Doce de Octubre, Santa Cruz y Popular”. (Carvajal, 2023, párr. 6). Esta es una de las razones por las cuales se decidió focalizar esta investigación por la problemática en la comuna 3 desde las percepciones de los integrantes de la MSMM; otra de las ellas es por su carácter innovador al ser la primera mesa de salud mental en la ciudad de Medellín. Este es un espacio clave para la coordinación de acciones y la búsqueda de soluciones colaborativas frente a los desafíos en materia de salud mental, lo que abre un campo de investigación amplio para entender el abordaje de la problemática. Por ello surge el interés de indagar sobre: **¿Cuáles son las percepciones de los y las integrantes de la Mesa de Salud Mental de Manrique sobre los procesos de intervención social en torno al suicidio?**

1.1 Antecedentes

A continuación se presenta una tabla en la cual se sistematiza de una manera práctica los principales hallazgos realizados en el rastreo documental de antecedentes o estados de la cuestión, la tabla selecciona la información por título del artículo; autor, autora o autores; año de publicación, sujetos participantes, tipo de estudio y técnica de recolección de la información.

Allí se encuentra información sobre caracterización de algunas comunas de Medellín y todo lo relacionado al suicidio, desde un abordaje psicosocial, pasando por lo comunitario, las percepciones y la salud pública.

Tabla 1*Matriz de caracterización de los artículos seleccionados*

Título del Artículo	Autores y/o autoras	Año de publicación	Sujetos participantes	Tipo de estudio	Técnicas de recolección de información.
Caracterización de las organizaciones comunitarias y de base de las 8, 9 y 10 del área urbana en la Ciudad de Medellín	Nancy Hernández e Ingrid Rendón.	2015	Organizaciones de base de las comunas 8, 9 y 10 de Medellín	Estudio cualitativo.	Entrevistas directas, observación participante.
El suicidio en el ámbito comunitario: lineamientos para su abordaje	Adriana Maroto Vargas	2016	Profesionales con experiencia en el abordaje del suicidio	Revisión sistemática, con enfoque cualitativo y exploratorio.	Encuestas, tamizajes, y análisis crítico de discurso

Aspectos sociales y comunitarios que muestren relación con el desarrollo de la ideación suicida y el suicidio en jóvenes del municipio de Calarcá - Quindío	Maritza Andrea Fuentes Quimbayo	2023	Jóvenes del municipio de Calarcá - Quindío.	Estudio cualitativo desde la teoría fundamentada .	Revisión bibliográfica, entrevistas abiertas y semiestructuradas,
El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: los resultados del diagnóstico en santa maría de dota, Costa Rica	Carolina Castillo Echeverría y Adriana Maroto Vargas	2017	Comunidad de Santa María de Dota, Costa Rica.	Estudio cualitativo y participativo bajo una perspectiva interaccionista.	Entrevistas, grupos de discusión y talleres.

Efectividad de las intervenciones de base comunitaria para la prevención de los actos suicidas. Una revisión sistemática.	Gloria Josefa Sánchez, Carlos Federico Barreto, Julio César Valderrama, Fabio Alexander Salazar.	2018	Poblaciones comunitarias en general en sus informes sobre la efectividad de las intervenciones y grupos específicos de riesgo como adolescentes en entornos escolares, personas en ambientes laborales y personas mayores con depresión o factores de vulnerabilidad .	Revisión sistemática.	Búsqueda en bases de datos, revisión de literatura gris, uso de un algoritmo de búsqueda, revisión por pares y extracción de datos estandarizada.
---	--	------	--	-----------------------	---

Elementos para una Política Pública desde la Percepción del Suicidio en Nariño.	Dayra Elizabeth Ojeda y Fredy Hernán Villalobos.	2011	Diversos sectores poblacionales: educativo, salud, religioso, gubernamental, organizaciones civiles y ciudadanos en general en los municipios de Pasto, La Unión, Tumaco e Ipiales.	Investigación cualitativa con enfoque hermenéutico.	Grupos focales y entrevistas individuales.
---	--	------	---	---	--

Percepción de Actores Sociales sobre la Conducta Suicida: Análisis de Contenido a través de Grupos Focales	Jorge Arturo Martínez Gómez, Adriana Cristina Robles Suárez	2016	55 jóvenes y adultos (28 mujeres y 27 hombres), con edades comprendidas entre los 16 y 65 años, pertenecientes a la comunidad de Valledupar, los grupos estuvieron conformados por adolescentes, padres de familia, profesores y profesionales de la salud.	Cualitativa-exploratoria, con enfoque hermenéutico	Grupos focales.
--	---	------	---	--	-----------------

Nota. Síntesis revisión documental realizada.

Desde este apartado de los antecedentes, se realizó una revisión bibliográfica sobre dos puntos que se consideran claves en esta investigación; por una parte, las percepciones en cuanto al

suicidio de parte de diferentes actores que se abordan y, por otra parte, se realizó una revisión sobre las diferentes organizaciones de base y su incidencia en las comunidades, poniendo como eje la intervención en torno a la salud mental y el suicidio.

Ahora bien, desde los aspectos relacionados a las percepciones sobre el suicidio, la siguiente investigación abordó el tema desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria. Las autoras Maroto y Castillo (2017) realizaron un diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica. En donde encontraron los siguientes hallazgos desde las percepciones de la población que habita el territorio. Entre estos se concibieron factores de riesgo a las características terrestres que “son interpretadas como barreras físicas que dificultan el poder visualizar un futuro o una realidad más allá de esos límites. Esto incide en la salud de la comunidad, pues impacta en su estado de ánimo” (Castillo & Maroto, 2017, p 455). Según las percepciones de Isabel, (Mujer referente en la comunidad) su territorio Santa María de Dota “Es un valle, por lo cual las energías no fluyen y eso contamina la comunidad” (Castillo & Maroto, 2017, p. 455).

Cabe destacar que a partir de los hallazgos de las autoras Castillo y Maroto (2017) en su diagnóstico pudieron concluir desde el aspecto territorial abordado que los habitantes perciben su pueblo como un ente con una personalidad propia que se separa de quienes la habitan, se concibe como un elemento externo que tiene una concepción negativa entre sus habitantes. dos mujeres de las entrevistadas aseguraron que “Santa María está enferma”.

A partir de ello, las autoras concluyen que “la concepción sobre el territorio de sus habitantes es uno de los factores de riesgo más relevantes para el suicidio debido al impacto que tiene en los estados de ánimos” (Castillo & Maroto, 2017, p. 455).

Otro hallazgo relevante por las autoras Castillo y Maroto (2017) es el relacionado con la moral. En las comunidades con fuertes principios morales predominantes arraigados se suele ejercer una fuerte presión en sus habitantes por cumplirlos:

Se ejerce un fuerte control social especialmente a través del chisme, lo cual se identifica como un factor de riesgo, pues quien no se ajuste a los mandatos establecidos se puede convertir en tema de chisme, quedando expuesto a los juicios y críticas (Castillo & Maroto, 2017, p. 456).

En sociedades conservadoras se tiende a estigmatizar a los grupos juveniles y a las mujeres, no se les permite la libertad que tienen los hombres. Pamela (de 31 años) indicó que

Santa María de Dota es un pueblo para que me entienda, pueblo pequeño infierno grande, las personas, la mayoría de las personas aquí siempre señalan o nos señalan con cosas negativas, cuesta mucho que usted encuentra una persona que le dé a un apoyo moral por ejemplo o que lo haga a usted sentir bien, la mayoría y usted lo pueden preguntar aquí, lo que inventa son chismes y eso perjudica mucho y es en general. (Castillo & Maroto, 2017, p. 456).

Las autoras Castillo y Maroto (2017) señalan en su diagnóstico que el machismo se asocia a los casos de violencia intrafamiliar y abuso. Pero son temas que no suelen hablarse en público.

Según algunos líderes comunitarios, se han dado casos de incesto, pero se mantienen ocultos. (...) se le debe prestar atención debido a las secuelas, ya que puede desembocar en pensamientos suicidas en el agresor o la víctima, quien ante la falta de un apoyo oportuno puede desembocar en un suicidio consumado. (Castillo & Maroto, 2017, p. 456).

Por otra parte, en este diagnóstico se indagó por los factores institucionales de riesgo en la población. A través de talleres, la comunidad abordada dejó en evidencia que el sector salud del distrito presenta falencias representan un riesgo para el suicidio.

La población consume altas cantidades de fármacos, lo cual se debe a la necesidad de recetar medicamentos ante la limitada atención en salud mental, especialmente para padecimientos como la depresión. A esto se le debe aunar el hecho de que durante las visitas a los hogares, el personal de salud ha encontrado muchos casos de aislamiento y soledad, especialmente en adultos mayores. (Castillo & Maroto, 2017, p. 461).

También las autoras, Maroto y Castillo (2017), expusieron que en la comunidad existe una carencia en cuanto a las posibilidades que brinda el sector salud en la atención y seguimiento de la

población con riesgo suicida, puesto que el personal de las instituciones tiene a ser rotativo y por otra parte las respuestas al problema se centran exclusivamente en la medicalización.

Desde las percepciones de la comunidad, específicamente en el tema del suicidio, el diagnóstico de Maroto y Castillo (2017) reveló que la mayoría de las personas no suelen hablar del tema abiertamente, y cuando ocurre alguno; el asunto suele tratarse como chisme. Este tema no se prioriza y por ende no se habla de temas relacionados a la prevención de nuevos casos.

Ahora bien, desde la revisión bibliográfica se encontró la investigación del año 2023 Aspectos sociales y comunitarios que muestren relación con el desarrollo de la ideación suicida y el suicidio en jóvenes del municipio de Calarcá - Quindío, por la autora Maritza Fuentes. En donde se revelaron también diferentes niveles sociales que representan factores de riesgo según las percepciones de la población investigada.

Por una parte desde el ámbito institucional se reveló que en el municipio existe un déficit en cuanto al apoyo de sus habitantes, en especial de la juventud para desarrollar sus diferentes proyectos de vida. Este compromiso institucional

Es visto en los jóvenes de esta investigación como falta de interés genuino en la movilización de gestiones, recursos, acompañamientos en las ideas y proyectos que manifiestan los jóvenes del municipio como iniciativas para fortalecer su proyecto de vida y a su vez la calidad de vida y la perspectiva a futuro, sintiendo así que no encuentran a donde acudir en la institucionalidad que pueda apalancar sus proyectos. (Fuentes, 2023, p. 54).

Fuentes (2023) expone que sumado a esto el desempleo y la escasez económica derivan en la desesperanza de las juventudes frente a sus proyectos de vida. Aspectos como el empleo se considera en estos lugares un tema de mucha importancia y no tenerlo es un motivo de ideación suicida. “No solo acá un compañero se suicidó, en Armenia si vamos como cinco suicidios; por temas laborales, por problemas familiares que no saben qué hacer” (Fuentes, 2023, p. 54)

Desde este mismo aspecto institucional, frente al área del sector salud también se revelaron falencias desde esta investigación

Frente al área de salud se encontró acciones que fueron catalogadas como negligencia en la atención del intento suicida en el sistema de salud, toda vez que la familia de uno de los participantes que murió por conducta suicida manifiesta que su hermano no contó con la atención y contingencia necesaria en la hospitalización para mitigar el riesgo. (Fuentes, 2023, p. 55)

Por otra parte, se destaca en esta investigación el rol activo con las juventudes que han tenido los líderes comunitarios en el abordaje de la problemática. “Los líderes comunitarios generan espacios de prevención en los barrios vulnerables, con los jóvenes de su grupo, el cual ha generado proyectos y ha buscado recursos y ahora espera poder sacar adelante un proyecto musical”. (Fuentes, 2023, p. 60)

Siguiendo por la línea de las percepciones, en una investigación realizada por Martínez y Robles (2016) se utilizó el modelo ecológico para recopilar y organizar la información que surgió de los grupos focales (Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema) así mismo se identificaron los principales factores de riesgo y factores protectores, el equipo investigador resalta el hecho de que se reconocen en mayor medida los factores de riesgo que los protectores.

Microsistema: “Constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo. El ambiente en el que el individuo pasa más tiempo”. (Bronfenbrenner, 1979, Citado en Martínez & Robles, 2016, p. 58) allí se aborda

La percepción de los participantes sobre la manera en que variables como el sexo, la edad, la historia médica, las características propias de la personalidad, el nivel educativo, las expectativas laborales, el manejo del tiempo libre y las Pautas de Crianza influyen o no en que se presente la conducta suicida.” (Martínez & Robles, 2016, p. 58)

El sexo masculino, el estado civil soltero, el bajo nivel educativo, la presencia de baja autoestima, el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros, se consolidaron como principales factores de riesgo. Ahora bien, entre los factores protectores se encontraron: la salud mental, los estilos de vida saludables, el autocuidado, las relaciones estables de pareja, etc.

Mesosistema en este nivel se observan “las relaciones sociales cercanas por ejemplo, con los amigos, con la pareja y con los miembros de la familia aumentan el riesgo de convertirse en

víctima o perpetradores de actos violentos. Incluye familia, amigos, vida social” (Bronfenbrenner, 1979, citado en Martínez & Robles, 2016, p. 59.) Allí se aborda la “Percepción de los participantes sobre cómo las relaciones con la familia, la situación económica familiar, la relación con la pareja, las relaciones sociales, las redes de apoyo aumentan o no el riesgo en presentar comportamientos suicidas.” (Martínez & Robles, 2016, p. 59)

Entre los principales factores de riesgo están: familias con dificultades en su funcionamiento, padres estrictos, problemas filio parentales, abuso sexual, violencia de todo tipo, entre otros. Factores protectores: apoyo familiar, diálogo, respeto, adecuadas pautas de crianza, prevención de la violencia intrafamiliar y maltrato, entre otras.

Exosistema o tercer nivel, se refiere a “uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno”. (Bronfenbrenner, 1979, citado en Martínez & Robles, 2016, p. 59). Allí se aborda la

Percepción de los participantes sobre la manera en que factores como el lugar y tipo de trabajo, el grupo de amigos que tiene la familia, la violencia en la comunidad donde habita, la influencia de los medios de comunicación con respecto a la conducta suicida y las prácticas religiosas aumentan o no el riesgo de presentar comportamientos suicidas (Martínez & Robles, 2016, p. 59)

Principales factores de riesgo del exosistema: mitos y creencias sobre el suicidio, influencia negativa de medios de comunicación, mal manejo de la internet, amistades negativas en redes sociales, poco apoyo social, conflicto entre amigos, influencia negativa de amistades, entre otras. Factores protectores: fortalecimiento del tejido social, apoyo social, convivencia ciudadana, promover el desarrollo de las comunidades, promover la participación de poblaciones vulnerables, campañas de sensibilización, etc.

Macrosistema o cuarto nivel, consta de “los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra esta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad” (Bronfenbrenner, 1979, citado en Martínez & Robles, 2016, p. 59). Allí se aborda la

Percepción de los participantes sobre la manera en que factores como la Economía de la región, Políticas de Salud Mental, el acceso a los servicios de Salud y atención oportuna frente al evento del suicidio, así como las creencias culturales sobre el suicidio y la concepción sobre la Violencia, se vuelven factores de riesgo o no y/o a la vez constituyen el evento como una manera de resolver los problemas. (Martínez & Robles, 2016, p. 59).

Principales factores de riesgo: Dificultades para acceder a los servicios de salud, deficientes servicios de salud mental, desconocimiento de los programas de salud mental, guerras, desesperanza en el futuro, creencias frente al suicidio, entre otras. Factores protectores: Mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud, Políticas Públicas enfocadas en la prevención del suicidio, ejercer control sobre métodos autolesivos, redes contra el suicido, entre otras.

Esta visión por niveles permite comprender la multicausalidad del fenómeno del suicidio, es útil hacer un análisis por niveles pero bajo ninguna circunstancia se puede hacer una lectura parcializada o desde un solo nivel, pues se deja claro en la investigación que deben ser abordados en conjunto y en correlación directa, donde se percibe “el suicidio como un evento causado por múltiples determinantes y factores sociales e individuales.” (Martínez & Robles, 2016, p. 62)

Otro punto es, el hecho de que en el grupo focal de los jóvenes se tenga visiones opuestas sobre el papel que juega el consumo de drogas en relación con el suicidio, algunos lo perciben como algo positivo. mientras que otros jóvenes lo ven como un factor de riesgo, que al alterar el estado de conciencia plena y si se le suma un momento de crisis, esto se puede convertir en un riesgo potencial. Este patrón es recurrente entre los sujetos participantes, pues un mismo factor se puede concebir como de riesgo o protector, lo que lo configura en uno o en otro es la relación que el sujeto tiene con ese factor. Un ejemplo claro es la familia, en la cual, una relación sana de diálogo, de respeto, de cuidado; la vuelven un factor protector. Pero si por el contrario, existe una relación tensa, conflictiva, prejuiciosa, agresiva, etc. Esto la convierte en un factor de riesgo. Creer o no creer en la religión es otro factor de riesgo o protector considerable.

La percepción social comunitaria frente al fenómeno del suicidio le da importancia a los

hechos relevantes de una sociedad tales como la corrupción, el desempleo, la violencia, las creencias religiosas, etc. [...] los cuales pueden repercutir directamente en sus expectativas

de vida, lo que debe ser mirado con detenimiento y mucho cuidado, porque se pueden convertir en actos suicidas (Ramos, 2006 citado en Martínez & Robles, 2016, p. 65)

Desde el otro aspecto, relacionado con las organizaciones de base, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura sobre las organizaciones de base comunitaria y su incidencia en intervenciones orientadas a la prevención del suicidio en general. Esta revisión ha integrado estudios que caracterizan las organizaciones de base en Medellín, sus áreas de trabajo principales, y las poblaciones a las que dirigen sus esfuerzos, destacando sus actividades en ámbitos educativos, culturales, sociales, ambientales y de derechos humanos. Además, se ha prestado especial atención a artículos que no solo mencionan la importancia de estas organizaciones, sino que también recomiendan la implementación de políticas públicas y modelos participativos como componentes esenciales para la prevención efectiva del suicidio.

Asimismo, se han incluido en esta revisión aquellos estudios que abordan los factores de riesgo asociados con el suicidio, factores preventivos, y el rol fundamental de las políticas públicas en la creación de ambientes protectores. Esta combinación de enfoques permitió analizar de manera integral cómo las organizaciones de base comunitaria pueden actuar como agentes de cambio en la promoción de la salud mental, y cómo sus intervenciones pueden fortalecer los recursos comunitarios frente a factores de riesgo y contribuir a la reducción de la ideación y actos suicidas en las poblaciones vulnerables.

Si bien ha sido complejo encontrar información sobre las organizaciones sociales de Medellín el dato de mayor confiabilidad y más reciente según la Alcaldía de Medellín (2021) es que en Medellín hay caracterizadas 2887 organizaciones sociales donde confluyen fundaciones, organizaciones, corporaciones, colectivos, agrupaciones, etc. Sin gozar de mayor información respecto a su naturaleza, para la presente investigación se tendrá como base la caracterización que realizaron Hernández y Rendón sobre las organizaciones comunitarias y de base en las comunas 8, 9 y 10 de Medellín.

“De las 54 organizaciones comunitarias allí encontradas el 56,6% se constituyen como corporaciones, de ahí sigue 33.3% como fundaciones, solo 6,6% son asociaciones y finalmente 3% son redes, [...] no se encontraron colectivos ni comités” (Hernández & Rendón, 2015, p.55). Es importante mencionar que después de leer la caracterización no se pudo rastrear ninguna organización de base que trabajara actual y directamente con el tema de salud mental en Medellín,

según esta las organizaciones de base radicadas en este espacio geográfico encuentran su sustento en lo educativo, cultural, social, ambiental y los relacionado con los derechos humanos, trabajando especialmente con poblaciones de niños, jóvenes y adolescentes.

De acuerdo con Hernández y Rendón (2015), se puede concluir que las organizaciones en esta zona de la ciudad

Le apuestan a la transformación social desde el fortalecimiento de lo comunitario, de la construcción con el otro, que se ve reflejado en el interés de capacitar, educar y empoderar a las personas desde la promoción de relaciones sociales, la formación política, movilización popular, comunicación alternativa y fomento de valores, siendo el hilo transversal de todo lo anterior los Derechos Humanos, la educación alternativa y la investigación. (p. 60)

Sin embargo, la ausencia de organizaciones de base específicamente orientadas a la salud mental en Medellín contrasta con el valor reconocido de estas intervenciones en la prevención de problemas graves como el suicidio, pues según lo manifestado por Sánchez et al. (2018) en *La efectividad de las intervenciones de base comunitaria para la prevención de los actos suicidas: Una revisión sistemática*, las organizaciones de base “reducen las inequidades en salud y de paso instituye a la comunidad como parte de la solución en tanto sujeto activo” (p. 199) en temas de prevención. Este enfoque comunitario, como apuesta global y promotor de participación comunitaria y el fortalecimiento de los lazos sociales es fundamental en la creación de entornos protectores que permitan reducir la incidencia de comportamientos autodestructivos en poblaciones vulnerables.

En esta misma línea “la base comunitaria se ha propuesto como una alternativa viable desde hace cuatro décadas para ser aplicada en los programas de prevención y promoción de la salud” (Sánchez et al, 2018, p. 203) debido a su capacidad para abarcar múltiples niveles de acción, responder de manera integral a las necesidades de salud pública, y a su efectividad en la prevención de ideación suicida mediante estrategias educativas, formativas y de empoderamiento.

Aunque en Medellín las organizaciones de base no trabajan directamente en el área de salud mental, la evidencia sugiere que incluir estrategias de base comunitaria en programas de prevención y promoción de la salud podría fortalecer los esfuerzos para reducir problemas de salud mental,

abordando a la comunidad como un agente proactivo en la solución, como un agente que educa pero que también cuenta con las herramientas necesarias para visibilizar una situación de riesgo

Ahora bien, frente a lo político y la intervención comunitaria se ha identificado un consenso sobre la necesidad de desarrollar políticas públicas que se enfoquen en la prevención del suicidio, donde el Estado actúe como garante de derechos. Sin embargo, estas políticas deben tener una mirada multicausal del suicidio y enfocarse en la disminución de otras problemáticas sociales, tales como lo son la pobreza, la discriminación y sobre todo las barreras de acceso a la salud, ya que estos pueden ser factores detonantes de la ideación suicida

Este enfoque de abordaje y prevención desde las políticas públicas se solidifica por medio de las intervenciones comunitarias, pues al integrar una perspectiva multicausal a estrategias comunitarias, se avanza hacia un modelo integral que no solo busca prevenir el suicidio, sino también promover la inclusión social y el acceso equitativo a la salud. En este contexto, y según la investigación *Debates actuales en torno al suicidio: lineamientos para su abordaje*, es esencial que estas intervenciones se centren en fortalecer las redes vinculares y generar una cultura abierta a la promoción de la salud mental pues “en nuestro país no existe una cultura de promoción de la salud mental y, al contrario, persisten mitos y estigmas de gran peso” (Castillo & Maroto, 2017, p. 4) que limitan el acceso a recursos de apoyo y contención.

Asimismo, y en concordancia con lo anterior, el artículo demostró que es necesario, por medio de las políticas públicas o planes de prevención, promover dinámicas incluyentes, fomentar y solidificar redes vinculantes, potenciar la participación activa de distintos actores tanto institucionales como sociales y “fortalecer las capacidades de detección comunitaria de la intencionalidad suicida” (Castillo & Maroto, 2017, p. 4) ya que solo así podría obtenerse un abordaje más inclusivo y efectivo. No obstante, este enfoque de focalización en la participación comunitaria para que sea pertinente y adecuado debe incluir la capacitación en primeros auxilios psicológicos para los diferentes actores y la promoción de habilidades para la vida; esto no solo contribuiría a la creación de entornos propicios para el fomento del manejo adecuado de emociones y el desarrollo de estrategias para la resolución de conflictos cotidianos dentro de las comunidades, sino que también favorecería la aparición de espacios donde el suicidio pudiera discutirse abiertamente, lo que facilitaría la identificación temprana de personas en riesgo y permitiría una intervención oportuna e integral.

Por otra parte, las problemáticas tanto en suicidio como en salud mental se deben trabajar de manera interdisciplinar y articulada por los diferentes actores sociales, esto debe incluir a lo comunitario, al personal de salud, a las administraciones públicas, etc. Maroto y Castillo (2017) indicaron que el reconocimiento desde las diferentes áreas aporta a abordar el tema y por la multiplicidad de conocimientos de diferentes áreas tienen alguna autoridad para intervenir y resalta la importancia de construir lazos como un eje de trabajo.

1.2 Antecedentes legislativos

En lo concerniente a lo hallado en los antecedentes relativos al ámbito legislativo internacional se encuentra la Agenda 2030 definida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), donde la salud mental es un eje fundamental y se le apunta principalmente a trabajar en erradicar la estigmatización existente frente al suicidio. A nivel nacional está la Resolución 4886 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, que reglamenta la Ley 1616 de 2013 de Salud Mental en Colombia y donde se cataloga al suicidio como “un evento prevenible y de gran impacto en el individuo, la familia y la sociedad” (p. 9) en la misma resolución se le da un abordaje amplio a la salud mental, donde se reconoce su carácter multicausal, allí se indica que entre sus causas se encuentran:

las experiencias traumáticas y reacciones emocionales frente a las pérdidas significativas, los síntomas depresivos y/o ansiosos, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, problemas de aprendizaje, problemas de comunicación, dificultades de socialización, conductas de riesgo alimentario (Resolución 4886 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social. 2018, p. 6)

A nivel local se cuenta con una política pública de salud mental y adicciones donde al igual que en las anteriormente mencionadas se sugiere darle un abordaje amplio a la salud mental. la Secretaría de Salud de Medellín (2021) lo conceptualiza así

La salud mental implica el desarrollo intersectorial de acciones dirigidas a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las

familias y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva, que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de su vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. (p. 48)

Esta definición permite darles un abordaje integral a las intervenciones enfocadas a la salud mental desde distintas áreas del conocimiento, también desde lo comunitario al hablar de autonomía individual y colectiva.

Expuesto lo anterior, se pudo evidenciar que los antecedentes investigativos convergen en los aspectos que se relacionan con factores protectores y de riesgo desde las diferentes escalas sociales, o sistemas macro, meso y micro. Desde las percepciones de los sujetos abordados en las diferentes investigaciones hubo un punto en común relacionado a los factores de riesgo institucionales o del macrosistema y es el tema de las deficiencias en los sistemas de salud o en el tratamiento del fenómeno del suicidio, a su vez, existen otros factores relacionados al entorno de los sujetos de diferente índole que generan obstáculos en el desarrollo de sus proyectos de vida. Sin embargo analizando el papel de las organizaciones de base comunitarias, se percibió que estas han sido influyentes en garantizar el bienestar en sus territorios, independientemente del tema social en que se desenvuelvan, y podrían considerarse como un factor protector que en ocasiones reemplaza las deficiencias estructurales de la política pública y, a su vez, juega un papel activo en su construcción e implementación. Por ello, se destaca la importancia de investigar estas organizaciones relacionándolas como un factor importante en las poblaciones para mitigar, prevenir el suicidio y potenciar las capacidades de los sujetos.

2 Justificación

Desde el punto de vista académico se entiende que la salud mental es uno de los temas de los cuales más se viene hablando en la actualidad, especialmente después de la pandemia del COVID 19 donde los índices que miden la calidad de la salud mental se vieron afectados, las cifras de suicidio e intentos de suicidio postpandemia en el país revelan que en el año al aislamiento (2020) se redujo la tendencia, pero a partir del 2021 se acrecentó en gran medida este fenómeno. El Gobierno Nacional en un informe del primer trimestre del año 2023 indicó que

En Colombia las muertes por suicidio en 2020 (2748) disminuyeron con respecto al año anterior (2 927); sin embargo, en 2021 aumentaron en 11,0 % las muertes por esta causa (3 049) con respecto a 2020 y en 4,2 % con respecto a 2019 (Instituto Nacional de Salud [INS], 2023, p. 2).

La MSMM es una estrategia comunitaria que nace de la necesidad de abordar la problemática del suicidio en la comuna 3 Manrique, esto debido a que “según la personería, el panorama se torna más agudo en el norte de la ciudad, comunas de Manrique, Doce de Octubre, Santa Cruz y Popular”. (Carvajal, 2023, párr. 6) por lo que la MSMM se interesa por trabajar por la salud mental de los y las habitantes.

Figura 2

Casos de suicidio de la comuna Manrique.

Casos de suicidio de la comuna Manrique. Año 2019 al 2021p		
AÑO	Número de casos	Tasa de mortalidad por cada 10mil hab.
2019	16	0,9
2020	18	1,0
2021p	11	0,6

Fuente: Año 2019 - 2020 DANE
Año 2021p RUAF
Unidad de Vigilancia Epidemiológica SSM
P: Cifras preliminares

Nota. Tabla tomada de Alcaldía de Medellín, 2022.

Ahora bien, los Artículos 49 y 50 de la Constitución Política de Colombia, junto con el *Documento propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014*, reconocen la salud mental como un factor protector, un derecho fundamental y un componente esencial de la salud y la calidad de vida de las personas. En este contexto, resulta relevante analizar el impacto que la mesa ha tenido en el territorio y, a su vez, cuáles son las percepciones que tienen sus integrantes sobre las intervenciones relacionadas con la prevención del suicidio que se han implementado.

Sobre salud mental hay grandes producciones académicas y vastas cantidades de información, para lo comunitario y organizaciones de base no se puede decir lo mismo, según la Alcaldía de Medellín (2021) hay caracterizadas 2887 organizaciones sociales donde confluyen fundaciones, organizaciones, corporaciones, colectivos, agrupaciones, etc. Pero más allá del número no se rastreó información que discriminen o clasifique estas organizaciones por intereses, áreas de trabajo, si están activas o no y toda la información que permite leer la realidad comunitaria de la ciudad. Por lo tanto, se detectó que sobre organizaciones de base que trabajen con la salud mental con énfasis en la salud, no se pudo rastrear información, lo que abre una oportunidad a la presente investigación, y la hace pertinente, innovadora y aportante al mundo académico y comunitario.

Aunque como se mencionó antes, la salud mental está en la agenda y se considera prioridad, ya que en Colombia hay una falencia en los datos recolectados y ofrecidos por entidades como la Fiscalía y SIVIGILA, primero, por lo desactualizados y segundo por el difícil acceso a la información. La Organización Panamericana de la Salud en 2013, ya había denunciado que evidenciaron dificultades relacionadas con la formulación de políticas de salud mental y con los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe, así como problemas en la recopilación de la información, la implementación de planes y otras políticas de salud y prevención es por esto que nace La Agenda 2030 definida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que hace énfasis en la necesidad de contextualizar la información y los planes concernientes a la salud mental, para de esta manera elaborar intervenciones prudentes y específicas.

Desde lo social, el Trabajo Social es una profesión que incluye el trabajo comunitario y es indispensable que esté en la vanguardia en cuanto a intervención y producción académica ligada a la salud mental y el suicidio, sería un error no concentrar los esfuerzos en algo que es una realidad

mundial, lejos de solucionarse y que marca la pauta en todas las agendas gubernamentales, privadas o ONG. La presente investigación sirve como herramienta de análisis para comprender cómo funciona la MSMM, desde las percepciones de sus integrantes, lo que contribuye a la investigación al respecto, dichas personas nombran la mesa como precursora a nivel municipal, en los rastreos bibliográficos no se encontró información que controvierta este enunciado, por lo que se hizo pertinente trabajar de la mano de la mesa, para lograr una producción académica y un insumo que pueda servir de guía base para que se replique este modelo de mesa en la ciudad y el país. Lo que claramente aporta a llevar soluciones autogestionadas por las comunidades, teniendo un impacto social que estas generan en las mismas.

Es un acto político en tanto va de la mano con los principios del equipo investigador, en donde el trabajo comunitario es fundamental, se reconoce a las personas como portadoras de conocimientos y como agentes potencialmente transformadores, de igual manera se aporta a la solución de una problemática que es transversal a todos los ámbitos de la vida comunitaria, lo cual, repercute positivamente en la calidad de vida de los y las integrantes de la mesa y de quienes se benefician de la misma, siempre en el marco por el respeto a la vida y la dignidad humana.

La investigación fue viable y factible, ya que se contó con la total disponibilidad y voluntad de colaboración por parte de las y los integrantes de la MSMM, así como de personas en formación profesional, lo cual garantizó una adecuada producción académica y un producto final que sirve como insumo para la misma mesa. No se requirieron grandes recursos económicos y el talento humano fue suficiente para abordar la investigación y llevarla a cabo satisfactoriamente, considerando su magnitud, intereses y temporalidad.

Asimismo, se evidenció que no se trató de un tema de alto riesgo. Durante el desarrollo del proceso no se recibieron amenazas ni se presentaron situaciones que pusieran en peligro la integridad de las y los miembros de la mesa o del equipo investigador. Sin embargo, se habían contemplado medidas preventivas como la posibilidad de realizar encuentros virtuales, reunirse en espacios seguros, garantizar la confidencialidad y aplicar consentimientos informados. Estas acciones permitieron salvaguardar en todo momento la seguridad de las y los participantes.

3 Objetivos

3.1 General

Comprender las percepciones sobre los procesos de intervención social en torno al suicidio que tienen los y las integrantes de la MSMM, con la finalidad aportar a la cualificación y mejoramiento de las intervenciones profesionales desarrolladas en contextos comunitarios similares.

3.2 Específicos

- Analizar la postura ético política adoptada por los integrantes de la MSMM referidas a las estrategias de intervención social que desarrollan.
- Indagar por las concepciones que tienen los participantes del estudio con sobre la problemática del suicidio y las intervenciones en torno a esta, con base en las particularidades del territorio.
- Identificar las trayectorias de participación diferenciadas por género, entre los y las integrantes de la mesa.
- Aportar a la cualificación y mejoramiento de las intervenciones profesionales desarrolladas en contextos comunitarios similares.

5 Referente teórico

En la presente investigación se abordará el concepto de intervención social desde la mirada de José Sáenz (2008) según el cual "las intervenciones sociales en sí mismas constituyen ante todo un proceso de orden racional, pues se fundan en una intención manifiesta de modificar o transformar una situación que se considera indeseable" (como se citó en Castillo Viveros, 2020, p. 189), o desfavorable para un colectivo de personas; estas intervenciones, en primera instancia, no acontecen de manera orgánica o natural, sino que están adscritas a un conjunto de ideales y creencias, de valores, representaciones sociales, formas de significar, relaciones de poder e intenciones específicas que, respondiendo a determinados intereses de un grupo de organizaciones, instituciones y actores, guían su diseño, planeación, ejecución y evaluación.

Desde esta perspectiva, las intervenciones sociales pueden comprenderse como un conjunto organizado de acciones y prácticas que se inscriben en un entramado simbólico y cultural más amplio. Para profundizar en esta comprensión, se retoma el enfoque del construccionismo social desarrollado por Berger y Luckmann (2003), quienes sostienen que la realidad social se construye a través de procesos de interacción, significación y legitimación compartidos. De acuerdo con esta postura, los significados, valoraciones y percepciones que orientan la acción colectiva no son naturales ni dados, sino que se configuran en un universo simbólico y discursivo construido socialmente, a esto Berger y Luckmann lo denominaron construccionismo social.

El construccionismo social permite entender que tanto el mundo social como la experiencia individual se configuran mediante patrones de interacción y conversaciones que orientan la manera en que las personas interpretan su entorno. Así, los sujetos construyen sentidos sobre los acontecimientos, los problemas y las relaciones con los otros, desarrollando posicionamientos frente a las situaciones emergentes. De este modo, las intervenciones sociales no solo transforman realidades externas, sino que también se inscriben en procesos de producción de sentido que influyen en la forma en que los actores comprenden y viven su realidad.

George Herbert Mead a través de sus postulados desde la teoría del interaccionismo simbólico respaldó lo enunciado por Berger y Luckmann y añadió que "desde la dialéctica de mediación entre el individuo y el ambiente que es de mutua adaptación" (Carabaña & Espinosa, 1978, p. 160) e interdependencia no solo construye al individuo e influye en su subjetividad, sino

que también "orienta y determina una particular forma de sentir, pensar y actuar" (Carabaña y Espinosa, 1978, p. 160) de concebir el mundo y de percibir los problemas dentro de él.

Estas representaciones sociales y simbólicas intercambiadas y reproducidas por el lenguaje a través de procesos de socialización, institucionalización y legitimación, preceden al individuo, pues ya se encuentran socialmente determinadas antes de su incorporación a la comunidad, y son relativas al contexto específico al cual pertenece. Wittgenstein lo denominó como el juego del lenguaje, basándose en la idea de que, al igual que en un juego, el lenguaje, las formas de significación y pautas sociales como sistemas integrados y estructurados, tienen reglas y formas preestablecidas, que deben ser aprendidas y aplicadas por el individuo para garantizar su adaptación y participación. Desde esta analogía los individuos internalizan estas reglas, significantes y sentidos sociales de manera automática, a través de la exposición y la práctica, de manera similar a la que los jugadores de un juego aprenden las reglas y estrategias mediante la experiencia y la repetición, sin hacer cuestionamiento o interpelación alguna, pues dejan que el uso les enseñe el significado, y a su vez guíe su razonar y actuar, su forma de diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar.

Cualquier percepción, significación, regla o pauta sobre el mundo (o juego) creada dentro de una comunidad o grupo específico solo tiene sentido dentro de la comunidad en la cual ha sido enunciada, pues depende de un contexto histórico, unas particularidades específicas y unas categorías sociales que las sustentan como tal; lo mismo acontece con las intervenciones sociales, "que deben ser entendidas como un proceso social que se piensa como racional únicamente para el grupo donde se está implementando" (Castillo & Maroto, 2017, p. 3) pues responden a contextos históricos, significativos, sentidos, factores económicos, culturales, políticos y ambientales específicos que crean o influyen en la situación a intervenir.

Por tanto, la eficacia e incidencia de este conjunto de acciones intencionadas destinadas a promover el desarrollo de una comunidad y transformar una realidad en particular va a estar intrínsecamente ligada a la forma en que las organizaciones, colectivos y los interventores dentro de ellas interpretan y significan el mundo, la realidad, el territorio y los problemas que dentro de él se gestan; las relaciones entretejidas y los significados acuñados. Asimismo, el tipo de organización o colectivo que las desarrolle, ya que cada tipo de organización tiene sus propias percepciones, lecturas, intereses, objetivos y métodos de planificación e intervención que pueden oscilar en el fortalecimiento/transformación del sistema social o la asistencia directa.

Para ilustrar lo enunciado anteriormente, se contrasta el modelo de organización de caridad con el de organización de base comunitaria (CBO por sus siglas en inglés). Mientras la primera centra su accionar en la asistencia directa a poblaciones en situación de necesidad, la segunda orienta su intervención al fortalecimiento comunitario, promoviendo la participación activa, el empoderamiento y la cohesión social.

Estas organizaciones también se diferencian no solo por la forma en que conciben al sujeto, que puede estar mediada por una visión asistencialista donde el individuo es entendido como pasivo, o por una visión crítica que lo define como sujeto con capacidad de agencia y transformación, sino también por el tipo de vínculo que establecen con la comunidad. Las organizaciones de base comunitaria, por su estructura horizontal y participativa, favorecen dinámicas de corresponsabilidad, pertenencia y construcción colectiva, en contraste con modelos asistenciales de carácter más vertical. En este sentido, una misma intervención puede generar resultados diferenciados dependiendo del tipo de organización que la ejecute y del marco simbólico desde el cual sea concebida (Castillo & Maroto, 2017).

Ahora bien, las organizaciones de base comunitaria, al estar conformadas por miembros de la misma comunidad, poseen un acceso privilegiado a los significados, valores compartidos y prácticas sociales del contexto en el que intervienen. Esta cercanía facilita una comprensión situada de las problemáticas sociales; no obstante, también puede generar naturalización de determinadas dinámicas culturales que requieren cuestionamiento o transformación.

Desde el interaccionismo simbólico, se comprende que la acción social se orienta a partir de los significados que los sujetos atribuyen a las situaciones. Como señalan Taylor y Bogdan (1994)

Las personas actúan respecto de las cosas, e incluso respecto de las otras personas, sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellas. Y son sus interpretaciones y definiciones de las situaciones lo que determinan la acción (p. 24).

En consecuencia, las lecturas de la realidad, la planificación y el abordaje de los problemas se encuentran condicionados por sistemas de significación socialmente construidos, que determinan aquello que se considera problemático, normal o susceptible de intervención.

6 Metodología

El presente proyecto se circunscribe a un diseño de investigación de modalidad cualitativa. Este enfoque se orienta a comprender, desde una perspectiva interpretativa, las percepciones de los y las integrantes de la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM) respecto a los procesos de intervención social en torno al suicidio. La elección de este diseño se sustenta en que, el núcleo central de la investigación es cualitativo, basado en entrevistas semiestructuradas, grupo focal y análisis de contenido.

Según Vargas (1994) las percepciones, son consideradas procesos bioculturales, en tanto que, comprenden estímulos físicos y sensaciones que, a su vez, son seleccionados y organizados por el sujeto; quien las interpreta y les asigna un significado moldeado por sus pautas culturales e ideológicas aprendidas desde la infancia. La selección y organización de dichas sensaciones está orientada a la satisfacción de necesidades individuales y colectivas en función de la supervivencia y la convivencia. La producción del pensamiento simbólico se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno.

Con base en lo descrito, se consideró que el estudio de caso es una modalidad pertinente para indagar las percepciones del grupo participante de esta investigación puesto que este permitió analizarlas específicamente, bajo las particularidades que conlleva la dimensión contextual, lo cual, permea los significados que emergen alrededor del eje temático propuesto: la intervención en torno al suicidio. Esto propicia una mirada amplia del tema de las intervenciones que se realizan en torno al suicidio. Para Arroyo, et al (2023) “el estudio de caso cualitativo busca la comprensión de un fenómeno complejo a través del análisis en profundidad del discurso de un sujeto o de una situación observable, situada en su contexto natural” (párr. 1).

Para comenzar se realizó un rastreo bibliográfico en una matriz compuesta por más de 40 fuentes, donde se indagó por antecedentes investigativos, antecedentes históricos, datos estadísticos y antecedentes legislativos. Toda esta información ligada directamente al suicidio y a la organización comunitaria, desde un enfoque multiescalar, haciendo un rastreo desde lo macro (internacionalmente) pasando por lo meso (nivel regional y distrital) y cerrando con lo micro o local (comuna 9). Dando como resultado el hallazgo de la MSMM, un espacio comunitario que

enfoca sus esfuerzos en la prevención del suicidio, dado que es algo sumamente novedoso se iniciaron los contactos con sus integrantes y se tuvo una excelente acogida.

Se solicitó información sobre la Mesa, su composición, funcionamiento, misión, visión, etc. Y se decidió que allí se iba a realizar la presente investigación, de inmediato se construyó un cronograma de actividades, se hizo un rastreo bibliográfico extenso, que incluyó información suministrada por la MSMM, entre ellos derechos de petición y archivos propios de la Mesa. Bibliografía en línea, revistas web, trabajos de grado, información estatal, fuentes humanas, libros, etc.

Una vez se decidió abordar las percepciones de los y las integrantes de la Mesa de Salud Mental de Manrique sobre los procesos de intervención social en torno al suicidio se comenzó con la fase escrita del proyecto, donde se incluyeron justificación, antecedentes, análisis de problema, referente teórico, sistema categorial, entre otros componentes.

Con la estructura teórica y metodológica consolidada, se dio paso entonces a la fase de ejecución, la cual implicó no solo la implementación de los instrumentos previamente diseñados, sino también especial cuidado en lo concerniente a los aspectos logísticos y éticos, aspectos que abarcaron desde la convocatoria de participantes y el desarrollo del consentimiento informado, hasta la creación de espacios seguros y democráticos, donde se favoreció la libre expresión de experiencias y el respeto por las diferencias.

Durante esta etapa, la ejecución se mantuvo flexible y abierta a ajustes, en función de las eventualidades surgidas a lo largo del trabajo de campo, pues siempre se partió del postulado de que los procesos comunitarios son dinámicos y por tanto es necesario adaptarse a las particularidades del contexto.

En este marco de apertura y adaptabilidad, se implementaron las siguientes técnicas para la recolección de información:

1. **Revisión documental:** orientada a comprender el devenir histórico y social de la problemática del suicidio, así como su configuración como un problema prioritario de salud mental que afecta de manera diferenciada a hombres y mujeres y que presenta una mayor incidencia en los primeros. Durante esta revisión se abordaron también aspectos fundamentales como la ideación suicida, tanto activa como pasiva y su vínculo con el acceso a los servicios de salud mental, así como el papel de las organizaciones comunitarias de base en las intervenciones sociales dirigidas a la prevención y atención relacionada a esta problemática.

En la revisión se exploraron y comprendieron las condiciones territoriales, sociodemográficas, históricas y socioeconómicas que inciden en el barrio Manrique y finalmente, se consultó información específica sobre la Mesa de Salud Mental, como espacio articulador de actores y estrategias en la zona, con miras a identificar sus principales acciones y aportes en torno a la problemática.

2. Entrevistas semiestructuradas: previo a la realización de las entrevistas, y como resultado de la revisión documental, así como del consenso alcanzado entre los integrantes del equipo de investigación y la tutora académica, se definieron las categorías de análisis que orientaron la construcción de las preguntas tanto para las entrevistas como para el grupo focal. Las categorías seleccionadas fueron: percepciones e intervenciones sociales, al constituirse en los ejes fundamentales del presente estudio. A partir de estas categorías generales, se identificaron subcategorías que permitieron una mayor especificidad en la indagación: la dimensión ético-política, el territorio y el género.

La dimensión ético-política se configuró como un campo clave para comprender las intencionalidades, los valores y las metodologías que orientan las acciones de los actores comunitarios frente a la problemática del suicidio. La categoría de territorio abarcó aspectos relacionados con las interacciones sociales, la identidad colectiva y las prácticas culturales que configuran la comuna de Manrique como un espacio social particular. Por último, la categoría de género permitió interrogar las identidades de género, los roles de género, las relaciones de poder y las normas sociales que atraviesan y modelan tanto las experiencias como las intervenciones desarrolladas en el contexto investigado.

Derivado de este proceso categorial se elaboró un conjunto amplio de preguntas, que posteriormente fue depurado mediante un riguroso filtro metodológico y ético, hasta conformar una guía final de 16 preguntas. La versión definitiva de la guía de entrevista se encuentra disponible en los anexos del trabajo, específicamente en el Anexo 1.

Paralelo a la construcción de esta guía, se establecieron también criterios éticos fundamentales que orientaron la realización de las entrevistas y que están en concordancia con el Código de Ética del Trabajador Social (ver apartado de consideraciones éticas), tales como: la garantía de la libertad de participación y de desistimiento sin consecuencias; la claridad sobre el tiempo requerido; la ausencia de remuneración económica; el derecho de las y los participantes a acceder a los resultados de la investigación si así lo desean; y la salvaguarda de la confidencialidad

y la privacidad de la información, siendo esta última resguardada conforme a lo establecido en el consentimiento informado, y en estricto cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 de Protección de datos personales que regula el tratamiento y circulación de datos en Colombia.

Se inició el contacto con algunos y algunas de las integrantes de la MSMM vía telefónica, allí se recibió el visto bueno de cuatro de sus integrantes para participar en la investigación, más una persona que no es miembro pero sí ha sido beneficiado por sus intervenciones, para un total de cinco personas entrevistadas.

El paso siguiente fue agendar las entrevistas según la disponibilidad de cada persona, se decidió realizar las entrevistas en modalidad virtual y de forma individual, atendiendo a las restricciones de tiempo y las múltiples responsabilidades laborales, familiares y comunitarias de las y los integrantes de la Mesa de Salud Mental de Manrique. Previo a realizar las entrevistas se le hizo llegar una copia del consentimiento informado a cada persona, al inicio de cada una de las entrevistas se le hizo su respectiva lectura y se le pidió la aprobación para ser entrevistada, las cinco personas accedieron, este procedimiento quedó grabado como corresponde.

Las cinco entrevistas se desarrollaron sin mayores contratiempos y todas fueron finalizadas sin la solicitud de omitir preguntas o abandono del espacio. Como resultado se tienen más de cinco horas de grabaciones y más de 80 páginas de transcripciones, información fue seleccionada y categorizada. Los pasos siguientes serán abordados en el apartado de análisis de datos.

3.Grupo focal: Se llevó a cabo de manera presencial, en la comuna de Manrique, con la participación de 12 integrantes de la Mesa de Salud Mental. Las cuatro personas que participaron de las entrevistas y que hacen parte de la mesa fueron invitadas por la red social WhatsApp, contando con la presencia de dos de ellas. Esta técnica se concibió como un espacio colectivo que permitió la expresión y reflexión conjunta de experiencias, percepciones y saberes en torno al suicidio y las intervenciones sociales derivadas de este y desarrolladas en el territorio.

Si bien el grupo focal estaba pensado para ser convocado en un espacio diferente a las reuniones de la MSMM, dadas las dificultades para reunir a todas las personas presencialmente, se tomó la decisión de aprovechar una reunión citada por MSMM el día jueves 11 de septiembre de 2025, a las 2 pm, en la Unidad de Vida Articulada UVA La Alegría. Se solicitó un espacio al finalizar el encuentro, que fue guiado por dos profesionales de Metrosalud, se pudo entonces realizar el grupo focal, pero prescindiendo de la técnica del mural de situaciones y con un cambio en las preguntas, dado que una vez realizadas las entrevistas, se pudo evidenciar que las preguntas

ya habían sido suficientemente profundizadas y que se necesitaba de otra información adicional, las nuevas preguntas fueron:

¿Qué hace que la mesa se sostenga en el tiempo y qué los impulsa a trabajar con la salud mental?; ¿Qué interés les despierta trabajar en lo comunitario?; ¿Cómo visualizan una comunidad sana en salud mental y qué se necesita para lograrlo? De este encuentro quedaron registros fotográficos, ver Anexo 2. Toda la sesión tuvo una duración de tres horas, de las cuales treinta minutos fueron destinados para el grupo focal.

Este instrumento se diseñó con el propósito de profundizar en las percepciones e intervenciones sociales desarrolladas por los y las integrantes de la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM), en coherencia con el objetivo de analizar la postura ético-política que adoptan en sus estrategias de intervención social.

Al igual que en el caso de las entrevistas, la realización del grupo focal estuvo regida por los principios éticos fundamentales que guían esta investigación. Se garantizó la libertad plena de participación, así como la posibilidad de desistir en cualquier momento sin que ello conllevara consecuencia alguna. Asimismo, los participantes, previo a la realización del grupo, fueron informados mediante el consentimiento informado, acerca de los riesgos potenciales, valorados como mínimos, así como de los beneficios derivados, los cuales no tienen carácter remunerativo, sino que se orientan a la generación de conocimiento que pueda fortalecer futuras intervenciones comunitarias.

Para el desarrollo del grupo focal se consideraron cuatro momentos clave, cuidadosamente estructurados, con el propósito de garantizar una experiencia participativa, ética y rigurosa en la obtención de la información, estos son:

Bienvenida y apertura: en este primer momento se dio la bienvenida a las y los participantes, agradeciéndoles su presencia y disposición para compartir sus experiencias y reflexiones. Se procedió a la presentación de las personas asistentes y del equipo investigador, y posteriormente, se explicaron los objetivos de la investigación, así como los beneficios esperados, aclarando que estos no son de carácter remunerativo, sino que están orientados a la generación de conocimientos que puedan contribuir o inspirar otras intervenciones torno a la salud mental.

Se socializaron las reglas básicas de participación, como: la escucha respetuosa, la confidencialidad, el derecho a retirarse en cualquier momento, y se socializó la dinámica de la actividad a desarrollar.

Desarrollo de la discusión: se desarrolló una actividad de trabajo colectivo liderado por el equipo de Metrosalud, posteriormente, se realizó el planteamiento de las preguntas orientadoras, de forma secuencial y adaptada al ritmo del grupo, promoviendo la participación activa de todas las personas presentes, así como la profundización en las respuestas. Durante este proceso, se buscó gestionar adecuadamente los silencios que surgieron y se mantuvo un ambiente de respeto, contención y apertura.

Cierre: para ello se realizó una síntesis de las ideas principales de la discusión, y se reconoció la importancia de los aportes realizados.

Se expresó nuevamente el agradecimiento a las y los participantes por su tiempo, y valiosa contribución a la investigación y finalmente, se reiteraron los compromisos éticos asumidos: el resguardo de la información compartida, la confidencialidad de los datos, y la posibilidad de que las personas participantes conozcan los resultados del estudio.

Registro de la información: una vez concluido el grupo focal, el equipo investigador realizó el primer análisis en caliente y lo registró en sus notas de campo. Se procedió entonces, a la transcripción completa de la sesión, garantizando la fidelidad de los relatos y las interacciones producidas.

Asimismo, se llevó a cabo un análisis detallado de la información derivada de estas técnicas utilizando la estrategia de análisis de contenido que contiene una serie de pasos para su implementación, estos surgieron del planteamiento de Cristina Ortega (s.f) quien destacó que este es una herramienta útil para identificar significados ocultos, mensajes implícitos que no se puedan dimensionar a simple vista; reconocer patrones, tendencias, actitudes y comportamientos; comprender los datos situados en un contexto más amplio que permita leer tendencias sociales, culturales e históricas; identificar ideas, conexiones y relaciones dentro de los datos; también permite la toma de decisiones políticas claras.

Lo cual, fue base para que el equipo pudiera comprender y analizar la información contenida en las percepciones del grupo participante, entre esa los diferentes conceptos que emergieron y su interrelacionamiento implícito con otras categorías. Para su recolección se utilizaron los siguientes instrumentos: entrevistas semiestructuradas, un grupo focal, recopilación bibliográfica, notas de campo, dichas notas son los insumos recolectados por los investigadores, provenientes de la observación, escucha activa y apuntes, y para la triangulación se recolectó información estadística de diversas fuentes.

Se encontró pertinencia en esta estrategia para analizar las percepciones de un grupo específico especializado en el fenómeno del suicidio, con unas particularidades individuales marcadas, dado el aspecto cultural atravesado por el género y las trayectorias diferenciadas de cada uno y cada una abordando el tema de las intervenciones que se gestan en el territorio en torno al tema. Puesto que, estas percepciones son procesos dinámicos y culturales en el que los sujetos seleccionan, interpretan y construyen significados derivados de las sensaciones que provee su entorno, y que, a su vez, vienen influenciadas por sus experiencias sociales, culturales e ideológicas. Según la autora Vargas (1994)

La percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social. (p. 42)

Con base en ello, se destaca que, las percepciones de las y los sujetos participantes de este estudio, contienen interpretaciones contextualizadas que dan sentido a lo que se indagó, por ello, se consideró pertinente indagarlas tanto individual como colectivamente, y a su vez contrastarlas por medio de la revisión bibliográfica para situar y triangular la información del estudio.

Después de realizado el trabajo de campo, se implementó un proceso sistemático de análisis y triangulación de la información, con el fin de garantizar la coherencia, validez y profundidad interpretativa de los hallazgos. En un primer momento, se elaboraron tres matrices en Excel: una para las entrevistas semiestructuradas, otra para el grupo focal y las notas de campo, y una tercera para la revisión bibliográfica y las fuentes de información concernientes a las políticas públicas de salud mental.

En el caso de las entrevistas, se construyó un archivo con varias pestañas: en la primera se consignaron las 16 preguntas guía y, a continuación, las respuestas brindadas por cada participante; en la segunda se avanzó en el proceso de codificación, asignando a cada fragmento de respuesta un eje temático predefinido. Para ello se establecieron trece ejes: aspectos relacionados directamente con la MSMM, rol, género, concepción del suicidio, Manrique y la MSMM, intervenciones, factores de riesgo, limitaciones, retos y desafíos, visión a futuro de la MSMM, elementos para replicar la experiencia, sostenibilidad y dimensión ético-política. Cada eje fue

representado con un color, de modo que las respuestas pudieron ser etiquetadas visualmente. A partir de esta organización, y por cada una de las respuestas, se derivaron categorías y descriptores que dieron inicio al proceso analítico. Un procedimiento similar se aplicó para la información proveniente del grupo focal y las notas de campo.

Teniendo como insumo la tabla de Excel con la información codificada, se procesó la información en el software de análisis Dedoose, esto permitió la elaboración un mapa conceptual con las categorías emergentes, tanto del trabajo de campo como de la bibliografía sobre las políticas públicas de salud mental, cifras y estudios actuales con respecto al tema. Lo cual, sirvió como insumo clave para dilucidar sistemas de categorías que reflejaron los vínculos que existe entre la información, así como también hallar temas amplios y de profundidad. Seguidamente los datos se refinaron en otro mapa conceptual, esté teniendo como ejes los tres primeros objetivos específicos de la investigación, en donde se alojaron las categorías emergentes que correspondían a cada uno. En esta fase se avanzó también en la identificación de temas y patrones, considerando su frecuencia, importancia y relación con otras categorías y códigos.

Finalmente, y a partir de las nuevas categorías y patrones identificados, se realizó una revisión bibliográfica complementaria, orientada a los temas más recurrentes y relevantes. Este ejercicio permitió contrastar los hallazgos con investigaciones previas y marcos teóricos, dotando de mayor densidad interpretativa los resultados obtenidos. Así, la triangulación entre los relatos de los participantes, los datos documentales y las estadísticas territoriales aportó un análisis situado y contextualizado de las percepciones en torno a las intervenciones sobre el suicidio, tanto en su dimensión individual como colectiva.

7 Resultados y Discusión

Para facilitar la lectura del capítulo de resultados, el lector debe tener en cuenta que se divide en cuatro subcapítulos, uno por cada objetivo específico de la investigación, y la sumatoria de estos responden al objetivo general de la investigación. Cada subcapítulo tiene un apartado de conclusiones que recogen todo lo abordado en éste, de forma sintética.

Con fines de preservar la confidencialidad y el anonimato de las personas que participaron en la investigación, se realizó una codificación de la identidad de estas, la cual funciona de la siguiente manera: la letra E significa entrevistado y el número después de la letra E significa el número del entrevistado que va del número 1 al 5. Un ejemplo es E3, que quiere decir Entrevistado número 3. En el caso del grupo focal, este será citado por el nombre de la técnica y el año en el que se realiza, ejemplo (Grupo focal, 2025). Cabe resaltar que tres de las cinco personas entrevistadas son mujeres y también predominó la cantidad de mujeres en el grupo focal con respecto a los hombres.

7.1 Capítulo 1 Análisis de la Postura Ético-Política de la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM)

El presente subcapítulo tiene como objetivo analizar la postura ético-política adoptada por los integrantes de la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM), en relación con las estrategias de intervención social que desarrollan. Este análisis se sustenta en el cruce de información proveniente de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los miembros de la mesa, de la decodificación realizada con relación a estas, de la reflexividad y de los insumos recolectados del desarrollo de un grupo focal.

Técnicas que no solo permitieron develar las prácticas concretas de la mesa, sino también los principios axiológicos, las prácticas de legitimación comunitaria, las tensiones con la institucionalidad, las implicaciones políticas y los horizontes de sentido que orientan la planeación y ejecución de las estrategias territoriales de prevención y atención en salud mental.

El análisis que sigue a continuación no es una mera descripción o compilación frases o informaciones, sino un encuentro de perspectivas, donde los discursos, las acciones y los vacíos institucionales convergen para mostrar cómo se articula la postura ético-política con una demanda

explícita de justicia social y de transformación estructural de un contexto urbano de alta vulnerabilidad.

Con el fin de contextualizar el análisis que se desarrolla a continuación, resulta pertinente describir brevemente la estructura, composición y dinámicas de funcionamiento de la MSMM, escenario en el cual se llevó a cabo esta investigación.

A partir del trabajo realizado durante el proceso investigativo, se reconoció que la mesa surgió como una respuesta integral a la creciente problemática del suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas en la comuna 3 Manrique. Su creación fue impulsada por la necesidad de un espacio colaborativo que permitiera abordar estas cuestiones desde un enfoque multidisciplinario.

En este proceso, se identificó también que la MSMM al año 2025 está conformada por aproximadamente 12 integrantes activos entre líderes y lideresas comunitarias, profesionales del área psicosocial, docentes y habitantes de la comuna interesados en las problemáticas relacionadas con la salud mental. La participación no es homogénea ni permanente, sino que fluctúa según las dinámicas territoriales, los momentos coyunturales y la disponibilidad de sus miembros.

La Mesa funciona a través de encuentros periódicos en los que se discuten situaciones emergentes vinculadas al suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas y otras problemáticas sociales que atraviesan la comuna 3 Manrique. Según lo expresado por las personas entrevistadas (E1, E3, E4) y lo observado durante el grupo focal (2025), su accionar se orienta principalmente a la prevención comunitaria, la generación de espacios de diálogo y escucha, y la articulación con actores institucionales del orden municipal. Para el año 2025 continúa activa y se divide en dos focos relevantes: Mesa de Salud Mental De Juventudes y Mesa de Salud Mental y Familia.

Entre las estrategias desarrolladas se encuentran por la mesa se encuentra:

- **Talleres de Prevención de Suicidio:** estos talleres se llevan a cabo en escuelas y centros comunitarios, con el objetivo de aumentar la conciencia sobre salud mental y enseñar a los participantes a identificar señales de alerta en sus pares.
- **Campañas de Sensibilización:** se implementan campañas de comunicación dirigidas a desestigmatizar el suicidio y promover la búsqueda de ayuda, utilizando medios locales y redes sociales para alcanzar a un público más amplio.

- **Programas de Apoyo y Escucha:** concebidos como espacios seguros donde los jóvenes y sus familias pueden compartir sus experiencias y recibir apoyo emocional, favoreciendo la construcción de redes de confianza en la comunidad.

Es importante precisar que estos espacios comunitarios de escucha no son equivalentes a la estrategia institucional de Escuchaderos. Si bien dicha estrategia surgió inicialmente por iniciativa de la Mesa de Salud Mental de Manrique, actualmente es liderada por la Secretaría de Salud de Medellín. En este marco, la MSMM cumple un papel de articulación territorial, promoviendo la participación de la comunidad y facilitando el enlace entre los habitantes y la oferta institucional.

Ahora bien, según tres de los entrevistados las intervenciones ejecutadas por la mesa que han mostrado resultados positivos más significativos son:

- **Reducción del Estigma:** las campañas de sensibilización que, como lo manifiestan los líderes y lideresas, han ayudado a cambiar la percepción comunitaria sobre la salud mental, evidenciada por un aumento en el número de personas que buscan ayuda sin miedo a ser juzgadas.
- **Fortalecimiento de Redes de Apoyo:** a través de los talleres y espacios de escucha, que han logrado crear una comunidad más cohesionada, donde las personas se sienten más cómodas compartiendo sus problemas y apoyándose mutuamente.

No obstante, es menester aclarar que durante el proceso investigativo también se evidenciaron tensiones relacionadas con la sostenibilidad de las acciones, la intermitencia en la participación de algunos integrantes y los límites en la articulación institucional, elementos que serán analizados con mayor profundidad en los apartados siguientes.

7.1.1 Lo ético-político y el rol comunitario

La corresponsabilidad, sostenibilidad y ética de la no-apropiación como elementos a replicar. La postura ética de la MSMM se erige sobre el principio fundamental de la primacía de lo comunitario, donde lo comunitario se vuelve sujeto y actor de su propia transformación.

Esto se expresa con claridad en la discusión grupal cuando uno de los participantes enuncia que: "la investigación, acción, participativa propone que las mesas en territorio, en lo posible, sean de la comunidad. Porque si es la misma institucionalidad la que las promueve, no serían mesas" (Grupo focal, comunicación personal, 2025) postulado que no es sólo metodológico; sino profundamente ético, ya que plantea una redistribución del poder epistémico y práctico, donde el conocimiento válido y las soluciones genuinas no son importados por la institución sino co-creados desde y con la comunidad, lo que convierte a "la IAP en uno de los recursos más importantes del modelo de salud mental comunitaria, en tanto involucra a todos los sujetos como protagonistas en la producción de conocimientos apropiados para la transformación de su realidad" (Camas, 2018, p. 3)

Así pues, la IAP lejos de ser una simple estrategia operativa de la mesa constituye el núcleo de una apuesta política por la democratización del conocimiento y la construcción de autonomía colectiva. Este enfoque metodológico y ético, adoptado por la mesa, interpela con vehemencia al modelo tradicional de intervención social donde la comunidad es vista como objeto de intervención más que como sujeto protagónico, y encuentra además resonancia con lo expuesto por Claudia Bang en su artículo *Abordajes comunitarios en Salud Mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral*, donde se afirma que el éxito de las intervenciones comunitarias radica en "la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades" (Bang, 2021, p. 8).

Ahora bien, este enfoque no se erige de manera independiente, sino que está circunscrito a un imperativo de corresponsabilidad. De acuerdo con los insumos recolectados en entrevistas y en el grupo focal realizado, los integrantes de la Mesa, tanto institucionales como comunitarios, no se perciben como salvadores o solucionadores externos, sino como educadores críticos, como Freire, que busca la transformación personal y comunitaria.

Su rol ético consiste en "generar una expectativa de trabajo en territorio y de proporcionar también una solución" (Grupo Focal, comunicación personal, 2025), pero siempre desde un lugar de acompañamiento que fortalece la agencia local. Esta postura se alinea con la noción de actuar "más que [como] interventores, [como] facilitadores de procesos centrados en el desarrollo de capacidades humanas" (Del Valle, 2019, p. 1) lo cual desplaza la lógica asistencial hacia un horizonte de empoderamiento comunitario, en el que la sostenibilidad se garantiza porque son los propios actores locales quienes identifican sus problemáticas y promueven las soluciones.

La Trabajadora Social ejemplificó este postulado ético al expresar su motivación de "dejar un legado" y una "herramienta que a ellos les sirva", privilegiando así la sostenibilidad y la autonomía sobre la asistencia puntual y el reconocimiento individual.

No obstante, y pese a lo expuesto anteriormente, el pilar ético más revelador que emerge del grupo focal y de las entrevistas es el compromiso explícito con la no-apropiación del conocimiento y la articulación, expresado en la necesidad de crear "capacidad instalada", que significa que "la comunidad conozca la información, que la comunidad conozca la ruta, que la comunidad conozca las instituciones y tenga la posibilidad de saber dónde tocar la puerta, saber dónde gestionar, saber cómo gestionar" (Grupo Focal, comunicación personal, 2025) aspecto que trasciende la mera transferencia de información para convertirse en un acto ético de descentralización del poder.

La Mesa conscientemente evita convertirse en un gatekeeper o un agente indispensable, trabajando para que la comunidad desarrolle sus propias competencias "determine sus problemáticas y sea quien, al mismo tiempo, promueva las soluciones" (Del Valle, 2019, p. 1) desde sus mismas iniciativas o en articulación con otras entidades. En ese sentido la reflexión de la trabajadora social: "yo no sé hacer esto pero sí sé quién lo hace" (Grupo Focal, comunicación personal, 2025), encapsula este ideal, de que el empoderamiento radica no solo en plantear soluciones, sino también en tener la capacidad de saber mapear los recursos y las redes y no en depender de un individuo o grupo específico.

Ahora bien, este principio ético de horizontalidad "entre profesionales y usuarios donde ambos producen y comparten saber" (Camas, 2018, p. 3) de reconocimiento de agencia y articulación porque "no todos nos las sabemos todas" (E3, comunicación personal, 2025) adquiere una dimensión práctica y política aún más profunda al considerar la trayectoria de la MSMM.

La Mesa se reconoce como una experiencia pionera en la ciudad, pues fue la primera mesa comunitaria de salud mental en configurarse y, por ello, ha servido de referente para la creación de instancias similares en barrios y comunas aledañas. Este carácter innovador le otorga un valor político adicional, pues la convierte en laboratorio de estrategias participativas que otros actores han empezado a replicar. No obstante, precisamente por su protagonismo, la mesa no ha estado exenta de tensiones internas y disputas de poder que en algunos momentos han derivado en procesos de desarticulación parcial. Desde el punto de vista ético-político, estas fracturas resaltan aún más la importancia crucial de trabajar en la "capacidad instalada": dejar herramientas,

liderazgos y aprendizajes comunitarios que permanezcan más allá de la estabilidad organizativa inmediata.

Lo planteado previamente, pone en evidencia la corresponsabilidad activa que transversaliza la mesa, donde el acompañamiento no genera dependencia sino autonomía, donde la no-apropiación del conocimiento se constituye como respuesta a la desconfianza comunitaria frente a procesos externos que “llegan y se van y no dejan ningún resultado” (E1, comunicación personal, 2025) y luego la comunidad vuelve a estar sola, y se reafirma en la crítica a una institucionalidad en donde muchas veces “se hace los bobos” (E1, comunicación personal, 2025) frente asuntos que les competen, perpetuando la dependencia.

Al asumirse como educadora y facilitadora de procesos, la Mesa entonces, convierte su existencia en un acto político que, paradójicamente, apunta a volverse prescindible: cuando la comunidad “superando la alienación y pasividad” (Del Valle, 2019, p. 1) logre sostener por sí misma el bienestar colectivo, sin necesidad de acudir a la mesa se habrá alcanzado el verdadero horizonte ético que inspira esta experiencia.

7.1.2 Intervenciones y democratización del cuidado

La postura ético-política de la MSMM no se agota en la crítica a la institucionalidad o en la fuerte apuesta por la autonomía comunitaria. También se despliega en una política propositiva que se materializa en la creación y promoción de espacios de lo común, donde la salud mental se entiende como un derecho colectivo y no como un servicio restringido a dinámicas clínicas o burocráticas.

Esta apuesta adquiere mayor relevancia al considerar que, como señala Juan Carlos Cea (2023) los “aspectos promocionales y preventivos vinculados a la participación ciudadana no son priorizados en los servicios de salud mental” (p. 2) y, en consecuencia, “la institucionalidad no ha logrado integrar las potencialidades, fortalezas y recursos de la comunidad” (Cea, 2023, p. 2). Frente a esta limitación estructural, la MSMM se erige como una de esas “iniciativas ciudadanas que interpelan los avances, retrocesos y desafíos del modelo comunitario” (Cea, 2023, p. 2), precisamente al “reinventar las formas tradicionales de expresión política y participación social en salud mental” (Cea, 2023, p. 2)

Dentro de estas formas, estrategias territoriales, o espacios de lo común reinventados por la Mesa, los Escuchaderos se constituyen como uno de los dispositivos más relevantes en términos de acceso comunitario a la salud mental.

Es importante precisar que los Escuchaderos son actualmente una estrategia distrital liderada por la Secretaría de Salud de Medellín, orientada a brindar escucha activa, contención emocional y orientación psicosocial en los territorios. Sin embargo, según los participantes del estudio, esta iniciativa tuvo sus antecedentes en la comuna 3 Manrique, a partir de las planeaciones articuladas de la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM) con entidades del Estado, constituyéndose como una experiencia pionera en el territorio que posteriormente fue adoptada y fortalecida a nivel distrital.

Es de aquí que nació el programa Escuchaderos con la Secretaria de Salud, Andrea Uribe se habló con ella, se le tocó el tema porque fuimos los pioneros, fuimos los creadores de la primera mesa de Salud Mental que tuvo el distrito, se trajeron los primeros cuatro profesionales de psicología para el programa Escuchaderos, trabajamos articulados con la mesa, los líderes y todos los entes como te decía que trabajamos en territorio, entonces se empezó a hacer derivaciones (E2, comunicación personal, 2025).

En la comuna llegamos a tener cinco Escuchaderos, precisamente cuando se dispararon los niveles de intento de suicidio y de suicidio en la comuna, se apoyó mucho con el tema de los Escuchaderos y nos dio muy buen resultado. Entonces teníamos unos Escuchaderos fijos y unos Escuchaderos itinerantes, donde los psicólogos, por ejemplo, llegaba la denuncia de una mamá, venga es que mi hijo se intentó, se hizo cutting, se intentó colgar, entonces le hacíamos la intervención a través de la primera línea de defensa (E1, comunicación personal, 2025).

Estas estrategias de los Escuchaderos, particularmente en su modalidad itinerante, fueron reconocidas por las y los participantes como escenarios significativos de intervención, como dispositivos institucionales, que, al desplazarse a distintos territorios y entornos comunitarios, acercaban la atención en salud a poblaciones que no siempre accedían a servicios formales. “Fue

una estrategia ganadora, pero sobre todo los [Escuchaderos] itinerantes (E1, comunicación personal, 2025).

En palabras de una de las personas entrevistadas, los Escuchaderos “eran los que iban y visitaban a los muchachos en sus entornos” (E1, comunicación personal, 2025), lo que evidencia su carácter territorial, democrático y preventivo. Desde la experiencia de quienes participaron en el estudio, estos espacios se configuran como actos políticos de alto impacto, en tanto promueven la escucha, el apoyo emocional y la contención en situaciones de crisis. Como lo expresó otra persona participante, constituyen un canal donde se brinda “la escucha, el apoyo emocional y el ayudarte a bajar ese ritmo que traías, que ese problema se vaya minimizando, que tú lo vomites, te desahogues” (E2, comunicación personal, 2025).

Los Escuchaderos son profesionales que vienen, escuchan, hacen contención, porque es que es lo que tenemos que mirar, cuál es el avance que tiene cada uno de los programas, cuál es la base y cuál es su proyección. Escuchaderos, hace contención y derivación. ¿Por qué? Porque ellos no pueden medicar, o sea, no pueden formular, no pueden remitir directo. No, simplemente ellos hacen un canal, que es la escucha, el apoyo emocional y ayudarte a bajar ese ritmo que traías, que ese problema vaya minimizando, que tú lo vomites, te desahogues y vomitas toda esa cantidad de problemas que tenías (E2, comunicación personal, 2025).

Frente a la forma como operan los Escuchaderos los participantes manifestaron que:

La primera intervención era con la psicóloga de los Escuchaderos, ella iba, a la familia iba y le hacía la atención al joven, o los colegios, incluso los colegios tenían el acceso al Escuchadero y los colegios tenían una psicóloga” (E1, comunicación personal, 2025).

A partir de los relatos de los participantes se evidencia un reconocimiento generalizado sobre la eficacia de los Escuchaderos como estrategia de atención y contención en salud mental en el territorio manifiesta en “sí hemos visto pues como un buen resultado” (E3, comunicación personal, 2025). No obstante, este reconocimiento también se acompaña de una preocupación reiterada por la limitada cobertura de la estrategia, pues varios participantes señalaron la necesidad

de ampliar la cantidad de estos dispositivos para responder de manera más efectiva a la demanda existente en la comuna.

“Es que hay varios Escuchaderos, que ya encontramos en la parte alta, en la parte media, en la parte baja, pero que hay que aumentar más, porque hay muy poquito, y hay que seguir implementando esa estrategia” (E3, comunicación personal, 2025)

Los fragmentos expuestos durante el capítulo permiten evidenciar que este canal, o estrategia conocida como los Escuchaderos trasciende lo clínico para convertirse en una práctica de democratización del cuidado, pues no solo democratizan el acceso a la escucha profesional, sino que deslocalizan y redistribuyen el poder terapéutico, llevándolo directamente a los territorios, esquinas y entornos cotidianos de los jóvenes, lo que constituye una ruptura intencional con el modelo clínico tradicional, centralizado, burocrático y frecuentemente inaccesible para poblaciones en alta vulnerabilidad.

Cabe resaltar que la MSMM al año 2025 no cuenta con una sede como tal, pues han expresado que no desean tener un espacio estático, sino uno itinerante que funcione en todo el territorio en el que pretenden incidir. Aunque sus encuentros se realicen en espacios comunes, estos no se configuran como una sede como tal. Cuando operan desde la calle, la cancha, la UVA o el parque, ponen en disputa el sentido de dónde y cómo se debe atender la salud mental, lo que la lleva a posicionarse como un asunto, estrategia o espacio público y colectivo, y no confinado a los consultorios. Esta práctica es especialmente crucial en un contexto urbano donde “los espacios públicos se restringen y amplias áreas de la ciudad son vividas como peligrosas” (Bang, 2014, p. 111). Al ocupar estos espacios con una práctica de cuidado, la Mesa no solo los resignifica simbólicamente sino que ejerce un derecho a la ciudad, disputando la idea de quién puede habitar el espacio público y para qué.

Al construir conocimiento situado y prácticas de cuidado desde los territorios vividos, la MSMM convierte a la comunidad no solo en sujeto de derecho, sino también en escenario legítimo para la garantía del derecho a la salud mental y al cuidado. En este sentido, encarna la “apertura que incluye lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época” (Bang, 2014, p. 111), al asumir la salud mental no como un fenómeno aislado del contexto, sino como una experiencia atravesada por las contradicciones sociales, culturales y económicas del territorio. Así, su accionar se desarrolla en diálogo con la heterogeneidad comunitaria, construyendo respuestas colectivas desde y con los actores locales.

Según los entrevistados el accionar de la Mesa se inscribe en la larga tradición de grupos locales y de base comunitaria que se articulan “entre pares para darse mutuamente lo que el sistema psiquiátrico no es capaz de entregar” (Cea, 2023, p. 2), llenando con trabajo territorial concreto el desahogo, acompañamiento emocional y los vacíos que la institucionalidad no prioriza. Así, la mesa trasciende la queja para constituirse en una práctica de construcción de ciudadanía saludable desde lo micro, lo local y lo común.

7.1.3 Limitaciones, riesgos y desafíos

La postura de la MSMM no está exenta de tensiones profundas, inherentes a su naturaleza híbrida (comunidad-institución) y al contexto sociohistórico en el que opera. El análisis identifica tres tensiones centrales que modelan y complejizan su accionar, revelando los límites y contradicciones que debe navegar una iniciativa de base en un entorno de alta vulnerabilidad.

Tensión 1: limitaciones y desafíos de la sostenibilidad: la paradoja de la dependencia institucional. Aunque su ethos es radicalmente comunitario y autogestionario, la Mesa reconoce con pragmatismo que “lo que nosotros hacemos como líderes, pues llegamos hasta cierta parte, pero ahí se requieren recursos” (E1, comunicación personal, 2025). Su sostenibilidad y capacidad de escalar impactos dependen críticamente “del apoyo institucional administrativo” (E1, comunicación personal, 2025)

Esto crea una paradoja fundante: para construir autonomía comunitaria, necesitan depender, al menos parcialmente, de la misma estructura institucional que, en muchos aspectos, interpelan y critican por su lentitud, burocracia y evasión de responsabilidad. La solicitud constante de apoyos público-privados evidencia esta tensión permanente entre la autogestión deseada y la dependencia material necesaria, tensionando el ideal de autonomía pura y situando a la MSMM en una negociación constante con las lógicas del sistema que busca transformar. Paradoja que no se resuelve, sino que simplemente se administra.

Tensión 2: Factores psicosociales y concepciones del suicidio: retos frente a tabús y mandatos culturales: la praxis de la Mesa choca constantemente con un entramado de mitos culturales profundamente naturalizados. El tabú alrededor del suicidio “es que no se les puede hablar de suicidio” (E1, comunicación personal, 2025) y el estigma sobre la salud mental de “yo no voy donde el psicólogo porque es que yo no estoy loco” (E2, comunicación personal, 2025)

representan barreras socioculturales poderosas que limitan la efectividad de sus estrategias y reflejan una medicalización y patologización de la vida cotidiana aún vigente. Frente a esto, la MSMM responde no con evitación, sino con una ética de la verbalización, insistiendo en que "eso hay que hablarlo, eso hay que decirlo, eso hay que verbalizarlo" (E1, comunicación personal, 2025).

Esta insistencia en el diálogo abierto se erige como un acto político de resistencia contra el silencio, el secreto y la ignorancia, buscando desnaturalizar creencias que perpetúan el sufrimiento y obstaculizan la búsqueda de ayuda. Es una batalla por el sentido común, donde cada taller, cada conversación, es un esfuerzo por desmontar narrativas internalizadas que individualizan el malestar y ocultan sus dimensiones sociales.

Tensión 3: Sostenibilidad y liderazgo: limitaciones y retos ante la rotación institucional: una tercera tensión, de carácter más estructural, es la amenaza constante a la continuidad de los procesos. Esto se manifiesta en dos frentes: el desgaste de los líderes fundadores "yo los acompaño solamente este resto de año, me retiro" (E4, comunicación personal, 2025) y la rotación de los profesionales institucionales asignados a la mesa, sujetos a cambios de administración o de contratación. Esta inestabilidad choca frontalmente con la necesidad de mantener continuidad de procesos y construir confianza a largo plazo en la comunidad.

La estrategia ético-política para enfrentar esta tensión es el ya mencionado trabajo en la "capacidad instalada" y la "creación de nuevos líderes" (Grupo Focal, comunicación personal, 2025) desde las instituciones educativas, buscando que el proceso sea más grande que sus individuos. Sin embargo, esta es quizá la tensión más compleja, pues prueba hasta qué punto la autonomía comunitaria puede realmente sostenerse cuando los actores clave, tanto comunitarios como institucionales, están sujetos a la precariedad, el cansancio y la inestabilidad que caracterizan al mismo contexto que buscan transformar.

7.1.4 Visión a futuro y sostenibilidad

El objetivo final de la mesa, expresado frecuentemente en los relatos de los miembros, es que esta se convierta en un referente legitimado y autosostenible, hasta el punto de "ser tan reconocidos que ya la gente llegue a nosotros" (E3, comunicación personal, 2025). Anhelo que representa la materialización concreta del éxito de la "capacidad instalada", pues implica un futuro

en el que la comunidad, empoderada, busca de manera activa y autónoma los servicios, sabiendo que "acá [en la mesa] van a encontrar una solución" (E3, comunicación personal, 2025). En este escenario, la salud mental se habrá normalizado e integrado por completo en la vida cotidiana de la comuna, dejando de ser un tabú para convertirse en una práctica de cuidado tan natural como cualquier otra necesidad básica.

Ahora bien, paradójicamente, su mismo objetivo u horizonte final, reposa en su propia disolución como instancia necesaria, pues su éxito se medirá por el grado en que los saberes, las rutas y las prácticas de cuidado se hayan incorporado de tal manera en el tejido social que la comunidad logre sostenerse a sí misma. Esta proyección no es una renuncia, sino la máxima expresión de su compromiso con la autonomía: la Mesa trabaja para volverse prescindible, para que su existencia como mediadora ya no sea necesaria.

Este ideal transforma su quehacer en un acto de legado, donde la verdadera sostenibilidad no reside en la permanencia de la organización, sino en la capacidad de la comunidad para dar continuidad a los procesos de cuidado desde sus propias dinámicas, liderazgos y recursos. Así pues, la MSMM, en su aspiración más profunda, no busca ser eterna, sino sembrar las condiciones para su propia trascendencia, dejando como legado a la comunidad, la confianza y las herramientas para que asuma plenamente el cuidado de su bienestar colectivo.

7.2 Capítulo 2 Concepciones que tienen los participantes del estudio sobre la problemática del suicidio y las intervenciones en torno a esta con base en las particularidades del territorio.

El presente apartado analiza las concepciones que los participantes del estudio tienen sobre la problemática del suicidio y las intervenciones desarrolladas en el territorio, a partir de las particularidades sociales, culturales e institucionales de la comuna 3. Para ello, la información recopilada mediante entrevistas y grupo focal fue organizada y examinada a través de categorías analíticas que permitieron comprender de manera estructurada las percepciones de los integrantes de la Mesa.

En este sentido, el análisis se desarrolla a partir de los siguientes ejes: las concepciones sobre el suicidio; las dinámicas de articulación, interdisciplinariedad e interinstitucionalidad en las intervenciones; la comprensión del fenómeno desde una perspectiva microtráfico; la relación del

suicidio con problemáticas como el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar y el bullying; así como los imaginarios culturales y los tabúes presentes en la comunidad. Finalmente, se abordan las percepciones sobre los procesos de atención y contención, junto con las recomendaciones formuladas por los propios integrantes de la Mesa.

7.2.1 Categoría: Concepción del suicidio

El concepto de suicidio es el eje de toda la investigación y de las intervenciones que se realizan en el territorio, puesto que, a partir de las cifras en cuanto a intentos y mortalidad, respecto a este fenómeno, se focalizan las estrategias de intervención en salud mental.

El suicidio es un desfogue, es lo último que ya encuentra una persona que no ha sido escuchada, que no ha sido atendida, que nunca ha sido tenido en cuenta, no se le ha analizado, nunca se le ha hecho un acompañamiento a esa problemática que tiene (...) Hacemos una comparación, cogemos un vaso, lo ponemos debajo de la canilla o de la llave de agua, a que bote goticas, cada gotica que cae, va llenando el vaso, da la casualidad que no llega una mano amiga, que venga y corra el vaso, que nos lo voltee para ayudarlo a vaciar, porque así nos pasa, nos enfrascamos en un problema, ese problema nos conlleva a otro, ese otro nos lleva a otro y ese otro nos lleva a otro más, va creciendo y si nosotros no lo sacamos, vamos a seguir llenando, llenando, llenando, cuando menos pensamos el vaso el agua se empieza a derramar, entonces así pasa con la enfermedad de salud mental (E2, comunicación personal, 2025).

Están en un callejón sin salida, se encuentran una pared, antecitos de la pared hay un hueco que no pueden saltar, porque lo ven demasiado grande, pero atrás tienen el que viene empujándolos, son tres barreras grandes, entonces lo único que ven ellos como fácil o ve la persona como fácil es lanzarse a ese hueco, a ese vacío, eso es lo que para mí yo catalogo eso, el suicidio como un ahogamiento, un desborde de las problemáticas y que no tengo una herramienta ni un apoyo para poder salir de ahí (E2, comunicación personal, 2025).

Esa problemática tiene que ver mucho con la ausencia del aprendizaje desde niños a no tener apegos sentimentales. Si usted habla con una persona, con la familia del que cometió o con alguien que intentó, siempre vamos a encontrar una ausencia de sentimientos. Es que a mí no me quisieron, a mí me golpearon, a mí me humillaron, a mí me... y comienza esa transformación de esa ausencia en volverse en un vacío. Y ese vacío lleva que, en algún momento de la vida, y lo digo por experiencia propia, yo soy depresiva y en algún momento me dejé llenar tanto que yo deseaba un descanso(...) yo pensaría que el tema del suicidio es un tema de afectos y arreglos que nos han dejado desde niños y nos han enseñado a ser autónomos en el actuar y en el pensar (...) esa falta de autonomía, esa falta de liderar usted mismo su propia vida. Ahí es donde yo encuentro que hay vacíos y lo digo por experiencia propia (E4, comunicación personal, 2025).

“No sé si eso es como un virus, como una enfermedad, como algo que hubo desde la salud mental” (E3, comunicación personal, 2025).

Estas afirmaciones evidencian una multiplicidad de concepciones en torno al fenómeno del suicidio, a pesar de que las versiones provienen de líderes comunitarios que hacen parte del mismo territorio y que han trabajado de manera conjunta la misma problemática. Una mirada lo concibe como una reacción a un desborde emocional, otra lo concibe como vacíos emocionales no solucionados desde la infancia y otra mirada lo concibe como algo patológico.

En contraste se encontró esta definición del concepto desde la psicología comunitaria, desde donde se enfatiza que el

Suicidio se entiende como una dificultad de adaptabilidad al medio ambiente, en la que la persona pasa por diferentes situaciones creyendo que no hay solución ante algo que está sucediendo, sea pasajero o definitivo, estando presente el sentimiento de soledad acompañado de la sensación de no poder contar con las personas que se encuentran alrededor, por lo cual se toma como una vía de escape para aquellos jóvenes que entran en conflicto consigo mismos, dejando a un lado metas, objetivos de vida y aspiraciones, perdiendo así su sentido de vida, puesto que al tener pocos recursos psicológicos instaurados para la resolución de problemas y poco apoyo en el ámbito social y familiar

cualquier evento les llega a afectar en gran magnitud, así como fue expuesto por la investigación de García et al. (2008) (Como se citó en Ramírez et al. 2012. p.2)

Se percibió que el concepto que provee la literatura tiene concordancia con las versiones de E2 y E4, específicamente en el aspecto de la dificultad a la adaptabilidad al medio ambiente y poco apoyo en el ámbito social, que contrasta con la descripción de que este se debe a un desborde de las problemáticas sumado a la falta de herramientas de apoyo. A su vez, se hace referencia a la carencia de recursos psicológicos instaurados para la resolución de problemas, lo cual, se percibe que tiene concordancia con la concepción de que este parte de un vacío emocional arraigado desde la infancia.

7.2.2 Categoría: Articulación, interdisciplinariedad, interinstitucionalidad

Al recopilar y analizar los datos en su totalidad, emergió esta categoría, la cual se repitió 27 veces. Y se pudo observar que está intrínsecamente ligada con la categoría de interdisciplinariedad e interinstitucionalidad.

En cuanto al origen del concepto Articulación, se encontró que viene de las ciencias médicas para definir una estructura que separa dos o más elementos adyacentes del sistema esquelético, lo cual, permite al cuerpo humano generar diferentes movimientos (Clínica Universidad de Navarra, 2025), desde el ámbito de la Salud Pública se entiende la articulación y cooperación como

Procesos que se amalgaman mutuamente, que requieren apoyo técnico y voluntad política en todos los ámbitos y niveles de decisión, su construcción es paulatina a través de la gestión y ejecución de las acciones en salud pública. Así, mediante el desarrollo de programas y proyectos se tejen relaciones de diversos tipos. (Molina-Marín et al., 2018, p.5)

Se observa desde la literatura que en el concepto existe una similitud, en razón de que, este se comprende como un sistema de partes diferentes que se interrelacionan con el fin de cumplir un objetivo común.

En cuanto al concepto de interdisciplinariedad, desde el ámbito de la salud pública se describe como una acción en la que:

Se desarrolla una coexistencia de varias disciplinas, sin que esté perfectamente claro el peso o liderazgo de una disciplina sobre las otras. La cooperación e integración interdisciplinaria permite el enriquecimiento mutuo de cada una de las disciplinas participantes (...) requiere de la coactuación de disciplinas, además de las ramas de la salud, de otras como la sociología, la psicología, la economía, la administración, la biología y química, la ecología, la ingeniería ambiental, aspectos legales y jurídicos, etc. (Bedoya, 1987, p.40).

Esta revisión permitió comprender que ambos conceptos remiten a la articulación de diferentes elementos para alcanzar un propósito común tanto desde el aspecto institucional como desde el trabajo colaborativo del talento humano.

Con respecto a las articulaciones que se gestan desde la mesa, los participantes enunciaron que:

En la mesa, como te digo, siempre hemos hablado de forma articulada, de trabajar de forma articulada, es muy importante el sector educativo, el sector privado, el sector academia, o sea, ese tema hay que escogerlo transversal a muchas cosas, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Inclusión Social, la Personería como tal, o sea, ahí tiene que haber un conglomerado de institucionalidad para abordar el tema, o sea, no es que solamente un solo ente lo pueda abordar, no. Aquí son muchos factores, entonces hay que coger todos esos factores que inciden, reunirlos y empezar (E1, comunicación personal, 2025).

La estrategia implementada se basa en la división de las acciones cuando se trata de iniciativas de gran alcance. En lugar de desarrollar una única actividad macro, se opta por fragmentarla en intervenciones más pequeñas y distribuidas territorialmente, por ejemplo, en la parte alta, media y baja del sector. Asimismo, se realiza una identificación previa de las juntas de acción comunal y de los barrios con mayor concentración de personas o con liderazgos más activos, con el fin de facilitar la articulación y fortalecer la convocatoria. De este modo, el trabajo se organiza mediante alianzas con actores comunitarios y una

planificación progresiva que permite avanzar de manera estratégica en el territorio (E3, 2025).

En las entrevistas también se hizo referencia a la multiplicidad de factores que inciden en el desarrollo de conductas suicidas en la población, lo que evidencia la complejidad del fenómeno en el territorio. Los participantes coinciden en que esta problemática no puede abordarse únicamente desde una perspectiva clínica, sino que requiere un enfoque integral que contemple dimensiones sociales, familiares, económicas y comunitarias.

En este sentido, prevenir el suicidio implica no solo brindar atención en salud mental, sino también generar condiciones que permitan a las personas construir proyectos de vida dignos. Desde esta perspectiva, una de las entrevistadas, quien además se desempeña como edil, resalta la importancia de que el sector privado se articule a las acciones territoriales, ampliando las oportunidades y recursos disponibles para la comunidad.

Hay que mirar la empresa privada, qué desarrollo de emprendimientos puede llevar en los años décimo, once, donde el pelado quiere salir de pronto a tener un emprendimiento, pero no tiene con qué, ¿cierto? ¿Cómo la empresa privada puede apoyar estos créditos o este apoyo a estos adolescentes que ya salen a la vida productiva, a los que no se han estudiado, que quieren ser productivos y crear sus emprendimientos? Desde todas esas aristas, el distrito, ¿qué alternativas tiene el distrito para hacer las temas de promoción, atención y promoción y prevención frente al suicidio, frente al uso de consumo de estupefacientes (E1, comunicación personal, 2025).

Ahora bien, tanto las entrevistas como el grupo focal realizado permitieron evidenciar también que la MSMM trabajó con instituciones y estrategias de la política pública del municipio, en donde cumplían el rol de situar las estrategias del cuidado y la salud mental a las particularidades del territorio y las necesidades individuales.

Por ejemplo cuando ya había un caso explícito, que el chico se cortó, entonces se le abría la ruta, que era la ruta con el código dorado, que es el que atiende el 123, tenemos esa ruta de la que tiene la línea dorada, que es el tema que atiende ese tema de incidencia suicida.

Entonces ya era un trabajo que ya se había desarrollado como tal el tema, iba el código dorado ya se encargaba del joven y le hacía ya todo el seguimiento frente a la atención de la conducta (E1, comunicación personal, 2025).

De hecho, la Secretaría de Educación tiene una cosa que se llama Entornos Protectores, eso es un programa, y ese programa de entornos protectores va a los colegios y precisamente ellos tratan esos temas de enfermedades mentales, el tema de consumo, ellos tratan todo eso (E1, comunicación personal, 2025).

Medellín Te Quiere Saludable viene con un grupo que hace atención, Escuchadero es individual. ¿Sí? Medellín Te Quiere Saludable la hace a nivel grupal, ¿por qué? Porque se atiende no solamente al afectado, sino su entorno familiar, se puede atender el entorno educativo, porque está dentro de las instituciones educativas, el grupo de amistades, entonces eso ayuda mucho (E2, comunicación personal, 2025).

Es menester resaltar que también se han realizado procesos interinstitucionales, con el sector público, todos estos enfocados en la prevención.

Desde los grupos ya organizados de adultos mayores del INDER, niños en escuelas, colegios, dentro de la Área Metropolitana y con la mesa pues en las diferentes actividades que hemos tenido sobre los talleres o campañas o actividades pues de promoción y prevención que ha realizado la mesa. Estoy pues desde hace poco y desde el Grupo de Guadalajara de la Mesa Ampliada tenemos pues muchas actividades y como procesos a los que la comunidad también se puede participar, y tenemos muchas reuniones también con Metrosalud, donde Metrosalud pues ha venido acompañando muy de la mano a la Mesa Ampliada de Salud (E2, comunicación personal, 2025).

La Mesa Ampliada a la cual hacen referencia en el en el párrafo anterior, es un espacio de participación promovido por la Secretaría de Salud de Medellín, por medio de los gestores territoriales, en este espacio convergen líderes y lideresas comunitarias, colectivos, JAC, población víctima del conflicto armado, personas con discapacidades, Juntas Administradoras Locales (JAL),

entre otros actores. Es pertinente aclarar que en este espacio se tratan temas de salud en general, no se enfocan exclusivamente a la salud mental.

Cabe destacar que los procesos realizados tanto de atención y acompañamiento se han llevado a la ejecución con profesionales de diferentes áreas.

Siempre buscamos que sea y hacerle el acompañamiento, porque el acompañamiento aquí es constante y nos reunimos profesionales de psicología, trabajadoras sociales, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, estamos constantemente con la gestora territorial, con las líderes EVAs, con todo el personal y se tocan las problemáticas, se hacen festivales de salud, festivales saludables y se llevan estos profesionales para que atiendan directamente a las personas, tanto el personal de Medellín te quiere saludable, los equipos EVAs, los psicólogos de Escuchaderos, la profesional que tenemos en territorio de tomarnos el mundo centro de escucha, de la Secretaría de Mujeres (E2, comunicación personal, 2025).

Ya vamos para cuatro años que estamos con los talleres con los practicantes del Tecnológico Antioquia y hemos tenido dos talleres en la Universidad Antioquia, en donde ellos han aprendido mucho. Y tenemos en la cooperación ya psicólogos profesionales que se han quedado con nosotros en esta obra, en esta labor, en este proyecto, de seguir llevando salud mental y habilidades para la vida dentro del área metropolitana, con ese voluntariado (E3, comunicación personal, 2025).

La percepción del participante pone en manifiesto la importancia del acompañamiento como un proceso constante en el territorio, sustentado en la articulación de múltiples actores profesionales e institucionales. Este énfasis en la continuidad y en la diversidad de instancias que intervienen, desde psicología, trabajo social y medicina, hasta liderazgos comunitarios y programas municipales, permite comprender que la eficacia de las intervenciones en materia de salud mental y suicidio no se mide únicamente por la atención clínica, sino por la capacidad de ser un apoyo confiable para la comunidad. Al mismo tiempo, la multiplicidad de actores.

En materia de atención en crisis también se pudo constatar que existen planes de contingencia en el territorio efectuados por los líderes comunitarios

Cuando ya vemos que este equipo tampoco, también se nos sale de las manos, entonces ya se activa la ruta a donde deba llegar con las EPS, las IPS, o con el sistema general de salud para hacer las remisiones directas a las instituciones donde ya hay psiquiatría, ya hay una gran cantidad de ventajas que puede tener el paciente (E2, comunicación personal, 2025).

Frente al papel de las organizaciones comunitarias y los entes territoriales en la promoción de la salud mental, un participante señaló lo siguiente:

Nosotros desde la Mesa, desde las Juntas de Acción Comunal, y desde la Junta Administradora Local. Yo creo que desde los entes territoriales hemos estado llevando mucho la información que existe en los Escuchaderos para que la gente vaya. Y hay unos números también que nos han dado de Código Dorado (E3, comunicación personal, 2025).

En lo concerniente a la multiplicidad de factores de riesgo anunciados por los participantes, se destaca una nueva categoría el microtráfico y el consumo de sustancias psicoactivas.

7.2.3 Categoría: Microtráfico y Consumo de sustancias psicoactivas- Adicciones

Diversas investigaciones han evidenciado que existe una estrecha relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y los problemas de salud mental en jóvenes, indicando que estas prácticas no solo impactan el bienestar individual, sino que también se asocian con problemáticas de mayor complejidad, entre ellas el riesgo suicida. Morte, C (2023) señala que existe

Una asociación significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas y un mayor riesgo de comportamientos suicidas en jóvenes. Además, existe una mayor prevalencia de trastornos mentales en comparación con aquellos que no consumen. En cuanto a los factores de riesgo se han identificado aspectos individuales, familiares y sociales que aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes al consumo de drogas y comportamientos suicidas. (p.3)

En relación con la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, se mencionó que existe una problemática compleja en los entornos escolares. Los participantes compartieron su percepción en cuanto a esto:

El tema del consumo dentro, las instituciones educativas, que vinimos a mirar que estaba disparado, pero es un tema muy sensible porque los colegios, los rectores hacían cierta resistencia a entender que dentro de sus colegios, y aún eso es un tema, sino que es que no lo quieren tocar, no lo quieren abordar de frente, pero en el 60%, por no decir más, de las instituciones educativas, hablo por mi comuna, existe el consumo de sustancias psicoactivas, dentro de las instituciones educativas, logramos identificar que venden el producto, es decir, los mismos estudiantes (E1, comunicación personal, 2025).

“Es que en mi casa todos consumen y a mí no me gusta (...) Me dijo si mi papá me llevó, me dijo cómo armar el barreto y todo el cuento. Y a mí no me gustó” (E4, comunicación personal, 2025).

Ahora bien, al entrevistar a la persona, habitante de Manrique, que ha necesitado directamente atención por reiterados intentos de suicidio, también se halló la concordancia con esta categoría:

“Mi caso yo lo vería desde una perspectiva social, porque estos intentos de suicidio han estado directamente vinculados al abuso de drogas” (E5, comunicación personal, 2025).

Esta mirada desde los diferentes sectores; lo académico, la gestión pública y un paciente que ha tenido conductas suicidas nos permite evidenciar este factor de riesgo como uno de los focos más problemáticos.

A su vez, uno de los entrevistados, manifestó que estos factores de riesgo no sólo se tratan del consumo de sustancias psicoactivas, sino de otros tipos de adicciones:

Tenemos la virtualidad, la adicción, porque hay adicciones que no solamente podemos contar con las psicoactivas, sino que tenemos que mirar la ludopatía, hoy en día tenemos en las mismas tiendas, los mismos supermercados, máquinas, tragamonedas, la ludopatía es poco atendida, estamos teniendo algo que muy pocos lo ven, pero ya no hay una

comunicación asertiva entre las personas, sino que ya todo entró a la virtualidad (E2, comunicación personal, 2025).

Las percepciones recogidas en estas categorías evidencian que el consumo y las adicciones en el territorio no se limitan únicamente a las sustancias psicoactivas, sino que atraviesan distintos escenarios y formas de relación, desde la escuela y el hogar hasta los espacios virtuales. Esto sugiere que la problemática se manifiesta en múltiples dimensiones de la vida cotidiana.

7.2.4 Categoría: *Violencia intrafamiliar*

Al analizarse los datos sobre los factores de riesgo que se conciben en el territorio en torno a la problemática del suicidio, se evidenció que este concepto se repite siete veces. Desde la literatura se encontró también la asociatividad que tiene esta problemática con la conducta suicida, allí se indica que

Es importante mencionar que en la actualidad existen diversos factores de riesgo que inciden a las personas a tener desde un pensamiento suicida, hasta la conducta o la acción de quitarse la vida, uno de estos factores con mayor grado de incidencia es la violencia doméstica, la cual tiende a volver a la víctima, vulnerable al ambiente en el que se desenvuelve y lo puede llevar a realizar un suicidio no consumado o en su defecto consumado. (Donato & Ortiz, 2023, p.3)

Se reconoce que la violencia de pareja constituye un factor de riesgo relevante en el campo de la salud mental, con implicaciones directas en la aparición de síntomas depresivos y conductas suicidas. Al respecto, Valerio et al. (2022) señalan que:

Es una problemática que sobresalta a nivel universal llegando a constituirse en un problema de salud pública, las mujeres son sometidas al maltrato; físicos, psicológicos o sexuales que se dan en el ambiente de una pareja, donde uno es el agresor y el otro la víctima o puede ser por ambos miembros de la pareja, por lo cual esto conlleva a presentar posibles síntomas de depresión y ser víctimas de suicidio. (Como se citó en Donato & Ortiz, 2023, p.4)

En ese sentido, tanto la evidencia empírica como la revisión académica coinciden en señalar la violencia intrafamiliar y de pareja como un factor de riesgo de alto impacto en la aparición de ideación y conductas suicidas. Esta comprensión permitió contrastar y profundizar el análisis a partir de las percepciones expresadas por los participantes en el territorio, las cuales se revelan a continuación:

“El tema de violencia intrafamiliar dentro del hogar, la falta de la presencia de padre y madre muchas veces por temas laborales, eso un poco, la deserción del padre del hogar”. (E1, comunicación personal, 2025).

La violencia intrafamiliar ha existido siempre, pero hoy en día se ataca mucho más, es más, tenemos que tener en cuenta y lo estamos viviendo hoy en día, que ya no es solamente del sexo masculino al femenino...sino del femenino al masculino, ha incrementado (E2, comunicación personal, 2025).

Tenemos un grupo de jóvenes en la cruz, que es en la parte alta de la comuna, en donde tienen unas historias de vida muy complejas, una violencia intrafamiliar muy alta, y en donde hay jóvenes que hasta viven solos porque la mamá los echó (E3, comunicación personal, 2025).

Ahí es muy importante, muy importante, esa primera línea es ahí, en el hogar, los entornos en los que vive el joven, en dónde vive, con quién vive, cómo es su situación, hay temas de violencia intrafamiliar, desde ahí arranca y eso se traslada a la institución educativa (E1, comunicación personal, 2025).

“La violencia intrafamiliar. Viene de muchas causales. Lo económico, lo laboral, la convivencia” (E2, comunicación personal, 2025).

Lo anterior permite evidenciar que, la violencia intrafamiliar aparece como un factor estructural que involucra las experiencias de vida de los jóvenes y configura un escenario de alta vulnerabilidad frente al riesgo suicida. Las percepciones recogidas revelan que es un fenómeno de alta complejidad, cuyas raíces abarcan lo económico, lo laboral, lo relacional y lo educativo.

7.2.5 Categoría: *Bullying*

Esta categoría emergió desde, el grupo de estudio, también como un factor de riesgo relevante en el territorio y directamente relacionado con la incidencia suicida, en su mayoría en población menor de edad.

Desde la revisión bibliográfica se encontró que esta categoría está conceptualizada por la Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2019) quienes la definen como

Un fenómeno común en los entornos escolares de nuestros países de la América Latina y el Caribe, que afecta por igual a niñas, niños y adolescentes sin distinción de edad, etnia o nivel socioeconómico. Tanto si supone violencia física, psicológica o ambas, el acoso escolar tiene un impacto significativo de corto, mediano y largo plazo en la vida de los niños, niñas y adolescentes involucrados, ya sea como agresores, víctimas u observadores. Este tipo de violencia es relevante porque afecta negativamente a la víctima, disminuyendo su autoestima y confianza, lo que puede conllevar a que padezcan de frecuentes estados de ansiedad, depresión, autoagresión e incluso conducir al suicidio (p.4).

Esta comprensión desde la literatura permite dar paso al contraste con las percepciones recogidas en el territorio, donde se evidencian experiencias concretas que reflejan la magnitud y las particularidades de este fenómeno en el contexto barrial:

El tema del bullying, que también entra ahí por temas de género, por inclinación sexual, pues hoy vemos en los colegios que ya hay chicos que se consideran transgénero, o de pronto, todo eso que hay binario (...) entonces, eso podría también, el tema del bullying, podría también incidir en una actuación, un bullying exagerado ya, un bullying que ya llega al chico en que ya no aguanta más, podría también generar, pensaría yo, un tema de incidencia al suicidio, o de una actuación indebida frente a algo, o sea, frente a quitarse la vida o una incidencia suicida como tal. De hecho, pues ya han ocurrido casos (E1, comunicación personal, 2025).

El bullying muy poco se está tratando, el bullying no solamente es entre compañeros de estudio, sino con docentes, con rectores, con cantidades de personas que inclusive hasta en la misma tienda de la institución educativa se ve, y nunca le estamos parando bolas (E2, comunicación personal, 2025).

En suma, el contraste permitió evidenciar que el bullying se reconoce como una expresión de violencia que atraviesa los entornos escolares y se vincula con el riesgo suicida en la población. Las percepciones recopiladas amplían la comprensión del fenómeno al visibilizar cómo este se manifiesta en distintas formas, desde el maltrato verbal hasta las dinámicas asociadas a género y diversidad, y cómo, en muchos casos, permanece desatendido en los espacios educativos, lo que refuerza su carácter de factor de riesgo persistente y complejo.

7.2.6 Categoría: Cultural

Se analizó que esta categoría maneja una conexión con el tema del tabú y con la anterior (Bullying) pero dada la complejidad de la anterior se consideró pertinente en este estudio abordarlas por separado.

Desde la literatura se encontró que “los factores de riesgo y protección para el comportamiento suicida pueden estar influenciados por el contexto cultural. Por ejemplo, el estrés acumulativo entre los adolescentes latinos se asocia con niveles más altos de pensamientos sobre el suicidio” (Hovey & King, 1996. Como se citó en Goldston. et al., 2008, p. 3)

La literatura muestra que los factores culturales también ejercen una influencia significativa en la aparición de conductas suicidas, al incrementar la vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales. Esta perspectiva permite enlazar el análisis con las percepciones recogidas en el territorio, donde se evidencian experiencias concretas que reflejan cómo el contexto sociocultural moldea los riesgos asociados al suicidio.

El tema de esa cultura mafiosa que se generó desde los años 90 y que todavía persiste, en el sentido de que el chico, entonces usted ya va a los colegios, usted ve afuera, usted ve Nmax, motos de 14, 15 millones, ya los pelados van en moto a los colegios, y uno dice, y esta no más que vale 14 millones, y este muchacho como un pelado que vive en una jaladera

allá en la parte alta de Manrique, ¿cómo tienen acceso a esas motos tan costosas? Entonces ellos ya quieren tener también la Nmax, ellos también ya quieren tener una moto para ir al colegio, entonces el pelado que va en la Nmax viste ropa de marca, entonces esas cosas, esa cultura, ese tema de imitación, eso también ha creado esa parte, esa cultura mafiosa (E1, comunicación personal, 2025).

No estamos de acuerdo con un maltrato, pero sí que los papás sean más papás, más rígidos con los hijos, más autoritarios, porque es que desde que un niño nace, desde que ya el niño sale del vientre, vemos que todos están en rol y como a lo que el niño quiera, como que es lo que el niño diga y como que el niño ya manda desde que nace. Entonces eso también es que cuando a ellos no se les da lo que quieren, ya se deprimen, se vuelven depresivos (E3, comunicación personal, 2025).

Nosotros tenemos que mirar niñez, adolescencia, juventud y mayoría de edad normal, si tú te miras últimamente en la década de los 80, son las personas adultas que tenemos ahora, ¿cuál es el chip que traen? Las vivencias, lo que se vio aquí quedó, porque todo desgraciadamente, todo lo que vimos quedó grabado en nuestras mentes, la violencia que se vivió en esa época de narcotráfico, de cantidades de cosas, de violencia, porque ahí empezó la violencia a que estos no pueden estar aquí porque estos no son de la gallada de nosotros, las fronteras invisibles, los ataques entre los mismos vecinos, eso conllevó y esa violencia fue la que vivieron los adultos menores ahora, eso es lo que traen en su chip, lo que vieron, eso es lo que viven, así no hayan hecho parte de esa violencia directamente, pero la vivieron y eso se quedó en ese chip y eso es lo que se vive en este momento, eso es lo que se aplica, porque yo vi que a mi papá le pegaba a mi mamá, entonces yo a mi mujer también le tengo que pegar, porque si yo no le pego no me funciona como le funcionó a mi mamá a mi papá, todas esas vivencias son las que llevamos hoy en día y eso es lo que conlleva a las problemáticas que vivimos (E2, comunicación personal, 2025).

Nosotros podemos encontrarnos con personas que no están de acuerdo con que se le comenten las problemáticas a otra persona, porque eso lo vemos y hay otros que dicen -es que yo no voy donde el psicólogo porque es que yo no estoy loco. No, ¿yo porque tengo

que ir? no-. Esos son tabúes creados por nosotros mismos. Entonces, así como hemos tenido o como hemos encontrado y evidenciado estas problemáticas (E2, comunicación personal, 2025).

Las percepciones con respecto al factor de riesgo cultural en el territorio muestran cómo los imaginarios, las huellas históricas de la violencia y los tabúes frente a la salud mental conforman un entramado que condiciona tanto las formas de socialización como las respuestas frente a los estados de ánimo depresivos. Estos relatos evidencian que los factores culturales no solo inciden en la construcción de identidades y prácticas cotidianas, sino que también repercuten en la manera en que se reconoce, se nombra o se silencia la problemática del suicidio en la comunidad.

Ahora bien, el subtema de las limitaciones surgió a partir de los diferentes obstáculos que se enfrentan las intervenciones articuladas en el territorio, se evidenció que estas trascienden diferentes escalas y sectores.

7.2.7 Categoría Tabú

Si bien esta categoría se abordó desde el subtema de factores de riesgo y la categoría cultural, desde el análisis se pudo entrever que también se enlaza en el tema de las limitaciones, a partir de las percepciones de los sujetos partícipes de este estudio.

Teníamos unos dos jóvenes que querían dar testimonio del suicidio, porque ellos se intentaron suicidar. Y decíamos, pues aquí llamamos a los tres, los cogimos, pues, como a venga, a mire, esto...porque no nos da como ese testimonio a los jóvenes que se quieren, que también están detenidos como ustedes, porque ellos llegaron a un punto que pensaron que ya no había solución, pero ya encontraron la solución. Pero entonces, ese obstáculo que nos pusieron en los colegios, no, es que ese tema acá no se puede hablar. Eso que lo hablen ellos allá asentados con los papás, pero acaso no se puede, porque entonces se va a disparar el suicidio. Como es el tabú, es un tabú que tienen las personas, el tabú es uno de los obstáculos (E3, comunicación personal, 2025).

Es un tema tabú entre los rectores, pero ellos saben que en este momento el mayor problema que puede tener una institución educativa en la ciudad de Medellín es el tema del consumo de estupefacientes, dentro de la institución educativa, ya no es afuera, es dentro, que los pelados consumen, y ellos saben, los rectores saben que existen, que tienen ese problema, pero no lo quieren enfrentar realmente de frente, no, realmente tienen mucho temor frente a la situación como está (E1, comunicación personal, 2025).

Estas percepciones evidencian que los tabúes y las resistencias institucionales no solo reflejan factores culturales, sino que también se convierten en limitaciones concretas para el abordaje del suicidio y el consumo en los espacios educativos, convirtiéndose en barreras que dificultan estrategias pedagógicas y la implementación de acciones preventivas en el territorio.

7.2.8 Categoría: Atención y contención

Este concepto hace referencia las remisiones y el abordaje de casos concretos tanto de conductas autolesivas y crisis emocionales. Moutier (2025) describe que “la atención de la salud mental incluye proporcionar intervenciones clínicas que reducen el riesgo de suicidio en entornos de atención de salud mental así como en consultorios de atención primaria y departamentos de emergencias” (párr. 5).

A partir del análisis de los datos y con base en el concepto descrito, se percibieron una serie de limitaciones que serán expuestas a continuación:

Entonces, nosotros descubrimos que entonces el chico llegaba al psicólogo, entonces el psicólogo, como no son psicólogos clínicos, la mayoría son psicólogos que salen de pregrado, pues son pelados que no son especializados, entonces ellos hacían la primera contención, cuando encontraban chicos ya en un estado muy alterado, ya ellos hacían la remisión a la IPS, en este caso por ejemplo las unidades de Metrosalud (...) Entonces decían los psicólogos, lo que pasa es que ahí tenemos un bache y es cuál, es que en la unidad hospitalaria no hay psiquiatras, no tenían un psiquiatra de planta (E1, comunicación personal, 2025).

El único que puede medicar a un chico presentando unos estados de ansiedad y depresión es el psiquiatra, el psicólogo de la entidad no, pero ya teníamos esa primera atención, ¿qué necesitábamos? Pasar ya a la atención del psiquiatra, que ese sí era el que podía valorar y determinar qué tipo de situación mental tenía en ese momento el chico y era el único que podía medicar. Entonces, – ah no, es que el psiquiatra, no, hay que esperar, hay que esperar llamar a un psiquiatra, hay que esperar a que el psiquiatra venga– no se sabía cuándo había contrato con psiquiatría (...) Ahí se notaba el proceso. Entonces el chico ya volvía a la casa y podía volver a tener otro estado de alteración, otro estado de agitación. Entonces, descubrimos realmente que había una falencia en ese tema de las IPS y de la atención, sobre todo en las UHs, que son las unidades de Metrosalud que están en las comunas, que no tienen un psiquiatra de planta (E1, comunicación personal, 2025).

El tema de la atención estamos muy cortos, es más, nosotros no tenemos instituciones para atender a estos chicos que ya han tenido incidencia suicida, para todo este tema de intentos, no tenemos sino al Samein, tenemos en este momento, solamente tenemos la UHs de San Cristóbal que pertenece a Metrosalud, es subsidiado, no tenemos sino esas atenciones, y usted va a San Cristóbal, eso está full, usted va al Homo [Hospital Mental de Antioquia], eso está full, usted va al Samein, eso está full, entonces no tenemos centros de atención donde los chicos puedan tener esa, que se les dé un tratamiento adecuado, también es otra falencia que tenemos, no tenemos instituciones adecuadas para la atención en esos temas, los que tenemos están full (E1, comunicación personal, 2025).

(Anónimo) sacó un proyecto que era de ir a los colegios con perros, con todo, a captar esas sustancias, fueron solo a un colegio, pero se lo tumbaron. Que porque eso era como irrumpir en la privacidad, no sé qué montón pusieron. Y yo digo que era una estrategia fuerte, pero valía porque es que tenemos que sacar este narco de las escuelas y los colegios. Pero no, ahí está metido, en donde amenazan profesores, en donde los profes tienen que estar callados, en donde los profes tienen que decir, bueno, en el aula no, vete por hacia atrás, en el aula no. Pues, ¿hasta dónde hemos llegado? (E3, comunicación personal, 2025).

Los relatos recopilados evidencian limitaciones estructurales, en materia de capacidad y procedimiento en la respuesta local, desde la saturación de servicios, el microtráfico, las amenazas a los docentes hasta las barreras institucionales para implementar acciones en espacios educativos, que interrumpen la continuidad de la atención y limitan la efectividad de las estrategias de contención. Estas percepciones enfatizan en que la falta de recursos y de rutas claras para la atención especializada impide ofrecer intervenciones sostenidas y oportunas en momentos de crisis.

7.2.9 Categoría: Recomendaciones

Este subtema se puede concebir también como categoría de análisis, sin embargo en cuanto a percibirse como concepto, maneja una amplitud que dificulta encontrar aspectos útiles para esta investigación, puesto que cuando se trata de recomendar, sólo los sujetos insertos en su contexto y sus dinámicas particulares pueden realizar sugerencias en cuanto al foco temático de manera precisa.

Derivado del consumo, vienen unas enfermedades mentales como es la ansiedad, como es la depresión, entonces esto hay que trabajarlo articuladamente, tanto el consumo como el tema de las afecciones mentales, porque nos dimos cuenta que iban de la mano, no podíamos destapar una a la otra, aunque pues había que investigar más a fondo de esas personas que intentaron suicidarse, de esos jóvenes que de pronto tuvieron incidencia suicida con el cutting y con todas esas otras situaciones que hacían, podía existir un tema de consumo, puede ser una razón, pero obviamente eso tendría un tema de fondo (E1, comunicación personal, 2025).

“Mientras no cojamos y nos verifiquemos y demos un cambio en el tema de mirar la problemática de salud mental en el consumo, que es un problema asociado a la familia, no vamos a encontrar soluciones” (E4, comunicación personal, 2025).

Es una necesidad. Vuelvo e insisto que el tema de salud mental es no solamente cuando hablamos de adicción, sino también cuando hablamos de qué está pasando con los hogares,

¿qué pasa con esa mujer que se deja maltratar? ¿Qué pasa con esos hijos maltratadores? ¿Qué pasa con ese abandono familiar? Entonces ya es un problema que va abarcando todo. Pero a veces uno mira sus hábitos tan delgados que uno dice cuál se fracturó para que estemos tan mal social y familiarmente (E4, comunicación personal, 2025).

Yo siempre he dicho que el diálogo es el que va a ayudar en algún momento a que la familia se reconstruya. Si no reconstruimos la familia, no vamos a hacer nada. Eso es verdad. La familia es una fuente muy importante como el pilar (E4, comunicación personal, 2025).

“Los colegios deberían de tener una psicóloga de planta, una psicóloga (...) o una psicóloga clínica, para que esa sea la primera línea de defensa donde el chico que está mostrando esas conductas pueda llegar a esa primera parte” (E1, comunicación personal, 2025).

(Frente al comentario anterior consideramos menester resaltar que muchos colegios públicos si tienen psicólogo/a, el problema es que están disponibles por pocas horas o que tienen que cubrir una población estudiantil muy grande y, en razón de ello, no dan abasto).

Hay que mirar cómo se podría, de alguna forma, quitar ese mito de que es que a los chicos no se les puede hablar de ese suicidio. Porque eso produce un efecto dominó, entonces puede haber más suicidios. Entonces hay que mirar qué es lo que está pasando ahí para poderle hablar al joven con las palabras que tienen que ser. Cómo mostrarles realidad y hablar con las palabras adecuadas (E1, comunicación personal, 2025).

En los colegios, eso se debe mantener, o sea, en los colegios, te debe haber una unidad de atención de primera mano con psicólogos de planta, no contratistas, no, psicólogos de planta, que puedan guiar al pelado cuando esté aburrido, cuando sienta un momento, que pueda asistir al psicólogo, que haya una primera atención, una contención de pronto si hay un tema de agitación (...), eso debe existir, en todos los colegios, cada uno de los colegios, es muy importante, que se lo puedan ustedes dejar como recomendación y como también muy, muy, muy interesante (E1, comunicación personal, 2025).

Mucho trabajo en equipo, más escuchar al otro y no creer que las ideas que yo doy son las mías. (...) Que las ideas que yo doy no tienen que ser las que yo digo porque son así. O sea, saber escuchar al otro. Entonces por eso le digo yo, como capacitaciones sobre qué es ser un buen liderazgo. Una escucha activa y comunicación asertiva nos llevaría a escuchar y a crear más estrategias para poder llegar más adelante. Porque ahí está ya la infraestructura, que es el proyecto, que es la mesa. Pero es que el recurso humano, pienso yo que es el que está fallando en este momento para poder avanzar (E3, comunicación personal, 2025).

“Tienen que armar estrategias como vincular a los jóvenes en actividades que no tengan que ver siempre con lo mismo, con la retórica sino también con las actividades lúdicas, con las actividades de campo (...) hay que recuperar todos esos espacios” (E4, comunicación personal, 2025).

La necesidad (...) no es crear Mesas de Salud Mental a lo loco, sino qué necesidad hay dentro de ese territorio, porque ya pues yo voy a decir que a veces la mayoría de los proyectos del territorio vienen enmarcados, para la ciudad todas son casi iguales, las estrategias son iguales, venga no, ¿por qué? Si en el Poblado, en Envigado, en Laureles, todos somos tan diferentes, todos tenemos unas necesidades totalmente diferentes. (E4, comunicación personal, 2025).

En conjunto, a partir de los datos recogidos sobre esta categoría, se destaca que las intervenciones en torno a la salud mental y el suicidio no pueden formularse desde esquemas generales, sino que deben responder a las particularidades de cada contexto. Los testimonios señalan la importancia de articular factores familiares, escolares y comunitarios, enfatizando en la necesidad de recursos humanos especializados, más espacios de atención permanentes y estrategias diferenciadas según las realidades de cada territorio.

7.3 Capítulo 3 Identificar las trayectorias de participación diferenciadas por género, entre los y las integrantes de la MSMM

En este capítulo se abordará el objetivo específico número tres, el cual es: Identificar las trayectorias de participación diferenciadas por género, entre los y las integrantes de la mesa. Además, se profundiza sobre las percepciones que se tienen sobre el suicidio según el género, para esto se utilizará la información resultante de las entrevistas semiestructuradas como insumo principal, a esto se le suma el rastreo bibliográfico que sirve para triangular y contrastar la información recolectada con las posturas del equipo investigador y la de los y las integrantes de la MSMM. Este capítulo cuenta con cinco apartados, los cuales son: Trayectoria, nacimiento y liderazgo femenino en la MSMM; rol de las mujeres; el sexo y el género en la conducta suicida; categoría emergente diversidad sexual; y conclusión del capítulo.

7.3.1 Trayectoria, nacimiento y liderazgo femenino en la MSMM

La MSMM nació con un fuerte liderazgo femenino, al menos dos de las personas que la fundaron son mujeres reconocidas por su liderazgo, no solo en espacios comunitarios, sino también, en espacios de participación política y representativa. La MSMM según consenso de las personas entrevistadas nació en el año 2020 por un evento traumático que fue el suicidio de un líder comunitario muy activo, hecho que marcó profundamente a la comunidad

Hace 5 años, aquí se nos mató un líder muy bueno, excelente líder, [...] y desde ahí tomamos la decisión, él era un líder comunal, era vicepresidente de una junta de acción comunal de Lasalle, [...] y después de ese suicidio nos tomamos ya con toda la fuerza la creación de la mesa (E2, comunicación personal, 2025).

Pero según las versiones escuchadas la mesa venía siendo planeada 10 años atrás, al tener una gran preocupación por el consumo de sustancias psicoactivas

Nació por un tema de necesidad en mi comuna, ¿necesidad en qué sentido? En el sentido de alto consumo y nuevas tendencias a otros consumos mucho más fuerte. Y veíamos esto

como no una problemática, sino una falencia de salud mental. Nosotros decíamos venga, que está fallando (E4, comunicación personal, 2025).

Los relatos permiten evidenciar que, incluso antes de su formal constitución, los liderazgos comunitarios ya venían estableciendo una asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud mental. El consumo no era leído únicamente como un problema de orden moral o de seguridad, sino como una manifestación de malestares psicosociales más profundos. Esta comprensión anticipada del fenómeno resulta significativa, pues muestra que la mesa no surge únicamente como reacción a un evento traumático, sino también como resultado de un proceso previo de reflexión territorial.

De esta manera, el nacimiento de la MSMM no puede entenderse únicamente como respuesta coyuntural al suicidio de un líder comunitario, aunque este hecho operó como detonante, sino como la consolidación de una preocupación que venía gestándose en el territorio alrededor del consumo de sustancias psicoactivas y sus vínculos con la salud mental. La mesa emerge, entonces, como resultado de una lectura situada del malestar social, construida desde la experiencia cotidiana y no exclusivamente desde marcos técnicos institucionales.

En este proceso, el tema del liderazgo femenino resulta central. Pues las lideresas no sólo fueron impulsoras de la creación de la mesa, sino que continúan ocupando un lugar determinante en la toma de decisiones y en la interlocución con actores institucionales. Su capacidad de interpelar a los y las profesionales que integran la Mesa Ampliada de Salud Mental, como el personal del área de la salud contratado por la Secretaría de Salud y por Metrosalud, así como trabajadores sociales, y de disputar sentidos, evidencia un liderazgo que se sostiene en el conocimiento territorial acumulado y en una trayectoria organizativa previa. Así pues, la MSMM se configura como una experiencia donde el saber comunitario femenino no se subordina, sino que dialoga críticamente con la institucionalidad.

7.3.2 Rol de las Mujeres

El rol de las mujeres al interior de la mesa es determinante, pues los testimonios de las mismas mujeres que hicieron parte de esta investigación así lo demuestran:

Bueno, actualmente pues continúa pues con el rol de digamos de la cabeza visible dentro de la mesa, tenemos pues quien la integran son líderes, son personas que les gusta el tema de la salud, sobre todo pues el tema de la salud mental como tal, entonces básicamente ese es como mi rol, como hacer la parte digamos lo directiva, direccionar, atender por ejemplo este tipo de solicitudes (E1, comunicación personal, 2025).

Otra de las versiones como la de la lideresa E4 expresan “mi rol, yo fui la creadora, soy una loca pensadora de que el tema de salud en Colombia es un tema loco” (comunicación personal, 2025).

Como se puede evidenciar son papeles protagónicos, por lo tanto, se puede decir que las mujeres juegan un papel importante en este espacio de partición y liderazgo comunitario. Para abordar este objetivo se hace necesario indagar por las percepciones que tienen sus integrantes sobre la trayectoria que llevan en la mesa, que se describa un poco si el género ha influido en su proceso de participación o liderazgo.

Si bien se reconoce la existencia de unas matrices de opresión como manifiesta E4 cuando dice “Colombia y Medellín sigue siendo todavía una sociedad muy machista” (comunicación personal, 2025) pero en general, casi que por consenso, se expresa no haber tenido inconvenientes a la hora de participar o liderar estos espacios comunitarios, uno de los factores que deben ser tenidos en cuenta es que las mujeres fueron activas en la creación y consolidación de la MSMM, lo que las hace sentir parte y defender su papel en este espacio. Los testimonios de las entrevistas así lo dejan ver

Pues la verdad no he tenido inconvenientes, no se han tenido inconvenientes por ese tema de género, no, ha sido como fluido y hemos trabajado en equipo, pues, porque en la mesa siempre se ha venido trabajando articuladamente con la administración, tanto con la Secretaría de Salud como con otras secretarías (E1, comunicación personal, 2025).

Otro de los testimonios de una mujer al preguntarle por las barreras o inconvenientes en su participación y liderazgo devela lo siguiente “Yo creería que no, porque yo creo que tengo más carácter que muchos hombres” (E4, comunicación personal, 2025). No obstante, una respuesta en la entrevista número tres llama la atención

Aunque no, también hay una de las mujeres ahí que también es escuchada. Entonces como te digo que no es tanto como por ser mujer, sino como por antigüedad de estar en la mesa. Yo creo que es como más por antigüedad. Como que los que son más antiguos son los que tienen más voz y voto. Y no lo escuchan a uno como mucho. Pero yo pienso más que es por la antigüedad. No por ser mujer (E3, comunicación personal, 2025).

Aunque los testimonios señalan que la centralidad en la toma de decisiones no estaría determinada por el género, sino por la antigüedad dentro de la mesa, esta afirmación abre una reflexión relevante. Según esta perspectiva, quienes cuentan con mayor trayectoria organizativa tendrían mayor voz y legitimidad en los espacios deliberativos. Si bien esta dinámica es frecuente en procesos comunitarios y organizativos, donde la experiencia acumulada otorga reconocimiento, también puede generar jerarquías implícitas que dificulten la participación equitativa de integrantes más recientes.

En este sentido, aunque las propias participantes no lo perciban necesariamente como una barrera explícita, los relatos sugieren que para incidir activamente en la mesa es preciso haber consolidado ciertas habilidades, reconocimiento o capital organizativo previo. Esto plantea interrogantes sobre las condiciones de participación para quienes no cuentan con esa trayectoria o seguridad acumulada. Sin que ello implique deslegitimar el liderazgo existente

7.3.3 El sexo y el género en la conducta suicida

Como ya se había abordado anteriormente según Karla Gil Luján, coordinadora de salud mental del Living Lab, en 2023 explicó que “En la curva epidemiológica de la conducta suicida, las mujeres lo intentan más, pero los hombres tienen intentos de mayor letalidad y por eso se ve una tasa más alta de suicidios en la población masculina”. (Como se citó en Restrepo, 2023, párr. 20).

Esto se puede evidenciar en un estudio realizado por Paula Sophía Martín Peñuela (2024) en el cual se estudian las cifras parciales en Colombia para el año 2024.

Entre los hallazgos del análisis, se pudo encontrar que los hombres son los más propensos a quitarse la vida, registrando un 78.62% de los casos reportados, por razones que van desde

salud mental, pasando por decepciones amorosas hasta dificultades económicas o abuso de sustancias. A la vez se pudo identificar que los hombres suelen usar métodos más definitivos para quitarse la vida. En cuanto a los suicidios femeninos, el método más empleado suele ser a través de sustancias tóxicas. (párr.3)

Esta tendencia muestra una continuidad al analizarla en las diferentes edades e incluso si se mira a nivel nacional o internacional. Esto como se mencionó en el planteamiento del problema puede ser causado por “el papel que han asumido los hombres en Latinoamérica es el de no exteriorizar emociones o problemas de salud mental o física, son conductas aprendidas.” (Restrepo, 2015, párr. 10) Otro dato que respalda esta afirmación es el del Minsalud en el Boletín de Conducta Suicida del 2018 que dice que

En general el suicidio es más frecuente en hombres, en los cuales las tasas de mortalidad son de 3 a 4 veces más altas que en las mujeres, el 81% de las muertes son en hombres y el 19% en mujeres (p.9)

Mientras que en intentos de suicidio predominan las mujeres llegando a duplicar o triplicar en casos a los hombres, como se puede evidenciar en el Boletín de Conducta Suicida emitido por el Minsalud en el año 2018 “En el informe del evento el SIVIGILA reportó que, en 2017, el 62,7% de los casos de intento de suicidio registrados eran del sexo femenino y 37,3% del masculino.” (P.6) en esta misma línea este informe del Minsalud (2018) afirma que

Existen diferencias según el sexo, las tasas son más altas en las mujeres y la razón mujer/hombre se ha mantenido alrededor de 1,8. Es decir, por cada hombre que intenta suicidarse, aproximadamente dos mujeres lo hacen, la tendencia del indicador es hacia el incremento, en ambos sexos. (p.6)

Ante esta realidad surgen preguntas como ¿Qué factores principales cree que inciden para que una persona tome la decisión de suicidarse en esta comuna? ¿Cree que los aspectos alrededor del género influyen en esta conducta? Las repuestas sirven de base para mirar cuál es su postura con respecto al género asociado al suicidio e intento de suicidio. Es importante hacer la claridad de

que cuando se indagaba por el género había una tendencia a asociarlo con el sexo, por eso surgieron testimonios que decían que el género no tenía que ver y procedían a nombrar los “dos géneros” en un binarismo muy común para el sexo, como lo veremos más adelante. Lo que sí se puede evidenciar es que al indagar por el género sale a flote el tema de las diversidades sexuales.

Con respecto a esto se encontraron versiones diferentes, algunas de las personas entrevistadas niegan de tajo que el sexo o género tenga algo que ver y se entiende como algo casual el hecho de que sean más hombres que mujeres las que llegan al suicidio consumado. Esto precisamente es fruto del patriarcado y la dominación masculina que naturalizan e invisibilizan las diferencias de género, pues los hombres son socializados en la violencia mucho más que las mujeres por eso son más letales al agredir a otros hombres, a las mujeres y a sí mismos.

Yo digo que no tiene que ver el género, porque acá se han suicidado de los dos géneros, pero más hombres que mujeres, sí han sido más hombres que mujeres, pero yo digo que eso ha sido casual, porque si han sido de los dos, de los dos que se han suicidado, no tiene nada que ver con eso” (E3, comunicación personal, 2025).

O como manifestó E4 “No, no creería. Yo creo que eso va a la par ya. Ya eso va muy igual” (comunicación personal, 2025).

Otra visión es la que coincide con lo planteado en la presente investigación al asegurar que los hombres se suicidan más por factores de crianza y ausencia de redes de apoyo, así lo relata la persona

El más alto es en hombres, ¿por qué? porque la mujer de por sí tiene la forma de tener amigas, una cosa a la otra, comentar y de pronto ese comentario al uno, al otro, a la otra, se llega a una parte o a una persona que verdaderamente puede ayudar (E2, comunicación personal, 2025).

A simple vista se observa que hay un consenso en que el sexo no influye, es decir, no se cree que allá una predisposición genética al suicidio atribuible al sexo; por lo cual, se tiende a

asociar el mayor número de suicidios consumados en hombre a factores como las redes de apoyo y pautas de crianza.

Hemos logrado encontrar que el sexo no influye, ¿qué es lo que pasa? porque se nota más en el hombre o se ejecuta más el suicidio en el hombre, porque el hombre es más reservado, porque nosotros como hombres venimos con una ideología, un mito, hablémoslo así, el mito de que el hombre no llora, el hombre es un berraco, el hombre tiene que luchar y salir adelante por sí mismo, valerse por sí mismo (E2, comunicación personal, 2025).

7.3.4 Categoría emergente diversidad sexual

En una de las preguntas por la participación de la población surgió la categoría de diversidad sexual

Hay algo que es muy valedero, no podemos hablar, nunca podemos generalizar nosotros tratamos por igual, la diversidad de género es un derecho constitucional que es inviolable y nosotros aquí nunca permitimos, en la mesa al menos que haya una discriminación o algo, eso no es permitido (E3, comunicación personal, 2025).

Tema que no se pudo corroborar porque en los espacios a los que se asistió ninguna persona se identificó como perteneciente a esta población diversa. Pero si se puede evidenciar en los testimonios un respeto y una defensa por la libre sexualidad e identidad de las personas.

De allí la importancia de abordar las categorías de diversidad sexual y el bullying, estos factores son vistos como grandes determinadores a la hora de tomar la decisión de intentar suicidarse, dos de las personas participantes en este estudio lo expresan así

El tema del bullying, que también entra ahí por temas de género, por inclinación sexual, pues hoy vemos en los colegios que ya hay chicos que se consideran transgénero, o de pronto, todo eso que hay binario, no binario[...] por el derecho a su libre expresión y todo eso, pues ya en los colegios vemos eso, que te da fácilmente un par de niñas lesbianas, un chico transgénero, [...] el tema del bullying, podría también incidir en una actuación, un

bullying exagerado, un bullying que ya llega el chico al punto en que ya no aguanta más, podría también generar, pensaría yo, un tema de incidencia al suicidio, o de una actuación indebida frente a algo, o sea, frente a quitarse la vida o una incidencia suicida como tal. De hecho, pues ya se han ocurrido casos (E1, comunicación personal, 2025).

Esta apreciación coincide con los datos arrojados por la Williams Institute de la Escuela de Derecho de UCLA en una investigación adelantada en Colombia en el año 2021, la cual indica que “El suicidio entre las personas LGBTQ en Colombia es más alto que en la población general: 56% versus 6,5% en ideas suicidas, 54% versus 2,4% para la planeación del suicidio y 25% versus 2,6% en intentos de suicidio” (párr. 6).

Una lectura que surge del análisis de las entrevistas es que los hombres que tienen identidades e inclinaciones sexuales diversas sufren más este fenómeno y, por lo tanto, el hecho de nacer hombre y vivir la sexualidad libremente en sobre todo en los ambientes escolares, se convierte en un factor de riesgo. Sin embargo, habitar la diversidad sexual es visto como factor de riesgo sin importar el género o sexo, como lo expresan a continuación

Yo, sabe dónde he visto de pronto que van perdiendo 5-0 el partido[...] cuando son de una comunidad. Ejemplo, el LGBTI, el gay, la lesbiana. Yo creería que ahí hay más ausencia, porque se escondieron mucho tiempo. Salen y después una sociedad comienza, pero hasta hace poquito se ponía el pantalón y bien marica que salió. Comienzan ya a dañar (E4, comunicación personal, 2025).

La afirmación anteriormente expuesta encuentra respaldo en los datos arrojados Williams Institute de la Escuela de Derecho de UCLA

Los investigadores encontraron que, en Colombia, la tasa de intentos de suicidio de las personas LGBTQ a lo largo de su vida (25%), es casi 10 veces más alta que entre la población colombiana en general (2,6%); las personas no binarias y las personas transgénero reportan el riesgo más alto. (2021 párr. 4)

Por lo que se puede concluir que ser la de población LGBTIQ+ representa un factor de riesgo mayor, por lo cual, las intervenciones desde lo comunitario y desde la institucionalidad deben ir focalizadas en la prevención del intento de suicidio en esta población, allí la MSMM encuentra un gran campo de trabajo.

8 Conclusiones

El presente estudio permitió comprender que la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM) se configura como una experiencia comunitaria con una sólida postura ético-política, orientada por principios de autonomía, corresponsabilidad y democratización del cuidado. Más que operar como una prestadora de servicios, la Mesa actúa como facilitadora de procesos colectivos que fortalecen la agencia territorial. Es decir, su accionar no se orienta a intervenir de manera vertical o externa, sino a potenciar la capacidad de la propia comunidad para leer, discutir y afrontar sus problemáticas. En este sentido, la MSMM reconoce los saberes locales y promueve la participación activa en la construcción de respuestas frente a las situaciones que afectan la salud mental en el territorio. Más que centralizar el poder de decisión, contribuye a distribuirlo, favoreciendo que la comunidad se reconozca como sujeto capaz de incidir sobre sus propias condiciones. Bajo esta lógica, el horizonte no es la dependencia permanente de la Mesa, sino la consolidación de capacidades territoriales que puedan sostenerse en el tiempo.

Esta orientación se materializa en iniciativas que trasladan el cuidado fuera de los escenarios institucionales tradicionales. Entre ellas, los “Escuchaderos” itinerantes emergen como una estrategia que acerca el acompañamiento psicosocial a los espacios de encuentro barrial, instalándose en canchas, parques y UVAs. Más allá de su función de escucha y contención emocional, estos dispositivos constituyen también una intervención política sobre el territorio, en tanto disputan el lugar donde se produce el cuidado y cuestionan el modelo clínico centralizado y burocrático que históricamente ha caracterizado la atención en salud mental. Al situar el acompañamiento en los espacios cotidianos de la comunidad, estas estrategias contribuyen a resignificar el espacio público como escenario legítimo para la construcción colectiva del cuidado.

Desde esta misma perspectiva, el suicidio no es interpretado por los integrantes de la MSMM como un fenómeno individual aislado, sino como una expresión compleja atravesada por condiciones sociales, económicas y culturales que configuran el malestar en los territorios. En este sentido, las percepciones recogidas evidencian que la problemática se relaciona con múltiples factores estructurales y cotidianos, entre ellos las limitaciones en la atención especializada en salud mental, los vacíos en la continuidad del acompañamiento institucional, así como la persistencia de tabúes culturales que dificultan hablar abiertamente sobre el suicidio en ámbitos familiares,

educativos y comunitarios. Estas barreras contribuyen a la invisibilización del problema y dificultan la identificación temprana de situaciones de riesgo.

En consecuencia, el fenómeno del suicidio adquiere también una dimensión política, en la medida en que pone en evidencia las desigualdades estructurales, las violencias normalizadas y las brechas históricas en la presencia estatal en contextos de alta vulnerabilidad. Desde esta mirada, abordar el suicidio implica no solo fortalecer las respuestas clínicas, sino también interrogar las condiciones sociales que producen y reproducen el malestar en los territorios.

Ahora bien, a pesar de estas limitaciones, las estrategias comunitarias y articuladas impulsadas en el territorio, como los Escuchaderos, las ferias de salud y las campañas de sensibilización, han contribuido a transformar gradualmente los imaginarios sociales en torno a la salud mental. Estas acciones favorecen la construcción de redes de apoyo comunitarias, promueven una cultura de búsqueda de ayuda y permiten activar mecanismos de contención y orientación en momentos de crisis. En este sentido, la articulación entre actores comunitarios, institucionales y territoriales se configura como un elemento clave para fortalecer las respuestas frente al suicidio, al tiempo que evidencia la necesidad de ampliar los recursos disponibles en atención especializada, infraestructura y personal capacitado.

Cabe destacar que, la articulación y el compromiso colectivo, en conjunto con la superación de tabúes, la ampliación del personal en atención especializada y la ampliación de infraestructura clínica en salud mental constituyen los pilares sobre los cuales deben apoyarse las futuras acciones en el abordaje territorial del suicidio.

Otro hallazgo relevante del estudio se relaciona con el origen y la trayectoria de la Mesa, marcada desde sus inicios por un fuerte liderazgo femenino. Si bien en el territorio ya existían preocupaciones previas frente al consumo de sustancias psicoactivas y sus vínculos con la salud mental, la MSMM se consolida organizativamente a partir de un hecho profundamente traumático para la comunidad: el suicidio de un líder comunitario ampliamente reconocido en la comuna. Este acontecimiento operó como un detonante que impulsó la articulación de diversos liderazgos barriales, quienes promovieron la creación de un espacio organizativo orientado a abordar de manera colectiva tanto la problemática del suicidio como el consumo de sustancias psicoactivas, buscando evitar la repetición de este tipo de sucesos.

Desde entonces, las mujeres han ocupado un lugar central en la consolidación y sostenimiento de la Mesa, pues han desempeñado roles protagónicos como fundadoras, lideresas

y referentes comunitarias. Su participación no se limita a una presencia simbólica, sino que se evidencia en la seguridad con la que intervienen en las discusiones, en la incidencia de sus voces en la toma de decisiones y en su capacidad para dialogar e incluso cuestionar las propuestas de profesionales vinculados a las instituciones.

No obstante, aunque el género no es percibido explícitamente por los integrantes de la Mesa como una barrera para la participación, sí aparece otro criterio que condiciona la incidencia dentro del espacio organizativo: la antigüedad o trayectoria dentro de la Mesa. De acuerdo con algunos testimonios, las personas que llevan más tiempo vinculadas al proceso tienden a tener mayor voz y legitimidad en las discusiones, lo cual, si bien es un rasgo común en muchos procesos comunitarios, puede representar un riesgo de exclusión para nuevas personas interesadas en participar. Este aspecto emerge como una oportunidad de reflexión y mejora para la MSMM, especialmente si se considera la importancia de renovar liderazgos y fortalecer la participación de nuevas generaciones.

Asimismo, el estudio evidenció la presencia de diferentes interpretaciones al interior de la Mesa frente a la relación entre género y suicidio. Mientras algunos integrantes consideran que el sexo o el género no constituyen un factor determinante en la conducta suicida, otros reconocen la influencia de los roles de género y de las redes de apoyo diferenciadas entre hombres y mujeres. Estas discusiones reflejan la coexistencia de miradas diversas dentro del espacio organizativo y, al mismo tiempo, evidencian cómo ciertas desigualdades de género pueden permanecer invisibilizadas en el análisis de la salud mental.

De igual manera, emergieron problemáticas como el bullying y la discriminación hacia personas de la diversidad sexual, señaladas por los participantes como factores relevantes en la comprensión del suicidio en el territorio. Los testimonios recogidos hacen referencia a estudios y cifras que indican que las personas que se identifican con la población LGBTIQ+ presentan diez veces más probabilidades de intentar suicidarse, lo cual plantea la necesidad de que estas realidades sean incorporadas de manera más explícita en las estrategias de intervención comunitaria.

No obstante, la praxis comunitaria desarrollada por la MSMM se despliega en un campo de tensiones inherentes que modelan y complejizan su accionar. Una de las más paradójicas es su necesaria dependencia de recursos institucionales para construir la autonomía que promueve, lo que la sitúa en una negociación constante con las lógicas del mismo sistema que busca transformar. A ello se suman los tabúes culturales profundamente arraigados en torno a la salud mental y el

suicidio, así como el desafío permanente de la sostenibilidad organizativa, atravesado por el desgaste de los liderazgos fundadores y la rotación de profesionales institucionales.

Frente a estas tensiones, la MSMM responde con pragmatismo mediante una estrategia orientada al fortalecimiento de la capacidad instalada en el territorio y a la formación de nuevos liderazgos comunitarios, de modo que el proceso trascienda a las personas concretas y logre consolidarse como una apuesta colectiva de largo plazo.

En este sentido, el horizonte último de la Mesa no es su propia perpetuación, sino su trascendencia a través de la autosostenibilidad comunitaria. Su legado ético-político aspira a que los saberes, las rutas y las prácticas de cuidado se integren de tal manera en el tejido social que la comunidad pueda gestionar su bienestar colectivo de manera autónoma. Así, la experiencia de la MSMM pone de manifiesto que la salud mental es, ineludiblemente, un asunto político: una apuesta por la justicia social que se construye desde la comunidad, con horizontalidad, perseverancia y una firme convicción en el poder de la palabra y la organización colectiva para transformar las realidades

9 Recomendaciones

- Las intervenciones en torno a la salud mental y el suicidio deben ser integrales, articulando factores familiares, escolares y comunitarios. Es crucial abordar el consumo de sustancias y las afecciones mentales de manera conjunta.
- Se requiere una mayor inversión pública en recursos humanos especializados y en la creación de espacios de atención permanentes en Salud Mental.
- Las estrategias de intervención deben adaptarse a las particularidades de cada contexto territorial, reconociendo que las necesidades y dinámicas varían entre comunas y barrios, por ello es importante la construcción de espacios que permitan la inclusión de liderazgos comunitarios en la planeación.
- Es fundamental cambiar la forma de abordar la problemática de salud mental y el consumo, reconociendo su estrecha relación con las dinámicas familiares. Se deben reconstruir los lazos familiares a través del diálogo y la pedagogía, para así fortalecerla como red de apoyo principal en las comunidades.
- Los colegios deben contar con psicólogos de planta o clínicos como primera línea de defensa. Es necesario abordar el tema del suicidio con los jóvenes de manera abierta y con las palabras adecuadas, rompiendo con el tabú existente. Se deben mantener unidades de atención de primera mano con psicólogos de planta en los colegios.
- Se debe fomentar el trabajo en equipo comunitario, tejer redes interrelacionadas entre instituciones comunitarias clave como las JAC, es importante en estos espacios la escucha activa, la comunicación asertiva y la capacitación sobre liderazgo.
- Se deben construir espacios de apoyo psicosocial en el territorio, que permita a los jóvenes vincularse en actividades lúdicas, deportivas, artísticas, etc., Para que los espacios de ocio permitan favorecer la salud mental de la población.
- Se deben implementar intervenciones focalizadas en la prevención del intento de suicidio en la población LGBTIQ+, reconociendo que esta población presenta un mayor riesgo.
- Es necesario prestar mayor atención al bullying en los entornos escolares, implementando estrategias pedagógicas y de atención para prevenir consecuencias en torno a la salud de los menores de edad.

-
- Las políticas públicas deben ser la base para intervenir las problemáticas en materia de salud mental de la comunidad situadas en el contexto de la comuna, para ello es necesario que estas se construyan desde las bases sociales en los territorios.
 - Se debe promover la participación e inclusión de liderazgos juveniles que garanticen un recambio generacional en el MSMM, dado que se percibe cierto grado de desgaste y cansancio en algunos liderazgos actuales.

Referencias

- Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud. (2017). *Informe de periodo epidemiológico: periodo 11*. <https://bit.ly/3PCO2ih>
- Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud. (2024). *Salud mental en Medellín*. <https://www.medellin.gov.co/es/secretaria-de-salud/salud-mental/>
- Alcaldía de Medellín. (2020). *Acuerdo 012 de 2020: Por medio del cual se crea la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín, se derogan los Acuerdos 64 de 2005 y 05 de 2011, y se dictan otras disposiciones*. <https://bit.ly/4uEJGaF>
- Alcaldía de Medellín. (2021). *En Medellín se han caracterizado y fortalecido 2.887 organizaciones sociales*. <https://www.medellin.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/en-medellin-se-han-caracterizado-y-fortalecido-2-887-organizaciones-sociales/>
- Alcaldía de Medellín. (s. f.). *Dame razones*. <https://www.medellin.gov.co/es/secretaria-de-salud/salud-mental/dame-razones/>
- Alcaldía de Medellín. (s. f.). *Línea Amiga Saludable – Historia*. <https://www.medellin.gov.co/irj/porta/medellin?NavigationTarget=contenido/11035-Linea-Amiga-Saludable---Historia>
- Alcaldía de Medellín. (s. f.). *Planeación del desarrollo local y presupuesto participativo: Conoce*. <https://www.medellin.gov.co/es/secretaria-participacion-ciudadana/planeacion-local-y-presupuesto-participativo/conoce/>
- Arroyo-Rodríguez, A., Amezcua, M., & Orkaizagirre-Gómara, A. (2023). Diez claves para la elaboración de un Estudio de Caso cualitativo. *Index de Enfermería*, 32(2), e14663. <https://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e14663/e14663>
- Bang, C. L. (2021). Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 778–804. <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/RCCS/article/view/3616/pdf>
- Bedoya González, C. (1987). El concepto de interdisciplinariedad en la salud pública. *Avances en Enfermería*, 5(1), 35–46. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/87305/74959>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores. <https://lideresdeizquierdaprd.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/06/la-construccion-social-de-la-realidad-thomas-luckmann.pdf>
- Bermúdez Peña, C. (2011). Intervención social desde el Trabajo Social: un campo de fuerzas en pugna. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (16), 83-101. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=574261388005>
- Blandón Cuesta, O. M., Carmona Parra, J. A., Mendoza Orozco, M. Z., & Medina Pérez, Ó. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Archivo Médico de Camagüey*, 19(5). <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v19n5/amc060510.pdf>

- Camas, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e162. <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/96f156ed-6dce-4b27-a051-d023503507e3/content>
- Carabaña, J., & Lamo de Espinosa, E. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, (1), 159–204. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/666889.pdf>
- Carvajal Bolívar, S. (2023, 25 julio). Medellín: preocupación por aumento del 43,7 % en casos de intención suicida. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/medellin-preocupacion-por-aumento-del-43-7-en-casos-de-intencion-suicida-789518>
- Castillo Echeverría, C., & Maroto Vargas, A. (2017). El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: Los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 43, 447–472. <https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia/Contenido/asNoticias/PeriodicoAlmaMater/saludmental-pam720>
- Castillo Viveros, N. (2020). Tipologías de la intervención social con jóvenes. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 10(20), e048. <https://www.scielo.org.mx/pdf/ride/v10n20/2007-7467-ride-10-20-e048.pdf>
- Cea, J. C. (2023). Locura sin Estado: prácticas de apoyo mutuo y activismo comunitario en salud mental de la organización “Autogestión Libre-mente”. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27, e220095. <https://www.scielo.br/j/icse/a/6hYJShmgZWjCTDtyXnLRRHw/?format=pdf&lang=es>
- CIOMS. (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Organización Mundial de la Salud.
- Clínica Universidad de Navarra. (2025). *Articulación*. Diccionario médico. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/articulacion>
- Colombia. Congreso de la República (2012). *Ley 1581 de 2012: Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
- Colombia. Congreso de la República. (2013). *Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51292>
- Consejo Nacional de Trabajo Social. (2014). *Documento propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014*. <https://www.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/wp-content/uploads/noticias/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL-2014.pdf>
- Constitución Política de Colombia. (1991). Artículos 49–50. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>

- Del Valle, M. (2019). Salud mental comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1–12. <https://www.redalyc.org/journal/1710/171060287007/html/>
- Donato, B., & Ortiz, P. (2023). *Conductas suicidas en personas víctimas de violencia doméstica / Suicidal behaviors in victims of domestic violence* [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/92e9b197-65fc-4946-bb48-83506e0e777c/content>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2019). *Bullying en el ambiente escolar: Qué es y cómo afrontarlo*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. https://www.unicef.org/chile/media/3171/file/bullying_en_el_ambiente_escolar.pdf
- Fuentes Quimbayo, M. A. (2023). *Aspectos sociales y comunitarios que muestren relación con el desarrollo de la ideación suicida y el suicidio en jóvenes del municipio de Calarcá - Quindío* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Abierta y a Distancia]. <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/56781/AspectossocialesycomunitariosquemuestrenrelacionconeldesarrollodeaideacionsuicidayelsuicidioenjovenesdelmunicipiodeCalarca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, B., Gonzáles, S., Quiroz, A., & Velásquez, A. (2002). *Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa*. [Trabajo de grado, Universidad Luis Amigó]. <https://evalparticipativa.net/wp-content/uploads/2021/11/33.-Tecnicas-interactivas-investigacion-social-cualitativa-1.pdf>
- Goldston, J., et al. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 948–963. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2662358/pdf/nihms93270.pdf>
- Hernández, N., & Rendón, A. (2015). *Caracterización de las organizaciones comunitarias y de base de las 8, 9 y 10 del área urbana en la ciudad de Medellín* [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/bc57bff2-38a7-45e0-ba44-025e2cfef422/content>
- Instituto Nacional de Salud. (2023). *Informe de evento primer semestre intento de suicidio, 2023* [Informe técnico]. Gobierno Nacional. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20PRIMER%20SEMESTRE%202023.pdf>
- Martín Peñuela, P. S. (2024). *Suicidios en Colombia, así van las cifras del 2024*. Universidad de La Sabana. <https://www.unisabana.edu.co/noticias/al-dia/suicidios-en-colombia-asi-van-las-cifras-del-2024>
- Martínez Gómez, J. A., & Robles Suárez, A. C. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales. *Informes Psicológicos*, 16(2), 53–68. <https://doi.org/10.18566/infpsicv16n2a04>
- Medellín Cómo Vamos. (2019). *Informe de calidad de vida de Medellín 2018*. <https://www.medellincomovamos.org/download/informe-de-calidad-de-vida-de-medellin-2018-2/>

- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2018). *Boletín de salud mental conducta suicida* [Boletín]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/ent/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 4886 de 2018*. https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/astrea/docs/resolucion_minsaludps_4886_2018.htm#INICIO
- Molina-Marín, G., Ramírez-Gómez, A., & Oquendo-Lozano, T. (2018). Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016. *Revista de Salud Pública*, 20(3). <https://www.redalyc.org/journal/422/42258458003/42258458003.pdf>
- Morte Coscolín, C. (2023). *Relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y el riesgo de suicidio en jóvenes* [Trabajo de grado, Universidad de Valladolid]. UVaDoc. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/67921/TFG-O-2555.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Moutier, C. Y. (2025). *Prevención del suicidio*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida/prevenci%C3%B3n-del-suicidio>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *La OPS insta a priorizar la prevención del suicidio tras 18 meses de pandemia por COVID-19*. <https://www.paho.org/es/noticias/9-9-2021-ops-insta-priorizar-prevencion-suicidio-tras-18-meses-pandemia-por-covid-19>
- Ortega, C. (s. f.). Análisis de contenido: Qué es y cómo funciona en los estudios cualitativos. *QuestionPro*. <https://www.questionpro.com/blog/es/analisis-de-contenido/>
- Personería Distrital de Medellín. (2024). *Más de 700 personas se quitaron la vida entre el 2020 y 2023 en Medellín*. <https://www.personeriamedellin.gov.co/mas-de-700-personas-se-quitaron-la-vida-entre-el-2020-y-2023-en-medellin/>
- Ramírez Luján, M., Castillo Suárez, A., Cardona Salazar, K., & Mosquera, M. C. (2017). Concepción del suicidio en jóvenes desde la Psicología Social Comunitaria. *PsyConex: Revista de Psicología Comunitaria*, 14(1), 1–15. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328516/20785331>
- Restrepo, J. (2023). *Incremento de afectaciones a la salud mental en Antioquia: Coletazos de la pandemia*. Universidad de Antioquia. <https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia/Contenido/asNoticias/PeriodicoAlmaMater/saludmental-pam720>
- Sánchez Marínez, G. J., Barreto Cortés, C. F., Valderrama Lozano, J. C., & Salazar Piñeros, F. A. (2018). Efectividad de las intervenciones de base comunitaria para la prevención de los actos suicidas: Una revisión sistemática. *Entornos*, 31(1), 197–210. <https://doi.org/10.25054/01247905.1788>

- Secretaría de Salud de Medellín. (2021). *Política pública de salud mental y adicciones*. <https://www.medellin.gov.co/es/wp-content/uploads/2023/12/plan-estrategico-politica-salud-mental.pdf>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós. <https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-Taylor-S-J-Bogdan-R.pdf>
- Torres Carrillo, A. (2006). Organizaciones populares, construcción de identidad y acción política. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(2). <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20131029053057/art.AlfonsoTorresC..pdf>
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47–53. <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/588/586>
- Williams Institute. (2021). *Haber recibido terapia de conversión incrementa el riesgo de intentos suicidas entre la población LGBTQ en Colombia*. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/press/ct-columbia-release-spanish/>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/40e5a13a-fe50-4efa-b56d-6e8cf00d5bfa/content>

Anexos

Anexo 1 Entrevista semiestructurada

Entrevista semiestructurada

Número de Entrevista:

Fecha:

Nombre del entrevistado:

Género:

Nombre del entrevistador:

Lugar:

Hora de inicio:

Hora de finalización:

1. ¿Cuál es su nombre?
2. Cuánto tiempo lleva en la MSMM
3. ¿Cómo describiría su rol dentro de la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM)? ¿Ha tenido alguna incidencia su género en su participación?
4. ¿Qué motivó su participación en la MSMM y cómo ha sido su experiencia hasta ahora?
5. ¿Cómo percibe el problema del suicidio como integrante de la MSMM?
6. ¿Qué factores principales cree que inciden para que una persona tome la decisión de suicidarse en esta comuna? ¿Cree que los aspectos alrededor del género influyen en esta conducta?
7. ¿Qué tipo de intervenciones o estrategias ha implementado la MSMM para abordar el suicidio? (profundizar en el momento)
8. ¿Cuáles considera que han sido las más efectivas y por qué?
9. ¿Qué desafíos ha enfrentado la MSMM en la implementación de estas intervenciones?
10. ¿Cómo han superado estos obstáculos?
11. ¿Qué retos considera que existen actualmente alrededor de las intervenciones de la MSMM asociadas al tema del suicidio?
12. Cómo se proyecta la organización a futuro.

-
13. ¿Qué cambios ha observado en la comuna desde que comenzaron a implementarse las diferentes estrategias de la MSMM?
 14. ¿Cómo evalúa el impacto de las intervenciones de la MSMM en la salud mental de los habitantes de la comuna? (Impactos positivos, negativos. Impacto alcanzado vs impacto esperado)
 15. ¿Qué elementos considera esenciales para que una iniciativa como la MSMM pueda ser replicada en otras comunas?
 16. Cómo se proyecta la organización a futuro.
 17. ¿Qué cambios ha observado en la comuna desde que comenzaron a implementarse las diferentes estrategias de la MSMM?
 18. ¿Cómo evalúa el impacto de las intervenciones de la MSMM en la salud mental de los habitantes de la comuna? (Impactos positivos, negativos. Impacto alcanzado vs impacto esperado)
 19. ¿Qué elementos considera esenciales para que una iniciativa como la MSMM pueda ser replicada en otras comunas?
 20. ¿Qué recomendaciones daría para mantener la sostenibilidad de estas intervenciones a largo plazo?

Anexo 2 Grupo focal

Grupo focal

Fecha:

Número de participantes:

1. ¿Qué factores protectores y de riesgo concibe en el territorio en torno a la problemática del suicidio? (Físicos, culturales, políticos, económicos).
2. ¿Cómo ha sido la relación entre los diferentes actores que inciden en la comuna en torno a la problemática del suicidio?
3. ¿Qué hace que la MSMM siga funcionando a través del tiempo y que los impulsa a trabajar en esta?
4. ¿Cuáles son sus percepciones sobre los procesos de intervención social en torno al suicidio en Medellín? (Destacan alguna falencia o algunas potencialidades)

Figura

Grupo focal realizado con integrantes de la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM), 2025.



Nota. Fotografía tomada por los investigadores durante la realización del grupo focal, 2025.

Anexo 3 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO: Percepciones de los Líderes y Lideresas Comunitarios sobre las Intervenciones Sociales en torno al Suicidio: Un Estudio de la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM)

Investigadores Principal: Santiago Vázquez Barrientos, David López Carvajal, Valentina Ladino Marulanda.

Asesoras de trabajo de grado: Gladys Rocío Ariza Sosa -

Sr (Sra) participante:

Usted ha sido invitado a participar en el proyecto: Percepciones de los Líderes y Lideresas Comunitarios sobre las Intervenciones Sociales en torno al Suicidio: Un Estudio de la Mesa de Salud Mental de Manrique (MSMM)

Este consentimiento puede contener algunas palabras que usted probablemente no entienda, por favor pida explicación a uno de los integrantes del grupo de investigación para que lo asesore.

Antes de tomar la decisión de participar en la investigación, lea atentamente este formulario de consentimiento y discuta con el investigador cualquier inquietud que usted tenga. Usted también podrá discutir su participación con los demás miembros de su familia o amigos.

Algunos aspectos generales que usted debe saber acerca de los estudios de investigación.

Los estudios de investigación son diseñados para mejorar el conocimiento científico que puede ser útil a otras personas en el futuro. Usted puede no recibir ningún beneficio directo por su participación.

Su participación es voluntaria, puede rehusarse a participar, o puede retirar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo, sin poner en peligro su atención futura en esta

institución o su relación con su médico tratante. Usted no tiene que participar en investigación con el fin de recibir tratamiento de salud.

Es importante que entienda la siguiente información para poder decidir de una forma libre e informada si usted desea participar en esta investigación; puede preguntarles a los investigadores principales Santiago Vasquez, Valentina Ladino, David López cualquier duda que tenga acerca de este estudio en cualquier momento de su ejecución.

A usted se le dará una copia de este consentimiento.

Pasaremos a explicarle en qué consiste el estudio: Este estudio consiste en reunir las percepciones de las personas que integran la Mesa de Salud Mental de Manrique en torno a sus intervenciones que se vienen realizando acerca del suicidio, esto con la finalidad de comprender sus diferentes estrategias de intervención y también las de la política pública, para así buscar construir un conocimiento que permita a futuro fortalecer y replicar las organizaciones de base que trabajan con este tema.

Propósito de este estudio

En este proyecto nos proponemos comprender las percepciones sobre los procesos de intervención social en torno al suicidio presentes entre los líderes y lideresas pertenecientes a la MSMM con la finalidad de construir un modelo multiplicador de este tipo de organizaciones de base.

Procedimiento

Durante la investigación se llevarán a cabo los siguientes procesos: Se realizarán entrevistas semiestructuradas individuales de un tiempo aproximado de 40 minutos a una hora con cada integrante de la organización, finalmente llevará a cabo un grupo focal con un compartir en donde se hablará de manera reflexiva sobre una serie de preguntas que se llevarán de base. Usted hará parte del espacio que desee por voluntad propia participar, ninguno es prerequisite para el otro, puede realizar la entrevista y el grupo focal, uno de los anteriores o ninguna de las opciones. Lo que no genera repercusiones de ninguna naturaleza.

¿Cuántos sujetos participarán en este estudio?

Si decide participar, usted será uno de aproximadamente 12 personas que serán invitadas a participar en este estudio.

¿Cuánto dura mi participación en este estudio?

40 minutos a 1 hora: Entrevistas individuales.

1 hora: Grupo Focal.

¿Cuáles son los posibles beneficios?

Es posible que usted no reciba ningún beneficio directo por la participación. Sin embargo, su colaboración en la investigación puede proporcionar conocimientos que ayuden a otras personas en el futuro y además podría ayudar a gestionar organizaciones en torno a los temas de salud mental abordados desde lo comunitario, es importante mencionar que al respecto no hay mucha producción académica por tanto su participación se configura como un aporte valioso para este estudio.

La investigación se considera que servirá como aporte para la comprensión y construcción de otros espacios, de la misma índole, que puedan surgir a partir de las percepciones sobre las intervenciones que se gestan y realizan desde la Mesa de Salud Mental en torno al suicidio. Lo cual se considera un aporte tanto para la academia como para la sociedad en conjunto.

Articular a la academia dentro de las intervenciones de la MSMM aportará para la potencialización de ésta, puesto que la academia es considerada central dentro de las organizaciones sociales de la ciudad y con esta pueden construirse ideas y proyectos que beneficien a todos.

¿Cuáles son los riesgos asociados?

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, específicamente en su artículo 11, esta investigación puede encajarse en la categoría de riesgo mínimo, ya que no implica “ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio” (Ministerio de Salud, 1993, pág. 3) y se basa netamente en la recolección de percepciones mediante entrevistas y grupos focales.

Puede presentar los siguientes posibles riesgos en lo concerniente a los factores:

Emocional: ya que la discusión en torno al tema del suicidio puede generar incomodidad o emociones difíciles para los participantes. Sin embargo, se mitigará este riesgo mediante el

acompañamiento emocional y ofreciendo contacto con recursos de apoyo en salud mental en caso de ser necesario.

Social: manifiesto en la estigmatización que podrían recibir los líderes y lideresas en sus comunidades por las respuestas proporcionadas. Para minimizar esto, se garantiza la confidencialidad y el anonimato de los datos.

Jurídico y económico: no se prevén riesgos en estas dimensiones, ya que la participación en el estudio es voluntaria y no conlleva compromisos financieros ni legales.

Pese a los riesgos anunciados anteriormente y en concordancia con los principios éticos internacionales, específicamente los principios establecidos por las Pautas CIOMS, se enfatiza que aunque la investigación no entraña beneficios directos para cada participante, esta contribuye al beneficio colectivo en tanto tributa a una comprensión profunda de las intervenciones en el territorio, lo cual será relevante para el análisis y desarrollo de futuras estrategias de intervención en contextos similares, a la vez que permite, a través de los resultados, optimizar la aplicación de políticas públicas de salud mental, permitiendo que estas se ajusten mejor a las necesidades locales y contribuyan a mitigar los problemas relacionados con el suicidio. La investigación, por tanto, está cuidadosamente diseñada para que los beneficios obtenidos en términos de conocimiento y mejora social no superen los riesgos potenciales, y se eviten influencias indebidas sobre la participación voluntaria.

¿Cómo será protegida mi privacidad?

Ningún individuo será identificado en ningún reporte o publicación acerca de este estudio. El equipo de investigación, estudiantes de la Universidad de Antioquia, tomará todas las medidas necesarias para proteger la privacidad de la información personal. Para proteger sus derechos, el CEI-FNSP que aprobó este proyecto podría en algún momento inspeccionar los registros suministrados por usted para este estudio. Esto con el fin de asegurarse de que sus derechos han sido protegidos.

¿Se me pagará por participar en este estudio?

Su participación en esta investigación es voluntaria y no está sujeta a ningún tipo de remuneración económica.

¿Tengo que pagar algo por participar en este estudio?

Usted no tendrá que pagar nada por participar en este estudio. Todas las evaluaciones relacionadas con el proyecto serán gratuitas. Será en el barrio Manrique.

¿Quién está financiando este estudio?

Esta investigación es financiada con recursos propios del equipo de investigación. Se hace en el marco de la formación de pregrado de Trabajo social en la Universidad de Antioquia. Los investigadores no tienen un interés financiero con el resultado del estudio. El interés es estrictamente académico.

¿Qué debo hacer si decido terminar mi participación antes de que mi parte en el estudio se haya completado?

Su participación en el estudio es voluntaria y usted puede negarse a participar, o retirar su participación en cualquier momento. Si usted desea terminar su participación en este estudio puede manifestarlo verbalmente, por correo electrónico o llamando a los números telefónicos suministrados por el equipo de investigación.

¿Qué debo hacer si tengo preguntas acerca de este estudio?

Usted tiene la oportunidad de preguntar y obtener todas las respuestas a sus preguntas sobre esta investigación antes de firmar el consentimiento. Si usted posteriormente tiene otras preguntas relacionadas con la investigación, puede llamar a cualquiera de los investigadores a los Teléfonos: David López (...); Santiago Vasquez (...); Valentina Ladino (...). Quienes cuentan con disponibilidad de tiempo completo a través de WhatsApp.

¿Qué debo hacer si tengo preguntas acerca de mis derechos como sujeto que participa en una investigación?

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, correo: eticasaludpublica@udea.edu.co

Acuerdo del sujeto:

Yo he leído la información proporcionada previamente. Voluntariamente acepto participar en este estudio.

En constancia, firmo este documento de Consentimiento informado, en presencia de los investigadores _____ y dos testigos, en la ciudad de Medellín.

_____ el día _____ del mes de _____ del año _____.

Nombre, firma y documento de identidad del participante:

Nombre _____ Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de:

Nombre, firma y documento de identidad del Investigador

Nombre _____ Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de:

Nombre, firma y documento de identidad del Testigo Número 1

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de:

Nombre, firma y documento de identidad del Testigo Número 2

Nombre _____ Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de:

Aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública,
Universidad de Antioquia según **Acta 21030002-0079-2025**

[Presidente encargado Francisco Javier Aguirre Echavarria]