

**GUIA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN EL
TRABAJO**

DOCUMENTO PARA EMPRESAS



Elaboró:

Gloria H. Villalobos Fajardo

Psicóloga, PhD Ciencias de la Salud, Mag. Salud y Seguridad

Equipo Salud Mental SURA

ARL-Consultoría Gestión del Riesgo

Revisado por: Sura Colombia

Julio 2019

Tabla de contenido

1. JUSTIFICACIÓN	4
2. MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL SOBRE LA CONDUCTA AUTOLESIVA.....	5
2.1 La conducta autolesiva	5
2.2 Lesiones autoinfligidas sin intención suicida.....	6
2.3 Lesiones autoinfligidas con intención suicida.....	8
2.4 Factores de riesgo y factores protectores de las conductas autolesivas	11
2.5 Epidemiología	14
2.6 Conductas autolesivas en el sitio de trabajo.....	17
2.7 Prevención de la conducta autolesiva y el autocuidado.....	18
3. GUÍA DE ACTUACIÓN PARA PREVENIR Y MANEJAR LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN EL TRABAJO	21
3.1 Alcance de la guía	21
3.2 Población usuaria de la guía.....	22
3.3 Objetivos	22
3.4 Proceso de la intervención psicosocial.....	22
3.4.1 Acciones de prevención primaria	25
3.4.2 Acciones de prevención secundaria	26
3.4.3 Acciones de prevención terciaria	28
3.4.4 Seguimiento y monitoreo	29
4. BIBLIOGRAFÍA.....	32
5. ANEXOS.....	37
Anexo 1. Marco legal referente a la promoción de la salud mental y la prevención de la conducta autolesiva	37
Anexo 2. Taller Reconocimiento de emociones y bienestar en el trabajo.....	37
Anexo 3. Folleto para trabajadores - El trabajador ante las conductas autolesivas.....	37
Anexo 4. Intervenciones en trabajadores y familiares luego de una autolesión con intento suicida.....	37
Anexo 5. Psicoeducación – acciones de prevención terciaria. Luego de un suicidio en la organización.....	37
Anexo 6. Directorio de líneas de atención en salud mental. Publicación del Ministerio de Salud	37

GUÍA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN EL TRABAJO

1. JUSTIFICACIÓN

Hacer mención de las conductas autolesivas aun genera cierta inquietud, especialmente porque la finalidad que éstas persiguen está orientada a la destrucción de sí mismo, el daño corporal e incluso hasta la muerte. Es un tema vetado para muchos y en ocasiones subvalorado, pues no se estima que las cifras de estas conductas sean considerablemente altas y significativas; de igual manera, se toma en muchas ocasiones como una acción impetuosa, irreflexiva y de ánimo exaltado ante la cual hay poco que hacer.

Sin embargo, la conducta autolesiva tiene también otros propósitos, la posibilidad de prevenirla incrementa en la medida que se conocen los factores de riesgo y los signos de alarma, por lo que acrecentar dicho conocimiento y diseñar programas preventivos resulta en gran beneficio para las personas que las sufren, así como para su círculo social y de trabajo. Las conductas autolesivas conllevan a una pérdida de potencial de la calidad de vida, productividad, incapacidad, problemas en las relaciones interpersonales y deterioro de la salud.

En el 2015, Colombia llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud Mental¹, que busca proporcionar un contexto actualizado de los problemas y trastornos mentales que aquejan a la población. Las prioridades proyectadas hacen referencia al robustecimiento de entornos saludables, específicamente en el aspecto de convivencia, fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, detección y evidencia de los problemas de salud mental que contribuyen a una gran carga de la morbilidad.

La Encuesta contempló varios grupos poblacionales; del grupo de personas entre 18 y años 45, se consolida un aproximado de 87% de personas que laboran; a pesar de que la presencia de trastornos mentales (en los últimos 12 meses) y el consecuente ausentismo del trabajo son inexactos, los autores recomiendan establecer programas de inclusión laboral, retorno al trabajo y acceso a la atención ambulatoria para quienes se diagnostiquen con alguna enfermedad mental.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015)², el lugar de trabajo saludable contempla la protección de la salud mental disminuyendo la presencia de factores de riesgo, el desarrollo de aquellos componentes positivos en el escenario laboral que promuevan la salud y la solución de problemas, independiente de su causa.

¹ Gómez-Restrepo, C., Escudero, C., Matallana, D., González, L., & Rodríguez, V. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

² Organización Mundial de la Salud (2015). Hoja informativa. Salud mental en el lugar de trabajo publicada en octubre de 2017. http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

2. MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL SOBRE LA CONDUCTA AUTOLESIVA

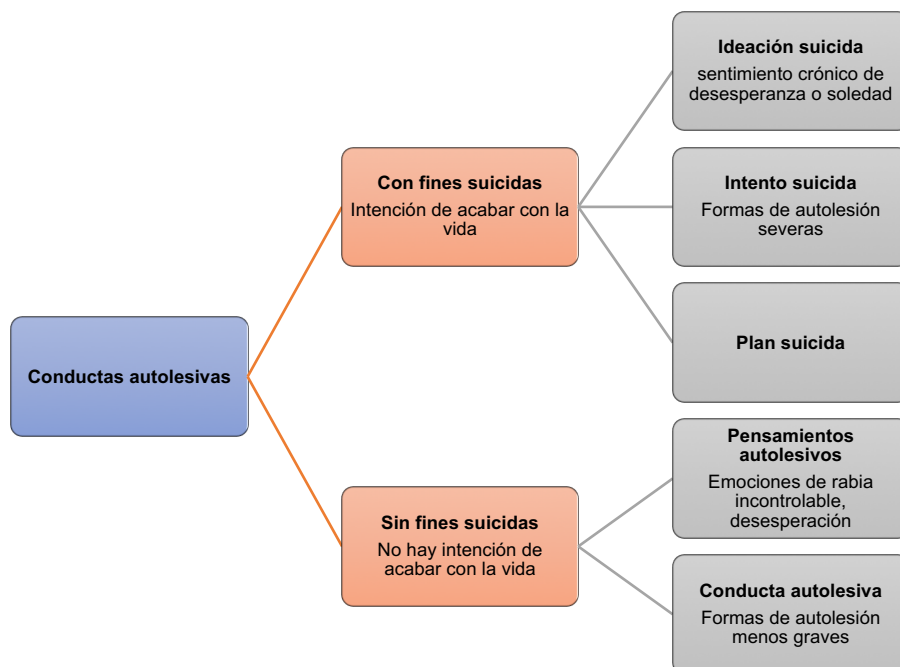
2.1 La conducta autolesiva

La conducta autolesiva con y sin ideación suicida, se encuentra en la clasificación de violencia autoinfligida y comprende: los comportamientos suicidas, los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio, el suicidio consumado, el auto maltrato y los comportamientos autodestructivos.

Autolesionarse es una forma de aliviar la tensión, bien sea esta derivada de cogniciones que generan malestar emocional, mitigación de un dolor físico o vivencia de situaciones tensionantes e indeseadas, que desbordan la capacidad de la persona para afrontarlas. Sin embargo, es un alivio temporal ya que las causas que generan la indisposición no desaparecen fácilmente y en el caso de las autolesiones con fines suicidas se busca concluir definitivamente el sufrimiento subjetivo.

Entre los mitos más comunes de la conducta autolesiva se encuentra la idea de que quien se lesiona lo hace únicamente para llamar la atención, lo que resulta contradictorio con el comportamiento mismo, ya que las lesiones corporales se esconden procurando que los demás no se enteren de éstas. La figura 1 facilita la comprensión de los tipos de conductas autoinfligidas.

Figura 1. Diferenciación de las autolesiones suicidas y no suicidas



Esquema basado en el planteamiento de Nock (2009) sobre los orígenes de la conducta autolesiva sin fines suicidas³

2.2 Lesiones autoinfligidas sin intención suicida

Las lesiones autoinfligidas, conocidas también como autoagresión o auto maltrato, son una práctica consistente en la producción intencionada de heridas sobre el propio cuerpo, comúnmente realizadas sin una intención de matarse (suicidio)⁴.

Estas lesiones se conocen en la literatura como NSSI (non-suicidal self-injury) o autolesiones sin intención suicida y precisamente se deben diferenciar de la ideación y de las conductas que tienen una intención fatal.

Las lesiones auto provocadas, pueden llegar a ser serias, afectando los tejidos corporales y con la posibilidad de dejar señales visibles que pueden producir cicatrices. Las autolesiones más comunes incluyen: cortarse, golpearse, arañarse, interferir con la curación de heridas (quitarse los tejidos que están sanando), quemarse, perforarse, insertar objetos en el cuerpo, romperse huesos, quitarse el cabello, entre otras. Las zonas del cuerpo en que más se lastiman las personas son las muñecas, los brazos, piernas, abdomen, cabeza, espalda y pecho. Los casos más severos realizan daño en los genitales o la cara.

Es importante aclarar que las autolesiones no se encuentran categorizadas como una patología en sí misma, sino que se identifican como un criterio diagnóstico para otras entidades nosológicas. Lo esencial en su definición como conducta compulsiva se encuentra en la forma deliberada, repetitiva e impulsiva en que se llevan a cabo, igualmente se presentan autoagresiones impulsivas episódicas y autoagresiones repetitivas.

La clasificación en el CIE-10 comprende los códigos comprendidos entre los diagnósticos X860 al X884, que incluyen auto envenenamiento y autolesiones por diversas causas (armas de fuego, objetos sin filo, objeto cortante, medios especificados entre otros). La actual clasificación de enfermedades, el CIE 11⁵, las contempla dentro de la categoría de causas externas de morbilidad y mortalidad (código 23) compartiendo las causas sin intención, autolesión deliberada, asalto, intento no determinado, exposición a grandes fenómenos de la naturaleza, maltrato, intervenciones legales, conflicto armado y causas de salud debidas a daños o lesiones.

En la guía de consulta de los criterios diagnósticos psiquiátricos, DSM IV, el criterio de autolesión no se especifica tampoco como una entidad independiente,

³ Nock, M. K. (2009). *Understanding Nonsuicidal Self- Injury: Origins. Assessment, and Treatment*, Washington, DC: American Psychological Association.

⁴ Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 144(1), 65-72.

⁵ La Organización mundial de la salud publicó la nueva clasificación internacional de enfermedades el 18 de junio del 2018, con 55,000 códigos aproximadamente y nuevas categorías y mejoras para organizar la causa de morbi-mortalidad mundial. La CIE-11 entrará en vigor para los Estados miembros, el 1 de enero de 2022, previa presentación general en mayo del año 2019.

está mencionada únicamente como un criterio diagnóstico para trastorno de personalidad limítrofe, trastorno autista, retraso mental, trastornos ficticios y de ánimo. Para la versión final del DSM V, el Grupo de trabajo sobre trastornos infantiles y adolescentes de la Asociación Psiquiátrica Americana, se había propuesto incluir la autolesión sin intento de suicidio, en un apartado especial con criterios específicos que incluyen⁶:

- (i) En el último año, durante al menos 5 días, el individuo se ha autoinfligido de manera intencional, causando daño en la superficie de su cuerpo, con posibilidad de sangrado, equimosis o dolor, con éste mismo fin (daño físico no severo) que no incluyan acciones aprobadas por la sociedad como tatuajes o piercings.
- (ii) No existe intencionalidad de suicidio, de manera que es reportada por el individuo o bien se puede inferir de manera clara, por experiencia de este, y la metodología utilizada no es mortal. Para este criterio se sugiere generar una anotación cuando exista la dificultad de aclararlo.

La lesión deliberada se puede vincular a algunos de las siguientes condiciones:

- (i) Presencia de pensamientos o sentimientos negativos ocurridos inmediatamente antes de la autolesión.
- (ii) Previo a ocurrir la autolesión, existen pensamientos compulsivos relacionados con la misma, con dificultad de resistir a ejecutarla.
- (iii) La frecuencia del impulso por realizar la autolesión ocurre frecuentemente, aunque no se lleve a cabo.
- (iv) La autolesión conlleva un propósito conocido por el individuo, que puede ser de alivio de un malestar emocional o una dificultad interpersonal, generando una sensación positiva.

Cabe resaltar que la conducta autolesiva implica consecuencias como el deterioro funcional, especialmente en áreas como las relaciones interpersonales, académicas, laborales y otras.

De otra parte, la autolesión no se presenta únicamente en situaciones en que el individuo se encuentra en estados de psicosis, delirio, intoxicación, trastorno de desarrollo, además la conducta no siempre es parte de un patrón de estereotipos repetitivos.

El último indicador que quizás sería el más importante para definir la conducta autolesiva como una entidad autónoma que aclare que la lesión no se debe a la presencia de ningún trastorno mental, ni físico, está incluida dentro del DSM-V para su futuro desarrollo, por lo que se requiere investigación suficiente de los criterios de diagnóstico sugeridos y la evidencia clínica de los mismos, a fin de dar la validez necesaria a las lesiones autoinfligidas como una entidad de diagnóstico independiente.

⁶ Sociedad Internacional de Autolesiones. ASeFo. (2012). Diagnóstico propuesto de Autolesión No Suicida en el Manual de Trastornos Mentales DSM-V –por el grupo de Trastornos infantiles y adolescentes de la APA. Traducción por la Dra. Dora Santos Bernard de la revisión aceptada en 2012 sobre el diagnóstico Autolesión No Suicida del DSM-V. Disponible en: <http://www.autolesion.com/2012/04/19/diagnosticos-propuestos-de-autolesion-no-suicida-en-el-manual-de-trastornos-mentales-DSM-V-traducción>

Si bien las autolesiones no suicidas, no conllevan a un riesgo letal, si se ha reportado el aumento del riesgo suicida en quienes las realizan^{7,8} así como la relación con la presencia de problemas en salud⁹ que pueden complicarse y la disfuncionalidad en la vida cotidiana de la persona^{10,11}, convirtiendo las autolesiones en un comportamiento no adaptativo, ni funcional.

2.3 Lesiones autoinfligidas con intención suicida

Las autolesiones con intención suicida comprenden la intención suicida, o en algunos casos también el llamado para-suicidio. “La conducta suicida es una secuencia de eventos denominado “proceso suicida” que se da de manera progresiva en muchos casos se inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos, con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”¹². La tabla 1 ofrece una descripción que facilita la comprensión de algunos términos de frecuente uso.

Tabla 1. Definiciones relacionadas con la conducta autolesiva con intención suicida

Ideación suicida	Intento suicida	Suicidio	Para-suicidio
Pensamientos recurrentes referidos a acabar con la propia vida e incluye los planes suicidas. La ideación suicida se considera como un paso precedente de la conducta suicida.	Conducta que busca de forma deliberada acabar con la propia vida con resultado letal.	Comportamiento autoinfligido que busca lesionarse o auto agredirse y se acompaña de la intención clara y consciente de acabar con la vida.	Autolesión intencional para causarse daño corporal o físico, sin la intención de muerte.

⁷ Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M. R. (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PLoS One*, 11(4), e0153760.

⁸ Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2016). Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior. In *The Oxford Handbook of Behavioral Emergencies and Crises* (pp. 401-416). Oxford University Press, New York.

⁹ Sullivan, P. J. (2017). Should healthcare professionals sometimes allow harm? The case of self-injury. *Journal of medical ethics*, medethics-2015.

¹⁰ Turner, B. J., Wakefield, M. A., Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2017). Characterizing Interpersonal Difficulties Among Young Adults Who Engage in Nonsuicidal Self-Injury Using a Daily Diary. *Behavior therapy*, 48(3), 366.

¹¹ Lewis, S. P. (2016). The overlooked role of self-injury scars: Commentary and suggestions for clinical practice. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(1), 33-35.

¹² Gómez-Restrepo, C., & de Santacruz, C. (2016). La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 1.

Adicional a las clasificaciones ya mencionadas, al buscar el término de suicidio en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), se pueden encontrar otros códigos, tales como: (i) Código T14.9 que abarca los traumatismos no especificados; (ii) así mismo en la categoría de otros síntomas y signos que involucran el estado emocional, se ha incluido la ideación suicida (tendencias) con código R45.8, excluida la ideación suicida que constituye parte de un trastorno mental; (iii) el índice Z915 contempla la historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente y por último (iv) las entidades Y87 a Y872 con las secuelas de lesión autoinfligida.

En el manual diagnóstico de enfermedades mentales (DSM-V), el suicidio es asumido como un síntoma más de otros dictámenes como el de depresión mayor o parte del trastorno del ánimo. Pese a lo anterior, algunos investigadores sugieren poner de manifiesto que el suicidio debe ser tomado como una categoría autónoma y por tanto se propusieron criterios como:¹³

- La persona ha realizado un intento de suicidio en los últimos dos años (esta conducta no obedece a una autolesión no suicida).
- Este diagnóstico no se dará a la ideación suicida.
- La conducta no sigue a un estado de confusión de la persona. La conducta no se ejecutó por un objetivo político o religioso.

Los criterios diagnósticos recogidos en los manuales aportan a un diagnóstico más certero y también permiten aclarar muchas ideas erróneas que surgen ante la explicación de los comportamientos suicidas.

La Organización Mundial de la Salud publica los diez mitos sobre el suicidio como un intento para derrocar criterios culturalmente aceptados que imponen barreras en la posible ayuda que se pueda brindar a las personas con conductas autolesivas con intención suicida (tabla 2).

Tabla 2. Los mitos del Suicidio - OMS

No.	Mito	Realidad
1	La persona que habla sobre suicidarse no tiene la intención de hacerlo.	Las personas que hablan sobre el suicidio pueden estar buscando la ayuda y el apoyo necesario para evitarlo. De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
2	Muchos suicidios no se pueden prevenir porque ocurren sin aviso.	Pocos suicidios ocurren por impulsividad. La mayoría de los suicidios han sido precedidos por signos de alarma. Muchas de las señales consisten en cambios de ánimo, verbales o comportamentales, por lo que es importante saber reconocerlos.

¹³ <http://www.suicidioadolescente.com.ar/intro/intro003.pdf>

No.	Mito	Realidad
3	Hablar sobre el suicidio es una mala idea, porque incrementa el peligro de que el individuo lo realice.	Hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo ha demostrado reducir la posibilidad de realizarlo, es una oportunidad para cambiar los propósitos autodestructivos.
4	Solo las personas con enfermedades mentales se suicidan.	Aunque las personas con enfermedades mentales pueden tener más prevalencia de suicidio, no necesariamente existe un trastorno mental en quienes optan por el suicidio. Lo cierto es que, todo suicida es una persona que sufre.
5	Todo el que se suicida está deprimido.	La depresión es la enfermedad mental más relacionada con los intentos de suicidio, sin embargo, no es una regla general.
6	El suicida desea morir.	Aunque pareciera ser una lógica adecuada, lo cierto es que la persona tiene sentimientos ambivalentes, pues efectivamente desea morir si su vida continua como es. Inclinar las opciones hacia la vida es una tarea que se acoge en el diagnóstico e intervención temprana.
7	Si la persona sobrevive a un intento de suicidio ya está fuera de peligro.	No es cierto, los momentos de mayor vulnerabilidad son inmediatamente después de un intento. Las épocas de mucha calma tras un episodio de ánimo exaltado pueden ser un signo de alerta. Existe un porcentaje (entre el 1% y el 2%) de personas que, tras un primer intento, lo consumarán durante el año siguiente. Entre el 10% y el 20% lo realizarán en el resto de sus vidas. Sin embargo, la presencia de crisis no es permanente, por lo que es importante reconocerla para su prevención.
8	El suicidio se hereda.	Existen casos en los que se ha podido evidenciar suicidio en miembros de una misma familia, sin embargo, el vínculo que se ha establecido es la presencia de alguna enfermedad mental en el grupo familiar. La existencia de un historial familiar puede ser un factor de riesgo si existe también la presencia de otros en la misma persona.

No.	Mito	Realidad
9	Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.	Similar a la etapa de calma tras una crisis, varias personas que pasaron por una situación emocional intensa, se quitaron la vida en los siguientes meses. Cuando se está en depresión, la disminución de energía hace que las personas no opten por el suicidio en esos momentos, pero si persiste la ideación, el riesgo es más alto.
10	El que intenta el suicidio es un cobarde.	Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren. Las personas que deciden quitarse la vida no son cobardes, todo lo contrario. Hay que tener mucho valor para hacerlo. Son personas que llevan muchísimo tiempo luchando una batalla interna. Cuando llevan a cabo la idea de suicidarse es porque es el único recurso o salida que ven a lo que les ocurre, porque el sufrimiento es enorme.

2.4 Factores de riesgo y factores protectores de las conductas autolesivas

La dificultad para establecer la prevalencia de autolesiones sin intención suicida en los diferentes países se asimila al inconveniente de establecer patrones de determinantes de la conducta, pues la información en la literatura disponible por lo general deriva de una muestra poblacional fácil de capturar, como quienes acuden a consulta externa, terapia psiquiátrica o psicológica e incluso tratamiento médico, lo que imposibilita extrapolar los datos. Siguiendo los resultados de estos estudios se pueden identificar, sin embargo, bajo la consideración de la restricción poblacional anteriormente explicada, algunos factores presentes en los casos de autolesiones no suicidas se pueden resumir de la siguiente manera (figura 2):^{14, 15, 16, 17, 18.}

¹⁴ Montañez, M, Pavis, R, Janina, J, & Ramírez C. (2016). Características sociodemográficas individuales y familiares asociadas a la presencia de autolesión en adolescentes de una institución educativa, 2015.

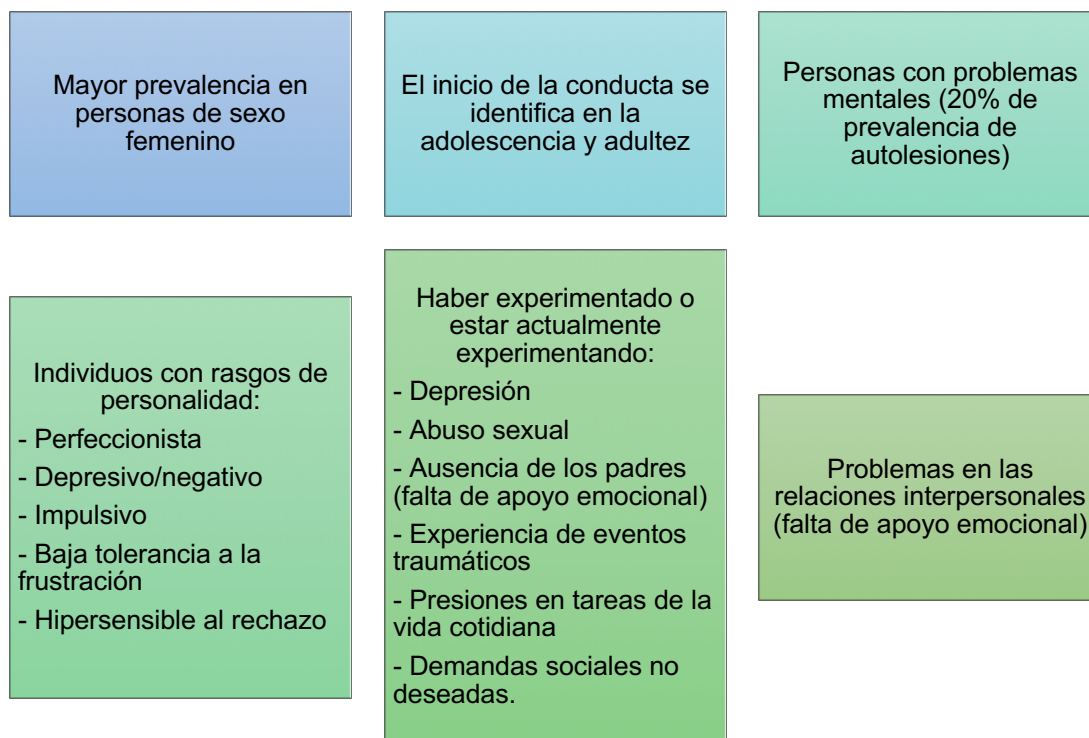
¹⁵ Imaz, C (2018). Autolesiones en la adolescencia (Tesis de pregrado) Universidad e Valladolid. España.

¹⁶ Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 66(6), 477-493.

¹⁷ Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 2.

¹⁸ Victor, S. E., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N. A., Lengel, G. J., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive psychiatry*, 82, 53-60.

Figura 2. Determinantes asociados a la conducta autolesiva sin intención suicida



Las autolesiones no suicidas comparten existencia con trastornos mentales o condiciones médicas, sin embargo, al considerarse como una manifestación más de un desorden, no podría realmente declararse “coexistencia” con otras enfermedades, lo que hace igualmente complejo la adquisición de cifras puntuales. Lo que se ha podido identificar, es que muchas de las personas con historias de autolesiones sin intención suicida, también cuentan con criterios diagnósticos de trastornos de alimentación o de consumo de sustancias psicoactivas^{19,20,21,21}. De igual manera, las conductas autolesivas sin intención suicida y aquellas con la intención, también tienen factores de riesgo afines adicionales a las posibles comorbilidades de trastornos mentales. Este tipo de conducta (intención de muerte), cuenta con un número de factores de riesgo descrito ampliamente en la literatura científica y entre los cuales se pueden mencionar los siguientes: (Tabla 3)

¹⁹ Andrewes, H. E., Hulbert, C., Cotton, S. M., Betts, J., & Chanen, A. M. (2018). Patterns of non-suicidal self-injury and their relationship with suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Archives of suicide research*, 22(3), 465-478.

²⁰ Vieira, A. I., Machado, B. C., Machado, P. P., Brandão, I., Roma-Torres, A., & Gonçalves, S. (2017). Putative risk factors for non-suicidal self-injury in eating disorders. *European eating disorders review*, 25(6), 544-550.

²¹ Eliseo-Arras, R. K. (2018). Addiction and Self-Injury. In *New Directions in Treatment, Education, and Outreach for Mental Health and Addiction* (pp.81-101). Springer, Cham

Tabla 3. Factores de riesgo asociados a la conducta autolesiva con intención suicida

Factores de riesgo asociados a la conducta autolesiva con intención suicida ^{22, 23, 24, 25, 26, 27}
- Factores sociodemográficos como: Edad, sexo, estado civil, nivel educativo (ver epidemiología)
- Presencia de enfermedades y trastornos mentales
- Enfermedad física grave, con dolor o discapacidad
- Intentos previos de suicidio o bien ideación suicida
- Situaciones de duelo no superado
- Historial familiar con suicidio
- Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas
- Deficiente apoyo sociofamiliar
- Historia de situaciones traumáticas, violencia o abuso
- Fácil acceso a armas, medicamentos, tóxicos u otros medios de lesión
- Sentimientos de desesperanza, soledad y desesperación constantes, aislamiento social

El nivel de riesgo de conducta autolesiva con intento suicida aumentará de acuerdo con el número de factores de riesgo presentes de manera simultánea.

De acuerdo con el boletín publicado por el Ministerio de Salud (2108)²⁸, los factores las siguientes características sociodemográficas muestran mayor prevalencia en los casos de suicidio: ser mayor de quince años, de sexo masculino, vivir en área rural, vivir en los departamentos de la zona oriental (Vaupés y Arauca), central o pacífica (datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, tomo I) y para el caso de los adolescentes se mencionan los

²² Cortés Alfaro, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 132-139.

²³ Pinzón, M. A. V., Moñetón, M. J. B., & Alarcón, L. L. A. (2014). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis psicológica*, 8(1).

²⁴ Salazar, J. A. A., Gallo, V. A. P., & Saavedra, L. M. G. (2017). Relación entre riesgo suicida y estilos de crianza en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 8(1), 80-98.

²⁵ Cárdenas, A. M., Sábado, R. I. G., Remón, R. C. I., Osorio, C. M., & Rodríguez, M. C. (2017). Actitud de riesgo suicida y funcionamiento familiar en adolescentes con antecedentes de intento. *Manzanillo. MULTIMED Revista Médica Granma*, 16(2).

²⁶ García-Alandete, J., Francisco Gallego-Pérez, J. O. S. É., & Pérez-Delgado, E. (2009).

Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2).

²⁷ Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A., & Borges, G. (2013). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol.

²⁸ Ministerio de Salud, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles (2018). Boletín de salud mental Conducta suicida. Bogotá (D.C.), agosto de 2018. Actualización. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

antecedentes familiares tales como trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas e incluso el divorcio de los padres. Otros factores de importancia son el haber sufrido maltrato infantil, la violencia intrafamiliar, dificultades disciplinarias, rupturas amorosas y pérdida de seres queridos, problemas escolares y falta de actividades para ocupar el tiempo libre.

Según las estadísticas del DANE, citadas por el Ministerio de Salud²⁹, el suicidio es más frecuente en hombres, e incluso se los casos se estiman 3 a 4 veces más altos que en las mujeres. Además, son más frecuentes entre los 20 y 24 años y en personas solteras.

Es de gran relevancia que, al evaluar el riesgo de las conductas autolesivas también se tengan en cuenta la presencia de factores protectores, es de decir, aquellos que al estar presentes pueden amortiguar las consecuencias de situaciones aversivas y dañinas para las personas³⁰, entre los cuales se pueden mencionar:

- Adecuada capacidad de solución de problemas.
- Estrategias de afrontamiento positivas.
- Sentimientos de pertenencia.
- Buena autoestima.
- Apropiado establecimiento de relaciones interpersonales.
- Sentirse satisfecho/a con la vida, tener buen apoyo social.

Lo ideal es lograr que los factores protectores sean mayores que los de riesgo, o que los sean mucho más intensos y con mayor impacto en la persona que los primeros.

Los signos de alarma más frecuentes en los casos de la presencia de conductas autolesivas son:

- Desesperanza.
- Sentirse atrapado, sin salida.
- No encontrar razones para vivir.
- Comportamiento o juicio deteriorado.
- Aumento del consumo de alcohol u otras drogas.
- Alejarse de la familia o de amigos.
- Terminación de relaciones sentimentales.
- Situaciones de estrés previos y presencia de factores de riesgo.

2.5 Epidemiología

Dado que la conducta autolesiva tiene como característica el no permitir ser vista ni reportada, pues dicho comportamiento no es aprobado socialmente y el estigma es fácilmente impuesto, los reportes de las auto lesiones no son de fácil

²⁹ Ministerio de Salud. Conversatorio “Suicidio en Colombia”, abril 2019.

³⁰ Organización Panamericana de la salud & Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Washington, DC: OPS.

adquisición. Los datos pueden ser recopilados de los historiales médicos, bien por ser facilitados por el propio individuo o porque son detectados por los profesionales de la salud, al igual que por el registro de los comportamientos asociados a las autolesiones, como el comportamiento suicida.

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud y su enlace de tratamiento de las lesiones autoinfligidas³¹, el suicidio fue la segunda causa de mortalidad en el mundo para el año 2016 en el grupo poblacional de 15 a 29 años, se estima que cerca de 800.000 personas se suicidan cada año en el mundo. En las Américas, la cifra ronda las 65.000 personas con un grupo poblacional de 45 a 49 años y otro grupo específico mayor de 70 años. Los intentos suicidas contemplan una proporción de 1 por 20, es decir por cada suicidio consumado, se cuentan 20 intentos por acabar con la vida.

Autores como Fox, Stallard y Cooney (2015)³² aseguran que, en la literatura, las autolesiones sin fines suicidas son más comunes en edades comprendidas entre 15 y 21 años, sin embargo, hacen un llamado de atención para que los profesionales de la atención primaria valoren la presencia de este tipo de daños en menores de 11 a 14 años y para que se genere un trabajo preventivo importante. Específicamente las autolesiones con intención suicida cumplen unas edades de riesgo promedio que se han concentrado en grupos poblacionales mundiales entre 15 a 34 años, sin embargo, en las personas mayores de 70 años en Colombia y otros países han incrementado las cifras de suicidio en los últimos 3 años.

La presencia de conductas autolesivas en los jóvenes ha resaltado la estrecha relación con las tribus urbanas, los autores consideran que la pertenencia en dichos grupos permite un espacio donde el daño hacia a sí mismo constituye una expresión de la ideología de la subcultura, permitiendo que las marcas corporales sean una muestra más de identidad como la vestimenta o la música, y no una conducta señalada y perturbadora^{33, 34}.

Al cierre del año 2016 el comportamiento de los suicidios fue más alto en dos grupos etarios: entre los 20 y 24 años y entre los 25 y 29 años (270 y 228 casos respectivamente) en los hombres; mientras que en las mujeres los mayores reportes correspondieron a personas entre los 15 y 17 años, seguido de los 20 a 24 años (71 y 57 casos respectivamente). El mecanismo de asfixia fue el más común (61,52 %), seguido por tóxicos (19,35 %) y arma de fuego (11,52 %). Las razones más frecuentemente reportadas fueron las enfermedades físicas y mentales y el conflicto de pareja o expareja. En el 72,13% de las víctimas el suicidio ocurrió en la vivienda (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)³⁵.

³¹ http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/es/

³² Fox, F., Stallard, P., & Cooney, G. (2015). GPs role identifying young people who self-harm: a mixed methods study. *Family practice*, 32(4), 415-419.

³³ Torrado, P. V. (2017). Autolesiones y marcas corporales: del conflicto intrapsíquico a las tribus urbanas en la adolescencia. *O DANO*, 29

³⁴ Garcés Raga, I. (2015). Sintomatología depresiva, conductas autolesivas y rasgos de la personalidad límite en la tribu urbana Emo (Tesis de posgrado). Universidad Pontificia Comillas. España.

³⁵ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. (2017). Datos para la vida República de Colombia. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>

Así mismo, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses³⁶ reportó 2.571 casos de suicidio para el año 2017, cifra que muestra un incremento de 11,3% aproximadamente en la tasa respecto del año anterior. Esta tasa, sin embargo, sigue siendo una de las más bajas de la región de las Américas, aunque se observa una tendencia hacia el incremento, pasando de 0,9 por 100.000 habitantes en 2009 a 36,08 por 100.000 habitantes en 2016. Para 2017 se reportó una tasa preliminar de 52,4, aumento que puede estar explicado porque a partir de 2016 mejoró el sistema de reporte en el SIVIGILA (Sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida)³⁷.

Las estadísticas vitales del DANE³⁸ refieren que, al cierre del año 2017, el suicidio fue la tercera causa en términos porcentuales (9,5%) de muerte por causas externas después de las agresiones (42,2%) y los accidentes de tránsito (25,2%). El grupo etario más afectado fue el correspondiente a 20 a 34 años, y mayores de 75, hombres, campesinos y/o trabajadores del campo. La enfermedad física o mental fue el mayor detonante para el suicidio, así como los conflictos de pareja o expareja y las rupturas sentimentales entre los adultos. Las personas solteras y con nivel educativo que no supera el bachillerato fueron la población más afectada para Colombia.

En resumen, el suicidio es 3 o 4 veces más frecuente en hombres, ocurre principalmente en entre los 20 y 24 años, y en personas solteras³⁹.

Respecto de los intentos de suicidio en Colombia, se reportaron 25.835 casos, con una tasa de 52,4 por 100.000. El 62,8% de los casos fueron del sexo femenino y 37,2% del masculino, el 29,7% ocurrió en edades comprendidas entre 15 y 19 años, seguido del grupo de 20 a 24 años (19,5%). Las tasas más altas de intento de suicidio las tuvieron Vaupés, Putumayo, Caldas, Huila y Arauca. El 2,7% de los casos ocurrió en población indígena, el 3,7% afrodescendientes, el 0,5% como ROM (gitanos), 0,1% se reconocen como raizales, el 0,1% palenqueros y el resto (93,5%) se clasificó como otros. Los trastornos psiquiátricos mayormente relacionados con el intento de suicidio fueron: el trastorno depresivo, otros trastornos afectivos y el abuso de sustancias psicoactivas (SPA) (Ministerio de Salud, 2018. Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro Individuales de Prestación de Servicios, RIPS, consulta realizada en septiembre 5 de 2018)⁴⁰

³⁶ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017). Forensis datos para la vida. Disponible <https://www.medicinalegal.gov.co>

³⁷ Ministerio de Salud, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles (2018). Boletín de salud mental Conducta suicida. Bogotá (D.C.), agosto de 2018. Actualización. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

³⁸ DANE dirección de censos y demografía estadísticas vitales – EEVV. Cifras definitivas año 2017. 21 diciembre de 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2017.pdf>

³⁹ Ministerio de Salud. Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles (2018). Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021 Bogotá, octubre de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/concertacion-intersectorial-plan-conducta-suicida-2017-2021.pdf>

⁴⁰ Ministerio de Salud. Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles (2018). Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021

2.6 Conductas autolesivas en el sitio de trabajo

En la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 se describe el comportamiento suicida con presencia de trastornos mentales en el grupo de población encuestada en edad de trabajar. La depresión (depresión mayor, depresión menor y distimia) fue el trastorno más prevalente en los últimos 12 meses en el grupo de 18 a 44 años. Existe una dificultad en acceder al registro de la conducta autolesiva sin intención suicida también en el contexto laboral, pues el empleado puede considerar que la evidencia visible de las lesiones o cicatrices, podrían ser causal de estigmatización, exclusión o despido.

De acuerdo con la OMS (2007) “los trabajadores constituyen la mitad de la población del mundo y son los máximos contribuyentes al desarrollo económico y social. Su salud no está condicionada sólo por los peligros en el lugar de trabajo, sino también por factores sociales e individuales y por el acceso a los servicios de salud”(p.5).⁴¹

Doran, Ling, Gullestrup, Swannell & Milner (2015), resaltan como la prevención del suicidio no ha sido manejada adecuadamente en la sociedad y tampoco en la fuerza laboral, probablemente por no ser considerado un problema de trascendencia o bien por el tabú para hablar del tema de manera abierta. De igual forma aseguran que la Organización Mundial de la Salud ha estimado que por cada empleado que muere a causa del suicidio, alrededor de 10 o 20 realizarán un intento.

La Organización Internacional del Trabajo (2016) resalta el interés por los casos de conducta autolesiva con intención suicida en el contexto laboral, y aunque sigue siendo un tema poco preciso, la OIT afirma que crece la evidencia que relaciona algunos casos de suicidio con características laborales, especialmente con situaciones que incrementan los riesgos psicosociales como: conflictos con los compañeros o jefes, pobre apoyo social, demandas psicológicas altas y largas horas en el trabajo.

Si bien es cierto que algunos factores como presiones en tareas de la vida cotidiana, demandas sociales no deseadas, rasgos de personalidad perfeccionista, etc., se cuentan como generadores de riesgo de la conducta autolesiva sin intención suicida, también podría suponerse que derivarán en algunos casos de lesiones que no terminan en la muerte autoprovocada, pero si en la búsqueda de alivio emocional a través de infligir el propio cuerpo. Esta perspectiva ha permitido que en numerosas legislaciones ya se incluyan los desórdenes mentales en las listas de enfermedades ocupacionales⁴².

Bogotá, octubre de 2018. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/concertacion-intersectorial-plan-conducta-suicida-2017-2021.pdf>

⁴¹ Organización Mundial de la salud (2007). Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. 60ava asamblea mundial de la salud. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf

⁴² Organización Internacional del Trabajo (2016). Estrés en el trabajo: un reto colectivo, 978-92-2-330641-0 (print). Ginebra.

2.7 Prevención de la conducta autolesiva y el autocuidado

La Organización Mundial de la Salud implementa la Atención Primaria en Salud en el año 1978 abogando por un nuevo sistema más incluyente y cercano que brinde beneficios a la comunidad con acciones urgentes por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos.

En este contexto, la Ley 1438 de 2011 de Colombia, privilegia la prevención por encima de la curación, la participación comunitaria, las redes integradas de los servicios de salud y capacitación en las actividades de prevención y promoción, entre otros. La Ley establece que la atención primaria en salud se acogerá como la estrategia que comprende un conjunto de procedimientos y servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como la protección de grupos poblacionales específicos y el abordaje de problemas de salud de cada persona, sus familias, la comunidad y el medio ambiente.

En este caso, el énfasis en la promoción de la salud asume el aporte del trabajo unificado de distintos sectores que propenden por mejorar las condiciones individuales y comunitarias y cuyo fin es fortalecer el bienestar en todas las dimensiones. En el contexto de las conductas autolesivas, la promoción de la salud permite generar un ambiente beneficioso, fortaleciendo la presencia de factores protectores y la disminución de conductas no saludables a través del fomento de estilos de vida y entornos positivos, es decir de la búsqueda activa de las personas y su autocuidado, en equilibrio con su contexto.

La promoción de la salud en el lugar de trabajo tiene potencial para mejorar la vida laboral y, como tal, es un componente vital del incremento de la productividad y del desempeño en el lugar de trabajo. Integrar la promoción de la salud a las políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) beneficia tanto a los trabajadores y sus familias, como a los empleadores, así como a la reducción de la presión sobre los sistemas de salud. Integrar medidas de promoción de la salud en los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo fortalece las prácticas de salud en el trabajo, contribuyendo al desarrollo de una cultura de la prevención.⁴³

Los programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo (PSLT) son una estrategia delineada por la Organización Panamericana de la Salud⁴⁴ que considera el bienestar del trabajador como el resultado de las acciones individuales y organizacionales que permiten incrementar la calidad de vida de los empleados y la productividad. Los objetivos del programa pueden lograrse con el énfasis en el diseño de políticas públicas para, y en las empresas; el favorecimiento de ambientes laborales óptimos, la participación de la comunidad trabajadora, la gestión en salud, el autocuidado y la seguridad, e incluso, la integración de la salud y la seguridad en el trabajo con otros servicios de salud.

⁴³ Forastieri, V. Guía del Formador SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2012.

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud (2000). Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo N° 6-Documento de Trabajo. Ginebra.

La prevención de las conductas autolesivas y la promoción de abordajes que desarrollen una visión del individuo en favor de su bienestar se ha abordado por el enfoque psicológico cognitivo-conductual con grandes resultados. Esta aproximación ha sido uno de los modelos más eficaces para el control de la conducta autolesiva dado que considera que éstas se determinan por factores extremos (estrés, demandas emocionales desbordantes, etc.), influyendo la forma en que la persona procesa las cogniciones (pensamientos, procesamientos y herramientas mentales), lo que centra las intervenciones en la modificación de conductas que no son funcionales ni adaptativas. Este proceso, además, es mediado por aspectos emocionales que se pueden aprender a manejar a lo largo de un entrenamiento y a través de técnicas que implican manejo de contingencias, autocontrol, asertividad, reestructuración cognitiva y resolución de problemas, entre otros.

En Colombia, el Ministerio de Salud publicó a fines del 2018 un documento preliminar del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021, que da luces respecto de la prevención y cuyo contenido principal es el siguiente⁴⁵:

El objetivo es “definir un marco de acción intersectorial que oriente las intervenciones del Estado y la sociedad en su conjunto a nivel nacional y territorial para la prevención y atención integral de la conducta suicida en Colombia, para el periodo comprendido entre los años 2018 a 2021”.

Los objetivos específicos giran alrededor de tres ejes fundamentales:

(i) El fortalecimiento de la articulación intersectorial y la prestación de servicios de salud:

- “Fortalecer la articulación intersectorial de las acciones orientadas al mejoramiento y mantenimiento de las capacidades de afrontamiento ante estresores vitales y del disfrute de la vida de los individuos y las familias”.
- “Mejorar el acceso oportuno y efectivo a servicios integrales de atención en salud mental a personas con riesgo o antecedente de conducta suicida”.

(ii) Actuación con la comunidad:

- “Liderar procesos de sensibilización y educación a la comunidad y de organización social en torno a las necesidades de los individuos y familias afectadas por la conducta suicida”.

(iii) Fortalecer el desarrollo técnico y del conocimiento:

- “Apoyar técnicamente al talento humano de los actores institucionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de otros sectores para la optimización de las acciones que ejecutan en el campo de la salud mental en los diferentes entornos donde transcurre la vida de las personas”.
- “Fortalecer los procesos de gestión del conocimiento en el campo salud mental que permita optimizar la toma de decisiones y las políticas públicas para la prevención y atención de la conducta suicida en el país y los

⁴⁵ Ministerio de Salud. Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles. (2018). Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021. Bogotá, octubre de 2018. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/concertacion-intersectorial-plan-conducta-suicida-2017-2021.pdf>

La metodología propuesta para la formulación del plan es la sala situacional⁴⁶ que se centrará en recoger y analizar la información relacionada con los determinantes estructurales de la conducta suicida, en particular: factores protectores y factores de riesgo, problemas de salud y respuesta social e institucional.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido tres grandes estrategias de carácter multisectorial e integradas entre los diferentes sectores de la sociedad (educación, justicia, trabajo, comunicación, familia, y otros) para intervenir los factores de riesgo de la conducta suicida⁴⁷:

- Acciones universales orientadas a toda la población con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud, a las acciones de promoción de la salud mental y de estilos de vida saludables, con énfasis en la reducción del consumo de alcohol, la restricción al acceso a los medios para suicidarse y el trabajo articulado con los medios de comunicación.
- Las estrategias de prevención selectivas orientadas a poblaciones vulnerables, tales como personas expuestas a violencia o desastres, mediante el uso de medios como las líneas telefónicas de apoyo.
- Las estrategias indicadas, dirigidas a grupos específicos de población que tienen alto riesgo porque presentan problemas y trastornos mentales o antecedentes de conducta suicida u otros factores de riesgo, casos en los cuales deberán aprovecharse medios como el apoyo comunitario, la capacitación del recurso humano en salud, la detección temprana de los trastornos mentales y de consumo de sustancias psicoactivas.

La evaluación y el manejo de los trastornos mentales es también una acción que OMS recomienda, por ejemplo, el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP), en el que se identifican estrategias aplicables a nivel individual basadas en la evidencia, útiles incluso para la evaluación y el manejo de quienes intentaron el suicidio⁴⁸. Este programa reitera la restricción al acceso de medios para suicidarse, el establecimiento de políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol mediante una variedad de opciones normativas y la responsabilidad de los medios de difusión para informar sobre suicidios.

⁴⁶ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la sala situacional como: “Aquellos espacios virtuales o físicos de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, llevar a cabo análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas” (citado por Ministerio de Salud: Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021).

⁴⁷ Organización Panamericana de la Salud. (2014) Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS.

⁴⁸ El Programa mhGAP aborda la identificación y manejo de trastornos prioritarios como: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, lesiones autoinfligidas / suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Guía de Intervención mhGAP. Para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, Versión 2.0. Ginebra, 2017.

Las siguientes diez acciones muestran evidencia sobre su utilidad en la prevención del suicidio (Fuente: Ministerio de Salud, Conversatorio sobre salud mental, abril 2019, Bogotá)

- a. Estrategias promocionales tales como: Entrenamiento en habilidades para la vida
- b. Fortalecimiento del involucramiento Parental: Estrategia Familias Fuertes.
- c. Detección temprana, Primeros auxilios psicológicos, intervención motivacional breve y canalización en los entornos.
- d. Tamizajes en los entornos.
- e. Grupos de apoyo para sobrevivientes.
- f. Líneas de orientación y atención en salud mental.
- g. Jornadas de atención extramural en salud mental.
- h. Formación en MhGAP.
- i. Estrategia de comunicación sobre habilidades de afrontamiento ¿qué hacer? ¿a dónde acudir?
- j. Talleres de información sobre suicidio a medios de comunicación

El marco de referencia sobre prevención de la conducta suicida concluye con el anexo 1 que contiene un breve recorrido por el desarrollo normativo que sustenta la guía de prevención y manejo de conductas autolesivas, el cual deberá ser tomado en cuenta teniendo claridad de las actualizaciones que se presenten posteriores a la fecha de publicación de la presente guía.

3. GUÍA DE ACTUACIÓN PARA PREVENIR Y MANEJAR LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN EL TRABAJO

3.1 Alcance de la guía

La guía constituye una pauta para orientar la prevención y la atención de la conducta autolesiva en el entorno laboral, específicamente a través de actividades de prevención y promoción, así como de orientación de trabajadores con esta problemática en el trabajo.

La guía parte de resaltar la eficacia de la promoción y la prevención en el sitio de trabajo mediante la educación y el manejo temprano de la presencia de conductas autolesivas. De encontrarse casos con alto riesgo de conducta autolesiva y con intención suicida, la organización deberá hacer la derivación a los servicios de salud especializados para la atención y seguimiento respectivo, donde harán la evaluación del caso y establecerán si la conducta autolesiva se encuentra presente, su tipología dentro de un sistema de diagnóstico y las variables que puedan derivar de manera más clara y precisa en unos objetivos de tratamiento eficientes.

3.2 Población usuaria de la guía

La guía de actuación para prevenir y manejar las conductas autolesivas en entornos laborales está diseñada para ser aplicada por las áreas de gestión del Talento Humano y Seguridad y Salud en el Trabajo, al igual que por los jefes y líderes de la organización pertenecientes a divisiones encargadas del manejo de casos, así como a los profesionales de la salud y los asesores en prevención y promoción.

La población objeto de esta guía son los empleadores y compañeros de un trabajador que presenta riesgo de conducta autoinfligida con y sin intención suicida, así como el trabajador mismo.

3.3 Objetivos

Objetivo general:

Orientar a la empresa y a los trabajadores sobre la importancia de intervenir oportuna y eficazmente las consecuencias que pueden suceder ante la presencia de conductas potencialmente autolesivas en un trabajador y los mecanismos de respuesta en el entorno laboral, así como sobre las estrategias para promover la salud mental en el trabajo.

Objetivos específicos:

- Incrementar la detección precoz de signos en trabajadores que realizan conductas autolesivas.
- Ofrecer herramientas para identificar las conductas autolesivas de los trabajadores.
- Guiar actividades de prevención y atención de casos de conducta autolesiva en el trabajo.

3.4 Proceso de la intervención psicosocial

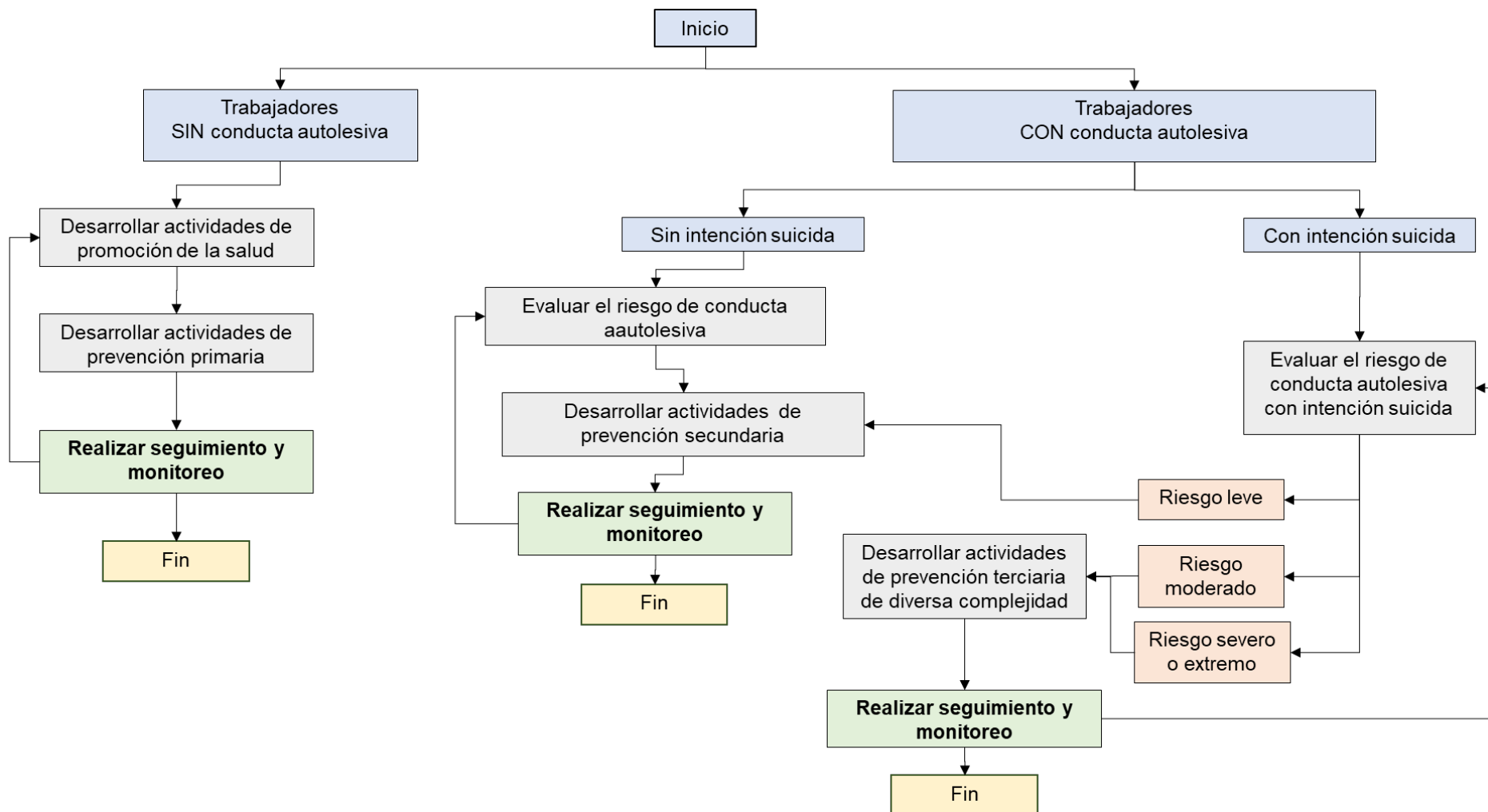
La Organización Mundial de la Salud (2006),⁴⁹ sugiere desarrollar acciones conjuntas para dar paso a una fuerza laboral mentalmente saludable, las cuales inician con la invitación a los directivos a aceptar la existencia de la problemática para enfrentarla en el marco de la legislación vigente y en segundo lugar invita al desarrollo de políticas, guías y programas de prevención y promoción, así como a la gestión de las mejoras necesarias al interior de los entornos laborales para ofrecer condiciones de trabajo saludables. El control de las fuentes de estrés laboral y la formación continua tanto a trabajadores como a directivos en lo que respecta a la repercusión de la salud mental, son solo ejemplos de pasos importantes para actuar.

⁴⁹ Organización Mundial de la Salud (2006). Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra.

Esta guía tiene en cuenta que, tanto la evaluación de un caso de conducta autolesiva, como el proceso de apoyo, suponen la consideración de gran diversidad de variables que deberán tenerse en cuenta frente a la promoción de ambientes laborales saludables y a la prevención de efectos adversos en salud. Por lo tanto, se sugieren acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, las cuales se describen a continuación.

En primer lugar, se presenta el flujograma de la intervención y posteriormente se desglosa (figura 3).

Figura 3. Flujograma de la guía de prevención de la conducta autolesiva en el trabajo



3.4.1 Acciones de prevención primaria

Las actividades de prevención primaria fortalecen habilidades básicas, generan conciencia y mejoran la información sobre las conductas autolesivas e incrementan el reconocimiento de los factores de riesgo y la búsqueda de ayuda, con lo que se reduce el estigma y se derroca el mito de la imposibilidad de prevenir el suicidio.

La promoción de la salud frente a la conducta autolesiva en el trabajo considera como principal objetivo la mejora de la salud del trabajador y por ello la actuación se orienta en cuatro direcciones cuyos beneficios redundan tanto en la productividad, como en la salud mental de cada colaborador:

- (i) La promoción de la salud que tiene por objetivo conservar el bienestar de las personas a través de la psicoeducación, la instauración de estilos de vida saludables y la identificación y control de factores de riesgo asociados.
- (ii) El fomento de los factores psicosociales protectores.
- (iii) El mejoramiento de las condiciones de trabajo
- (iv) El fomento del autocontrol de los individuos sobre su propio bienestar.

La psicoeducación^{50,51} considera la formación del sujeto e integra la participación familiar mediante acciones educativas para ampliar la comprensión teórica y práctica acerca de la enfermedad, permite a las personas profundizar en información y explicación de las posibles razones de su actuar, identificando los factores que conllevan a dicha conducta y su posible solución y facilita el conocimiento del contexto antes de que las conductas autolesivas se presenten. Además de su aplicación en el campo de la prevención primaria, la psicoeducación favorece el uso de recursos y habilidades para enfrentar una alteración de la conducta, y también permite eliminar prejuicios, facilita la adherencia al tratamiento, reduce las recaídas y mitiga la carga emocional. Algunas formas de psicoeducación se centran en cambios de la conducta, por ejemplo, mediante el manejo de síntomas y la identificación de aspectos desencadenantes de recaídas.

Algunas técnicas que se pueden utilizar con los trabajadores en función de hacer prevención primaria son:

- a) Talleres de sensibilización y concientización sobre la importancia de la salud mental.
- b) Entrenamiento en resolución de problemas, comunicación asertiva y manejo de emociones. El anexo 2 incluye algunas orientaciones sobre los conceptos que se deben socializar en los procesos de formación de los trabajadores en relación con la temática de las emociones.
- c) Apoyo psicosocial.

⁵⁰ Término usado desde hace más de un siglo por Donley. Donley, J. E. (1911). Psychotherapy and re-education. *The Journal of Abnormal Psychology*, 6(1), 1.

⁵¹ Anderson, C. M., Reiss, D., & Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeducación*. Amorrortu Editores.

- d) Educación sobre prácticas de autocuidado.
- e) Asesoría para el manejo de los factores de riesgo.
- f) Desarrollo de habilidades para la vida (ver Guía SURA)
- g) Detección temprana y apoyo mediante primeros auxilios psicológicos (ver guía SURA), intervención motivacional breve⁵² y canalización en el entorno de trabajo.

A nivel de la organización del trabajo es esencial que las actividades se dirijan a promover los estilos de vida saludables, al fomento de las redes sociales y el apoyo social en el trabajo, así como al control de los factores de riesgo psicosocial que pueden incrementar de forma significativa las respuestas de estrés.

3.4.2 Acciones de prevención secundaria

Una vez se identifica la posible presencia de conducta autolesiva en un trabajador, las acciones de prevención secundaria se orientan a limitar el daño a través de una evaluación oportuna, el control de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los protectores en el entorno de trabajo.

Dado que se interviene a población trabajadora en riesgo por la presencia de conductas autolesivas sin intención suicida, deben implementarse actividades tales como el apoyo psicosocial, la eliminación de los medios de autolesión (de ser posible), la consulta con profesional especialista o el ingreso a talleres para el manejo de situaciones personales que requieren fortalecimiento. En todos los casos, el seguimiento es fundamental para evitar que se incrementen las exposiciones o las conductas adversas.

El fortalecimiento del apoyo social es uno de los ejes centrales en esta etapa. En el caso del daño ejercido contra sí mismo con intención de morir, la prevención secundaria se dirigirá a la realización de un tamizaje que permita conocer el nivel de riesgo existente para el trabajador y la derivación a servicios de salud.

Algunas actividades de prevención secundaria que se sugieren son:

a) Detección de signos y síntomas de la conducta autolesiva:

La conducta autolesiva se da generalmente en un contexto privado, por lo que definir si una persona efectúa algún tipo de daño contra sí mismo no es una labor sencilla, sin embargo, se han descrito en la literatura algunas señales que pueden indicar la presencia de la conducta autolesiva en las personas, por ejemplo:

⁵² La intervención motivacional “es una metodología sistemática dirigida a la modificación de los factores subyacentes al proceso motivacional, con el fin de fomentar el afrontamiento emocional y el afrontamiento instrumental requerido para la realización de acciones que resuelvan alguna necesidad relevante para la persona” Fuente: Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H., & Rojas-Russell, M. E. (2014). Intervención motivacional en psicología de la salud: revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución y estado actual. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8(2).

- Lesiones frecuentes que son inexplicables.
- Utilización de vestimenta que cubre gran porción del cuerpo y que resulta inapropiada para el clima.
- Inadecuado funcionamiento en el trabajo o el hogar (ej. dificultad para concentrarse).
- Ausencias frecuentes.
- Problemas con la elaboración y manejo de sentimientos y dificultad para controlar impulsos.
- Alejamiento de actividades a las que solía asistir previamente.
- Aislamiento social.
- Sentimientos de ansiedad, depresión y/o desesperación.
- Baja autoestima.
- Uso de sustancias psicoactivas.

Ahora bien, la conducta autolesiva con intención suicida involucra la mayoría de las anteriormente mencionadas y se le suman:

- Involucrarse en conductas que son riesgosas.
- Verbalizaciones acerca de la muerte o escritos sobre este tema.
- Pensamientos intrusivos sobre la muerte.
- Existencia de un posible plan de muerte.
- Insomnio o hipersomnia.
- Cambios extremos en el estado de ánimo.

b) Evaluación del riesgo:

La evaluación de la conducta autolesiva sin fines suicidas cuenta con un número limitado de instrumentos para valorar su presencia. Por ejemplo, Self-Harm Questionnaire⁵³ con versión en español conocido como el cuestionario de conductas autolesivas en español (SHQ-E), evalúa de forma rápida y precisa la conducta autolesiva sin fines suicidas. Dicha evaluación deberá ser hecha por un profesional de la psicología o la psiquiatría en un contexto clínico, por lo que no se recomienda que sea parte de las acciones del empleador. Cabe precisar que el cuestionario es de utilidad para recabar información, y no para establecer gradientes de severidad, por los que los resultados siempre deberán ser confrontados con los hallazgos clínicos.

c) Acciones de formación y acompañamiento:

Otras actividades de la prevención secundaria pueden estar encaminadas a entrenar personal clave en la empresa (directivos encargados de programas de prevención y promoción) y a dar apoyo emocional a los compañeros que han detectado la presencia de signos de conducta autolesiva en otros trabajadores

⁵³ Ougrin D, Boege I. Brief report: the Self Harm Questionnaire: a new tool designed to improve identification of self harm in adolescents. J Adolesc. 2013 feb;36(1):221-225

La creación y fortalecimiento de espacios de comunicación en la empresa para apoyo psicosocial, es también de gran importancia.

En el anexo 3 se aporta información que favorece la intervención secundaria mediante psicoeducación para el manejo de conductas autolesivas en el trabajo.

3.4.3 Acciones de prevención terciaria

La población trabajadora en riesgo importante de tener conductas autolesivas requiere de intervenciones especializadas y habitualmente externas a la organización; sin embargo, se necesita que un representante autorizado de la empresa mantenga frecuente comunicación entre el trabajador y su grupo familiar, así como con el profesional del servicio de salud (previa autorización del trabajador), con la orientación de la ARL si fuera pertinente.

Para definir la necesidad de una intervención terciaria se parte por evaluar el riesgo suicida, es decir, la posibilidad de una persona de matarse, evento que podría pronosticarse teniendo en cuenta los factores de riesgo presentes. Predecir con exactitud si una persona cometerá el suicidio es complejo, por lo que existen algunos instrumentos que pueden contribuir a un mayor acierto, entre ellos la entrevista neuropsiquiátrica internacional.⁵⁴

Avanzando con la detección del riesgo, autores como Bryan & Rudd (2006)⁵⁵ propusieron un esquema de valoración fundamentado en los factores presentes, para que las decisiones clínicas y de intervención sean más eficientes. Los autores retomaron los planteamientos de instrumentos anteriores para fijar cuatro categorías de riesgo. Esta evaluación profundiza en los factores estipulados en encuestas breves como la entrevista neuropsiquiátrica internacional (M.I.N.I.) y amplía la información sobre la presencia de habilidades como el autocontrol y factores protectores.

Con el fin de conocer las líneas de asistencia en salud para urgencias con salud mental, se incluye un anexo con el directorio publicado por el Ministerio de Salud, sin embargo, se recomienda verificar la existencia de futuras actualizaciones.

Una vez evaluado el riesgo de conducta suicida se procede con la intervención más pertinente. Algunos ejemplos de intervención terciaria son:

a) Atención sanitaria especializada:

Los casos que se encuentran en riesgo moderado o severo porque el individuo considera planes suicidas, derivarán en intervenciones terapéuticas especializadas con remisión a servicios externos que pueden requerir incluso hospitalización.

⁵⁴ Lecrubier, Y. (1998). Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). *Versión de la CIE-10*, 12.

⁵⁵ Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 185-200

b) Reincorporación al trabajo:

Una vez el trabajador está listo para retornar al trabajo de debe activar el plan para la reincorporación, propiciando condiciones óptimas que hagan de su retorno un proceso que facilite su funcionalidad laboral y el manejo eficaz de los estigmas de compañeros y jefes.

La asistencia integral estará guiada por las recomendaciones médicas de la persona en tratamiento y el protocolo que la organización establezca para la reincorporación. Puede ser de gran utilidad consultar y aplicar la Guía para la reincorporación de trabajadores con trastorno mental” de SURA, así como las orientaciones que aporta la “Guía para la implementación del programa de vigilancia epidemiológica para el control de los factores de riesgo psicosocial y la prevención de las enfermedades relacionadas” (PVE-FRP) también publicada por SURA. De otra parte, el modelo SURA de Reincorporación Socio Laboral Basada en la Rehabilitación Integral, amplía con detalle las fases, roles, y procedimiento de rehabilitación y reincorporación al trabajo.

En el anexo 4 se presentan unas pautas para el desarrollo de intervenciones con trabajadores y familiares luego de una autolesión con intento suicida.

c) Asistencia en crisis:

En caso de haberse consumado un suicidio o una lesión incapacitante, los encargados de salud y seguridad de la empresa ofrecerán a los empleados el apoyo emocional necesario para atención en crisis, con el fin de controlar la ansiedad y los posibles, síntomas de depresión en sus compañeros.

El anexo 5 denominado “Luego de un suicidio en la organización contiene recomendaciones para propiciar un ambiente sano después de ocurrido un suicidio en el trabajo.

3.4.4 Seguimiento y monitoreo

El seguimiento del proceso de prevención de la conducta autolesiva implica de una parte el monitoreo de la efectividad de las acciones de intervención, sea que se trate de promoción de la salud o de prevención primaria, secundaria o terciaria; para ello deberán estimarse los efectos mediante la verificación del logro de los objetivos propuestos, aspecto que se puede estimar mediante cambios en la conducta de entrada que dio lugar a la intervención.

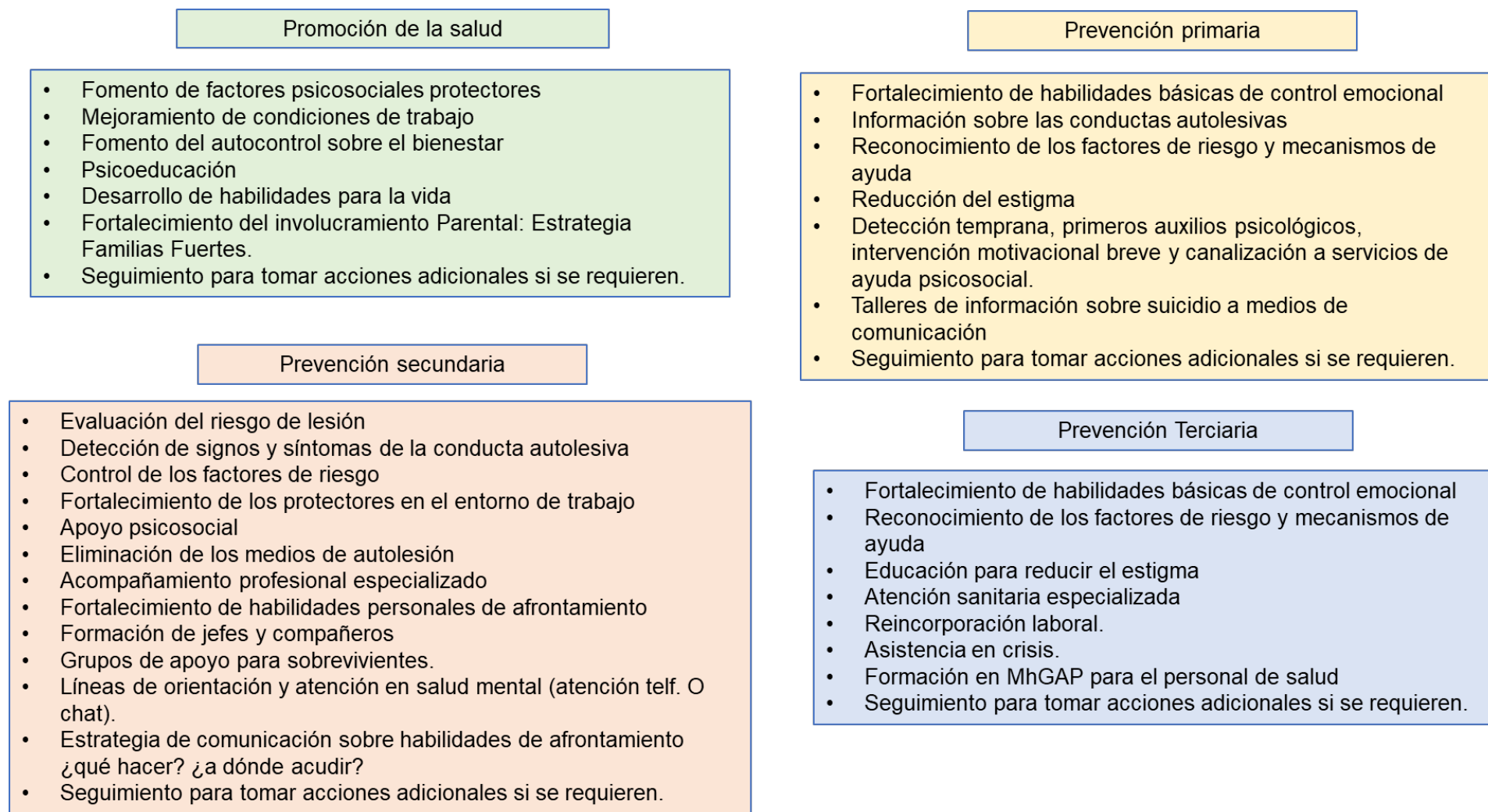
En segundo lugar, el monitoreo de los casos en riesgo de conductas autolesivas implica un trabajo de acompañamiento y verificación de que las situaciones que precipitaron la crisis se encuentran bajo control, para de esta manera orientar el caso a acciones de intervención de nivel previo, por ejemplo, si se ha hecho intervención terciaria y el riesgo de suicidio se ha superado, se deben aplicar acciones de nivel secundario y luego de nivel primario. En todos los eventos

deberá considerarse que el plan de intervención esté ajustado a las necesidades particulares.

Finalmente, los casos con riesgo de conductas autolesivas deberán formar parte de la población bajo vigilancia epidemiológica de factores psicosociales, por cumplir los criterios de inclusión. Se recomienda revisar la Guía para la implementación del programa de vigilancia epidemiológica para el control de los factores de riesgo psicosocial y la prevención de las enfermedades relacionadas” (PVE-FRP).

La figura 5 presenta un resumen con las acciones de promoción y prevención de la conducta autolesiva

Figura 4. Acciones de promoción de la salud mental y de prevención en el entorno laboral para la conducta autolesiva



4. BIBLIOGRAFÍA

Andrewes, H. E., Hulbert, C., Cotton, S. M., Betts, J., & Chanen, A. M. (2018). Patterns of non-suicidal self-injury and their relationship with suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Archives of suicide research*, 22(3), 465-478.

Anderson, C. M., Reiss, D., & Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeducación*. Amorrortu Editores.

Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 185-200

Cárdenas, A. M., Sábado, R. I. G., Remón, R. C. I., Osorio, C. M., & Rodríguez, M. C. (2017). Actitud de riesgo suicida y funcionamiento familiar en adolescentes con antecedentes de intento. Manzanillo. *MULTIMED Revista Médica Granma*, 16(2)

Cortés Alfaro, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 132-139.

DANE dirección de censos y demografía estadísticas vitales – EEVV. Cifras definitivas año 2017. 21 diciembre de 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2017.pdf>

Decreto 1072. Ministerio de Trabajo. Colombia. Mayo 26 de 2015.

Decreto 780. Ministerio de Salud. Colombia. 6 de mayo de 2016.

Donley, J. E. (1911). Psychotherapy and re-education. *The Journal of Abnormal Psychology*, 6(1), 1.

Eliseo-Arras, R. K. (2018). Addiction and Self-Injury. In *New Directions in Treatment, Education, and Outreach for Mental Health and Addiction* (pp.81-101). Springer, Cham.

Farastieri, V. Guía del Formador SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2012.

Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 66(6), 477-493.

Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H., & Rojas-Russell, M. E. (2014). Intervención motivacional en psicología de la salud: revisión de sus fundamentos

conceptuales, definición, evolución y estado actual. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8(2).

Fox, F., Stallard, P., & Cooney, G. (2015). GPs role identifying young people who self-harm: a mixed methods study. *Family practice*, 32(4), 415-419.

Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2016). Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior. In *The Oxford Handbook of Behavioral Emergencies and Crises* (pp. 401-416). Oxford University Press, New York.

García-Mijares, J. F., de Jesús Alejo-Galarza, G., Mayorga-Colunga, S. R., Guerrero-Herrera, L. F., & Ramírez-García Luna, J. L. (2015). Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud mental*, 38(4), 287-292.

Garcés Raga, I. (2015). *Sintomatología depresiva, conductas autolesivas y rasgos de la personalidad límite en la tribu urbana Emo* (Tesis de posgrado). Universidad Pontificia Comilas. España.

García-Alandete, J., FRANCISCO GALLEG0-PÉREZ, J. O. S. É., & Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2).

Gómez-Restrepo, C., Escudero, C., Matallana, D., González, L., & Rodríguez, V. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. *Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social*.

Gómez-Restrepo, C., & de Santacruz, C. (2016). La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 1.

Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M. R. (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PLoS One*, 11(4), e0153760.

Imaz, C (2018). Autolesiones en la adolescencia (Tesis de pregrado) Universidad de Valladolid. España.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017). Forensis datos para la vida. Disponible <https://www.medicinalegal.gov.co>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. (2017). Forensis 2016. Datos para la vida República de Colombia. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>

Lecrubier, Y. (1998). Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). *Versión de la CIE-10*, 12.

Lewis, S. P. (2016). The overlooked role of self-injury scars: Commentary and suggestions for clinical practice. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(1), 33-35.

Ley 1090. Congreso de la República. Colombia. 6 de septiembre de 2006.

Ley 1306 Congreso de la República. Colombia. 5 de junio de 2009.

Ley 1438 Congreso de la República. Colombia. 19 de enero de 2011

Ley 1618 Congreso de la República. Colombia. 27 de febrero de 2013

Ley 1616. Ministerio de Salud y Protección Solar, Colombia, 21 de enero del 2013.

Ley 1620 Congreso de la República. Colombia. 13 de marzo de 2013

Ley Estatutaria 1751. Diario oficial Congreso de Colombia, Colombia, 2015.

Ministerio de Trabajo de Colombia (2015). Decreto 1072 de 2015 (26 May). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.

Ministerio de salud de Colombia (2017). Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

Ministerio de Salud, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles (2018). Boletín de salud mental Conducta suicida. Bogotá (D.C.), agosto de 2018. Actualización. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

Ministerio de Salud. Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles. (2018). Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021. Bogotá, octubre de 2018. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/co ncertacion-intersectorial-plan-conducta-suicida-2017-2021.pdf>

Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A., & Borges, G. (2013). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol.
Montañez, M, Povis, R, Janina, J, & Ramírez C. (2016). Características sociodemográficas individuales y familiares asociadas a la presencia de autolesión en adolescentes de una institución educativa, 2015.

Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 144(1), 65-72.

Nock, M. K. (2009). Understanding Nonsuicidal Self- Injury: Origins. Assessment, and Treatment, Washington, DC: American Psychological Association.

Ougrin D, Boege I. Brief report: The Self Harm Questionnaire: a new tool designed to improve identification of self-harm in adolescents. *J Adolesc.* 2013 feb;36(1):221-225

Organización Mundial de la Salud (2000). Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo N° 6-Documento de Trabajo. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2006). Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra.

Organización Mundial de la salud (2007). Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. 60 asamblea mundial de la salud. Disponible en:

http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2015). Hoja informativa. Salud mental en el lugar de trabajo publicada en octubre de 2017.

http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

Organización Panamericana de la salud & Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Washington, DC: OPS.

Organización Internacional del Trabajo (2016). Estrés en el trabajo: un reto colectivo, 978-92-2-330641-0 (print). Ginebra.

Pinzón, M. A. V., Moñeton, M. J. B., & Alarcón, L. L. A. (2014). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis psicológica*, 8(1).

Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 2.

Resolución 1841. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Mayo 28 de 2013

Resolución 4886. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Noviembre 7 de 2018

Sociedad Internacional de Autolesiones. ASeFo. (2012). Diagnóstico propuesto de Autolesión No Suicida en el Manual de Trastornos Mentales DSM-V –por el grupo de Trastornos infantiles y adolescentes de la APA. Traducción por la Dra. Dora Santos Bernard de la revisión aceptada en 2012 sobre el diagnóstico Autolesión No Suicida del DSM-V. Disponible en: <http://www.autolesion.com/2012/04/19/diagnosticos-propuestos-de-autolesion-no-suicida-en-el-manual-de-trastornos-mentales-dsm-v-traduccion>

Salazar, J. A. A., Gallo, V. A. P., & Saavedra, L. M. G. (2017). Relación entre riesgo suicida y estilos de crianza en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 8(1), 80-98.

Sullivan, P. J. (2017). Should healthcare professionals sometimes allow harm? The case of self-injury. *Journal of medical ethics*, medethics-2015.

Torrado, P. V. (2017). Autolesiones y marcas corporales: del conflicto intrapsíquico a las tribus urbanas en la adolescencia. *O DANO*, 29

Turner, B. J., Wakefield, M. A., Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2017). Characterizing Interpersonal Difficulties Among Young Adults Who Engage in Nonsuicidal Self-Injury Using a Daily Diary. *Behavior therapy*, 48(3), 366.

Victor, S. E., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N. A., Lengel, G. J., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive psychiatry*, 82, 53-60.

Vieira, A. I., Machado, B. C., Machado, P. P., Brandão, I., Roma-Torres, A., & Gonçalves, S. (2017). Putative risk factors for non-suicidal self-injury in eating disorders. *European eating disorders review*, 25(6), 544-550

5. ANEXOS

Anexo 1. Marco legal referente a la promoción de la salud mental y la prevención de la conducta autolesiva

Anexo 2. Taller Reconocimiento de emociones y bienestar en el trabajo

Anexo 3. Folleto para trabajadores - El trabajador ante las conductas autolesivas

Anexo 4. Intervenciones en trabajadores y familiares luego de una autolesión con intento suicida.

Anexo 5. Psicoeducación – acciones de prevención terciaria. Luego de un suicidio en la organización....

Anexo 6. Directorio de líneas de atención en salud mental. Publicación del Ministerio de Salud