





Manual breve para entender y prevenir el suicidio

© Corporación Buscando Ánimo, 2026
info@buscandoanimo.org

Bogotá D. C., Colombia, 2026
Colección ANIMATE

Leonardo Aja Eslava
Autoría

Corporación Buscando Ánimo
Diagramación y fotografía

Este manual es una versión breve y de divulgación del capítulo “Conceptos básicos sobre el suicidio” de la Guía Conceptual ANIMATE 2026. Hace parte de la colección de manuales gratuitos de la Corporación Buscando Ánimo, junto con el Manual breve para intervención en crisis y postvención y el Manual breve de prevención y abordaje del consumo de sustancias psicoactivas.

www.buscandoanimo.org

ruta de exploración

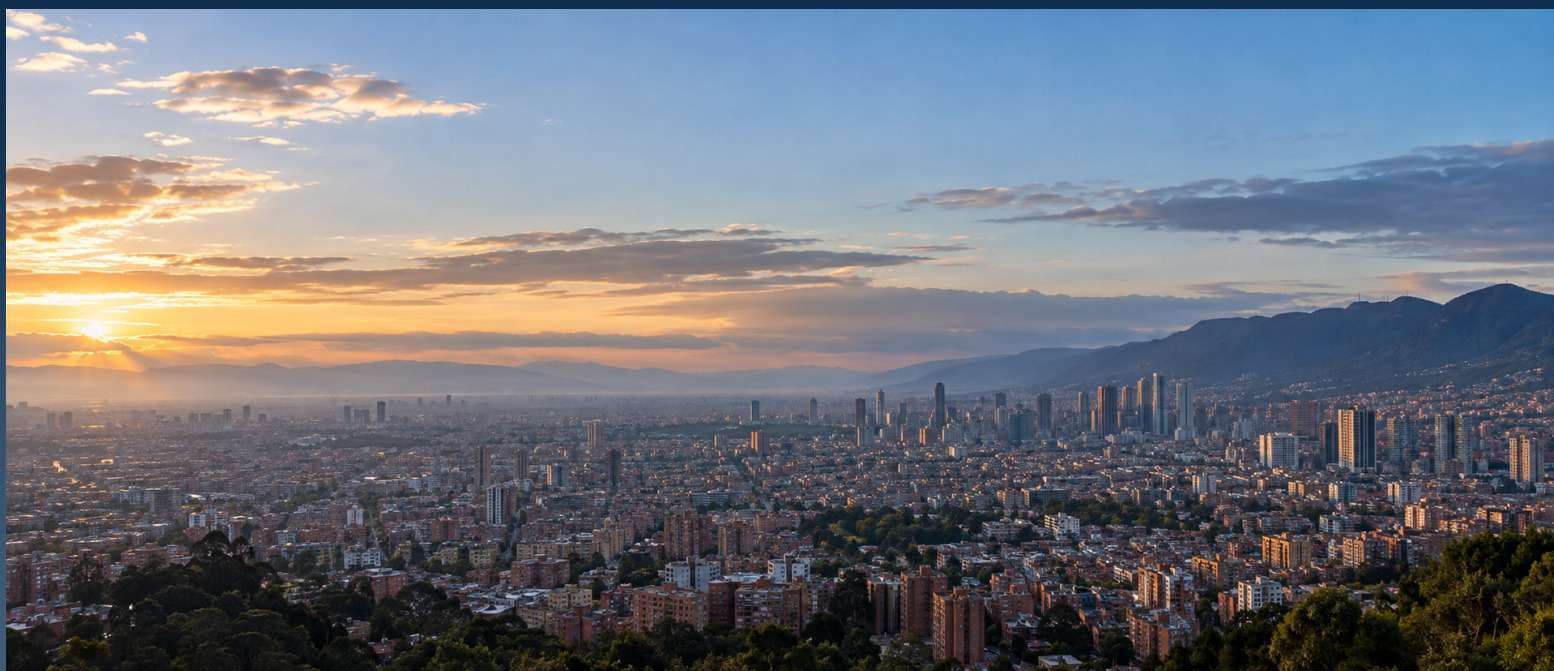
1	Introducción.....	4
	1. A quién va dirigido.....	5
2	Qué es el suicidio y por qué es un problema de salud pública	6
	1. El panorama en Colombia (cifras 2025)	7
3	Los mitos sobre el suicidio	9
4	Factores de riesgo y factores de protección	12
	1. Cuatro tipos de factores de riesgo.....	13
	2. Factores que hoy pesan más que antes	13
5	Las señales de riesgo.....	14
6	Cómo preguntar	16
	1. Lo que no se debe hacer	17
7	La prevención: anticipar, confrontar y atender	18
	1. Anticipar	19
	2. Confrontar	19
	3. Atender	19
8	Niveles de riesgo, rutas de atención y Código Dorado.....	20
9	Si te preocupa un compañero, un amigo o alguien que quieres.....	22
	1. Qué puedes hacer	23
10	Si eres tú quien está pasando por esto.....	24
	1. Lo que puedes hacer hoy, ahora mismo.....	25
11	Recursos y líneas de ayuda.....	26
12	Para cerrar: el programa ANIMATE	28
	Referencias.....	30

CAPÍTULO

1

Introducción

Cada 43 segundos muere una persona por suicidio en el mundo: cerca de 727.000 en 2021, más que las que murieron por homicidio ese mismo año (OMS, 2025; UNODC, 2023). Y por cada suicidio, muchas más personas lo intentan.



Es quizá la primera vez en la historia en que estos dos indicadores aparecen invertidos.

En Colombia, las cifras de 2025 confirman que el problema sigue vigente: 2.823 suicidios registrados de manera preliminar, después de los 3.195 casos de 2023 —la cifra más alta jamás registrada por Medicina Legal— y los 3.014 de 2024. Detrás de cada número hay una familia, un salón de clase, un equipo de trabajo y un grupo de amigos que quedan con preguntas sin respuesta.

Este manual no reemplaza la atención profesional ni pretende convertir a quien lo lee en terapeuta. Busca algo más modesto y, al tiempo, más urgente: que cualquier persona que pueda ser la primera en notar que algo no anda bien —un docente, un orientador, un padre o madre de familia, un jefe, un compañero de trabajo— sepa reconocer las señales, entienda los mitos que estorban, y sepa qué hacer y a quién acudir.

A quién va dirigido

Este manual está escrito para tres tipos de lector, y cada uno encontrará secciones pensadas para él:

- Docentes, orientadores, directivos, padres y madres de familia, y responsables de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST): quienes por su rol pueden ser los primeros en notar una señal de riesgo en otra persona.
- Jóvenes y adolescentes que se preocupan por un compañero, un amigo o alguien que quieren, y no saben qué hacer con esa preocupación.
- Cualquier persona —joven o adulta— que esté pasando por un momento de crisis y busque, en este mismo documento, un primer paso hacia la ayuda.

Si usted está en este último grupo, puede ir directamente al capítulo 10, “Si eres tú quien está pasando por esto”, y a los recursos de ayuda del capítulo 11. No tiene que leer el manual completo para encontrar una salida.

Si en este momento usted o alguien a su lado corre un peligro inmediato, no siga leyendo: llame ya a la línea 123 (emergencias) o a la línea 106 (orientación en salud mental). Más información en el capítulo 11.

CAPÍTULO

2

Qué es el suicidio y por qué es un problema de salud pública

El suicidio es la muerte que resulta de un acto deliberadamente iniciado por una persona, con conocimiento o expectativa de su desenlace fatal. No es, salvo excepciones, un arrebato repentino:



en la gran mayoría de los casos es el final de un proceso que se fue gestando —una idea que se cultiva, se medita y, poco a poco, se convierte en un plan— durante semanas, meses o incluso años. Entenderlo así es importante, porque un proceso deja señales en el camino, y las señales se pueden reconocer y abordar a tiempo.

Durante siglos existieron mecanismos sociales que mantenían el suicidio en niveles relativamente estables. Eso se ha desbordado: hoy es un problema de salud pública en la mayoría de los países del mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que en 2021 murieron por suicidio cerca de 727.000 personas; fue la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años, y cerca de tres de cada cuatro suicidios ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, como el nuestro (OMS, 2025).

El panorama en Colombia (cifras 2025)

- Colombia tiene una tasa de suicidio baja frente al resto del mundo: 4,7 por 100.000 habitantes, ajustada por edad, frente a un promedio mundial de 8,9 (OMS, 2025). Pero la tendencia preocupa: según Medicina Legal, en 2023 la tasa llegó a 6,59 y superó por primera vez el umbral de 6,5 que la OMS usaba para separar los países de tasa baja de los de tasa media.
- En 2025 se registraron, de manera preliminar, 2.823 suicidios en Colombia —cerca de ocho de cada diez en hombres—, después del récord histórico de 3.195 casos en 2023 (tasa de 6,59 por 100.000) y los 3.014 de 2024.
- El problema se concentra entre los 15 y los 24 años, con un segundo pico después de los 60. Preocupa especialmente el aumento en niños y adolescentes de 10 a 14 años: contradice lo que suele asumirse, que el riesgo solo crece con la edad.
- En los intentos de suicidio notificados, el patrón se invierte: predominan las mujeres (63,9 % en 2024), y la tasa más alta corresponde a las mujeres de 15 a 19 años.
- Desde 2019, el motivo identificado con más frecuencia ya no son los conflictos de pareja, sino la enfermedad física o mental (41,4 % de los casos en 2024).

Colombia ha ido respondiendo: la Ley 1616 de 2013 (salud mental), la Estrategia nacional para la prevención de la conducta suicida (2021), la actualización de la Política Nacional de Salud Mental (Decreto 729 de 2025), la Ley 2460 de 2025 y, más recientemente, la Resolución 347 de 2026 —que crea el Código Dorado para la atención inmediata de la conducta suicida— muestran que el tema ya está en la agenda pública. Volveremos sobre el Código Dorado en el capítulo 8.

El suicidio no es un problema individual ni una debilidad de carácter. Es un problema de salud pública, con causas múltiples y entrelazadas, y por lo tanto, también es prevenible.

CAPÍTULO

3

Los mitos sobre el suicidio

Los mitos sobre el suicidio nacen del tabú, el miedo y el desconocimiento. Algunos parecen inofensivos, pero varios de ellos impiden reconocer las señales, preguntar a tiempo o pedir ayuda. Estos son los que, en la práctica, más estorban:



MITO 1 **Quienes hablan de suicidio no lo van a cometer.**

REALIDAD De cada 10 personas que se han suicidado, 8 habían advertido de forma clara sus intenciones. Toda mención al suicidio —dicha, escrita o publicada— debe tomarse en serio.

MITO 2 **El suicidio llega sin ningún aviso previo.**

REALIDAD La mayoría de los casos dejan señales. Existen excepciones, pero no son la mayoría.

MITO 3 **Quien quiere suicidarse está completamente decidido a morir.**

REALIDAD La mayoría de las personas en riesgo están en una ambivalencia real entre vivir y morir. Esa ambivalencia no elimina el riesgo, pero sí abre una oportunidad real para intervenir.

MITO 4 **Una vez que una persona entra en estado suicida, lo estará para siempre.**

REALIDAD El estado de crisis suicida es temporal, no una condición permanente ni un rasgo de identidad. Esto es, justamente, lo que justifica el trabajo terapéutico: su objetivo es que la opción del suicidio pierda prioridad y se descarten intentos futuros. Pensar lo contrario —que quien ha estado en riesgo lo estará siempre— solo estigmatiza y le cierra puertas a quien ya pidió o recibió ayuda.

MITO 5 **Si la persona mejora de repente después de una crisis, el riesgo ya pasó.**

REALIDAD Muchos suicidios ocurren en los tres meses siguientes a una aparente mejoría, cuando la persona recupera la energía para ejecutar lo que había planeado. Una calma repentina que no coincide con que el problema se haya resuelto es, en sí misma, una señal de alerta.

MITO 6 **Solo las personas con una enfermedad mental grave o psicótica se suicidan.**

REALIDAD La existencia de un trastorno mental —sobre todo depresión o consumo problemático de sustancias— es un factor de riesgo importante, pero la mayoría de quienes mueren por suicidio no atraviesan un cuadro psicótico, y conservan contacto con la realidad.

MITO 7 **El suicidio es un acto impulsivo y repentino.**

REALIDAD Los casos de suicidio verdaderamente impulsivo, sin ningún proceso previo, son una minoría. En la mayoría hay semanas, meses o años de ideación y planeación.

MITO 8 Preguntarle a alguien si ha pensado en el suicidio puede “meterle la idea” o empujarlo a intentarlo.

REALIDAD Es justamente lo contrario. La evidencia es consistente: preguntar directamente por el suicidio no aumenta el riesgo, y en muchas personas alivia el malestar al sentirse finalmente escuchadas.

MITO 9 Quien amenaza con suicidarse solo quiere llamar la atención.

REALIDAD Detrás de esa frase hay un prejuicio: que llamar la atención es, de por sí, algo malo o reprochable. Quien amenaza con suicidarse probablemente sí quiere que le pongan atención, y es justamente eso lo que hay que darle: está dando una señal de auxilio, no haciendo un berrinche.

MITO 10 Todas las personas que amenazan con suicidarse lo hacen para manipular a otros.

REALIDAD No necesariamente la manipulación es la motivación principal de un intento de suicidio; y si lo fuera, eso no le resta gravedad al hecho, se la aumenta. Determinar si la persona habla en serio o está intentando manipular le corresponde al personal de salud, no a quien la escucha primero. A nosotros nos corresponde no descartar el riesgo.

MITO 11 Las personas que intentan suicidarse con medios de baja letalidad no están considerando seriamente la idea de matarse.

REALIDAD Aquí se confunde la letalidad del medio con la intención de la persona. Muchas veces quien hace el intento no está bien informada sobre qué tan nocivo es realmente el método que usó. Que el medio empleado haya tenido baja letalidad no dice nada sobre qué tan en serio se estaba considerando morir.

MITO 12 Lo que alguien publica en redes sociales no hay que tomarlo en serio.

REALIDAD Hoy muchas señales —despedidas, indirectas, búsqueda de información preocupante— aparecen primero en una publicación o un estado. Deben tratarse con la misma seriedad que una señal dicha en persona.

MITO 13 Hablar del suicidio siempre lo promueve.

REALIDAD Depende de cómo se hable. El relato sensacionalista o que detalla un método se asocia con más casos; en cambio, hablar con cuidado, sin dramatismo, y señalando dónde buscar ayuda, puede tener un efecto protector. Así está escrito este manual.

CAPÍTULO

4

Factores de riesgo y factores de protección

El suicidio nunca tiene una sola causa: es el resultado de la combinación de varios factores, que actúan en distintos momentos de la vida de una persona.



Un gran metaanálisis que revisó cincuenta años de estudios encontró que ningún factor de riesgo, por sí solo, predice bien la conducta suicida (Franklin et al., 2017). Por eso la valoración del riesgo nunca es una lista de chequeo mecánica: lo que importa es la combinación.

Cuatro tipos de factores de riesgo

Predisponentes

Los “cimientos”. Historia familiar de suicidio, depresión u otros trastornos, pérdidas en la infancia, aislamiento social, y eventos traumáticos tempranos como el maltrato, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual o el acoso escolar.

Contribuyentes

Agravan un riesgo que ya existe. El consumo de alcohol u otras sustancias, la baja tolerancia a la frustración, estilos de afrontamiento evitativo, y trastornos como la depresión o la ansiedad.

Precipitantes

Lo que coloquialmente mal se llama “la causa” del suicidio. Una pérdida reciente, una humillación, un fracaso académico, un despido, una enfermedad grave. Son el detonante, no la explicación completa, y nunca justifican culpar a un tercero del suicidio de otra persona.

De protección

Amortiguan el riesgo, sin eliminarlo. Vínculos familiares y sociales sólidos, habilidades de afrontamiento, un proyecto de vida con razones para vivir, acceso oportuno a salud mental, entornos escolares y laborales seguros y libres de acoso, y la restricción del acceso a medios con los que la persona podría hacerse daño.

Factores que hoy pesan más que antes

- **Acoso escolar y ciberacoso:** multiplican el riesgo de ideación y de intento suicida. El ciberacoso es particularmente grave porque no se detiene al salir del colegio: entra a la casa y a la habitación a través del teléfono.
- **El entorno digital:** facilita la exposición a contenido que normaliza la autolesión, pero también es un espacio donde las personas expresan su malestar y donde, si se sabe mirar, se pueden detectar señales a tiempo.
- **El entorno laboral:** acoso laboral y sexual, jornadas extenuantes, inestabilidad en el empleo, deudas, procesos disciplinarios y aislamiento de quienes trabajan solos.
- Grupos en mayor situación de vulnerabilidad, por la discriminación y exclusión que enfrentan: personas LGBTIQ+, pueblos indígenas, personas migrantes y desplazadas, víctimas de violencia y del conflicto armado, y población rural (OMS, 2021).

CAPÍTULO

5

Las señales de riesgo

Como el suicidio suele ser un proceso y no un arrebato, deja señales en el camino. Reconocerlas a tiempo es lo que permite actuar antes de que ocurra algo irreversible.



Algunas señales, por sí solas, ya deben activar una alarma; otras indican un malestar fuerte, pero no son suficientes por sí solas, aunque si aparecen combinadas, o junto con alguna del primer grupo, el riesgo aumenta.

Suficientes por sí solas para activar la alarma

- Amenazas de hacerse daño, dichas, escritas o publicadas en redes sociales.
- Indirectas: “soy un estorbo”, “sin mí las cosas estarán mejor”, “ya les voy a solucionar todos sus problemas”.
- Historia de intentos previos.
- Búsqueda de información sobre el suicidio o sobre formas de hacerse daño.
- Autolesiones (cutting).
- Entrega a otros de pertenencias valiosas, como si fueran “herencias”.
- Una recuperación espontánea y repentina después de un período de tristeza o abatimiento.

Indican malestar fuerte (no suficientes por sí solas)

- Alteraciones del sueño o la alimentación.
- Descuido notorio en la apariencia personal.
- Caída importante en el rendimiento académico o laboral.
- Aislamiento o retraimiento social.
- Pérdida de interés o placer en lo de siempre, y cansancio persistente.
- Culpa, vergüenza u odio hacia sí mismo, intensos.
- Dificultad para concentrarse, decidir o recordar.
- Consumo de alcohol u otras sustancias fuera de lo habitual.
- Un evento desencadenante reciente (una pérdida, una ruptura, una humillación).
- Desesperanza, desesperación o sentirse una carga para los demás.

Una nota importante: hoy, muchas de estas señales —las amenazas, las indirectas, las despedidas, la búsqueda de información— aparecen primero en una publicación, un estado o un mensaje antes que en una conversación cara a cara. Una señal en el mundo digital merece la misma seriedad que una señal en el mundo físico.

Ante la duda, es preferible actuar y descartar el riesgo, que actuar con excesiva prudencia y permitir que ocurra algo irreversible.

CAPÍTULO

6

Cómo preguntar

Muchas personas reconocen las señales, pero no se atreven a preguntar: temen “meterle la idea” a la otra persona, no saber qué hacer con la respuesta, o equivocarse. Como vimos en el capítulo 3, preguntar no induce el suicidio.



Lo que sí puede ser peligroso es no preguntar.

- 1 Busque un espacio privado y tranquilo, sin prisa. Nunca en público ni delante del grupo.
- 2 Empiece por lo general, a partir de lo que ha observado, sin juzgar: “Te he notado distinto estas semanas; ¿cómo has estado?”.
- 3 **Avance de lo general a lo específico:** “¿Has sentido que las cosas no tienen salida?”, “¿has llegado a pensar que no vale la pena seguir viviendo?”.
- 4 Pregunte directamente por el suicidio, con calma y sin rodeos: “¿has pensado en quitarte la vida?”. Evite preguntas que inducen un “no”, como “no estarás pensando en hacer una locura, ¿cierto?”.
- 5 Si la respuesta es sí, pregunte si tiene un plan y qué tan avanzado está, y qué la ha detenido hasta ahora: esa última pregunta ayuda a reconocer las razones para vivir, que serán el punto de apoyo para ayudarla.
- 6 Escuche más de lo que habla. Agradezca la confianza y valide el dolor, sin validar la idea de que el suicidio es la salida: “entiendo que estás sufriendo mucho, y me alegra que me lo cuentes”.
- 7 No prometa confidencialidad total. Explique que, por su seguridad, será necesario contar con otras personas, su familia y, si hace falta, profesionales de la salud.

Lo que no se debe hacer

Sermonear, minimizar (“eso no es para tanto”), comparar (“otros están peor”), discutir si el suicidio está bien o mal, retar a la persona (“no eres capaz”), o ceder a la manipulación. Y, si el riesgo es alto, nunca dejarla sola.

En el colegio, la conversación a fondo le corresponde idealmente al orientador, pero cualquier docente que perciba señales puede hacer las primeras preguntas y acompañar al estudiante hasta orientación. En la empresa, el jefe inmediato o un compañero pueden abrir la conversación y acompañar a la persona hasta el responsable de SST. En la familia, el padre, la madre o el cuidador pueden y deben preguntar. Lo importante es que nadie se quede con la información sin actuar.

CAPÍTULO

7

La prevención: anticipar, confrontar y atender

Según la OMS, la mayoría de los suicidios se pueden prevenir si se actúa a tiempo y de forma eficaz. Hay tres formas de entender la prevención del suicidio, y las tres son necesarias:



Anticipar

Anticiparse es trabajar antes de que aparezca la idea suicida, fortaleciendo lo que protege a una persona: estilos de vida saludables, competencias socioemocionales (regulación emocional, tolerancia a la frustración, comunicación asertiva), sentido de vida y propósito, detección temprana del deterioro psicológico, y redes de apoyo donde sea posible pedir ayuda sin miedo al juicio. Esto es, en buena medida, lo que propone el programa ANIMATE en los colegios: trabajar con toda la comunidad educativa antes de que el riesgo aparezca.

Confrontar

Confrontar el riesgo es salir a buscarlo, aprender a reconocerlo en vez de esperar a que se manifieste. Esto es exactamente lo que trabajan los capítulos 3 a 6 de este manual: conocer los mitos y las señales reales, formar “guardianes” —docentes, orientadores, jefes, compañeros, familiares— capaces de reconocer el riesgo, y atreverse a preguntar.

Atender

Atender el riesgo es asegurar que la persona identificada reciba ayuda profesional en el tiempo que la necesita: la intervención en crisis, la valoración por parte del personal de salud, la activación de las rutas de atención y el Código Dorado, y el seguimiento posterior. Una herramienta con buena evidencia es el plan de seguridad: un plan escrito, construido junto con la persona, que identifica sus señales de alerta, sus estrategias para afrontar la crisis, sus contactos de apoyo y las medidas para restringir su acceso a los medios de riesgo. Acompañado de seguimiento después de una crisis, este tipo de plan ha mostrado reducir a casi la mitad la conducta suicida en los siguientes seis meses (Stanley et al., 2018).

CAPÍTULO

8

Niveles de riesgo, rutas de atención y Código Dorado

La valoración formal del riesgo le corresponde al personal de salud. Pero quien detecta el caso —el docente, el orientador, el padre de familia, el jefe— necesita una guía práctica para decidir con qué urgencia actuar.



La Resolución 347 de 2026 creó el Código Dorado: un mecanismo de atención prioritaria para personas con conducta suicida. Ante la duda, siempre se debe asumir el nivel de riesgo más alto.

Nivel	Qué se observa	Qué hacer	Ruta y Código Dorado
Bajo	Malestar emocional, ideas de muerte pasivas, sin plan ni intentos previos.	Escuchar y acompañar. Informar al acudiente o a la red de apoyo. Remitir a orientación o a consulta con la EPS.	Registro y seguimiento periódico.
Moderado	Ideación activa sin plan definido, o señales suficientes sin plan concreto.	Intervención en crisis. No dejar sola a la persona. Plan de seguridad. Restringir el acceso a medios.	Activar la ruta institucional. Consulta en 48 horas (Resolución 347 de 2026).
Alto	Ideación con plan definido, acceso a los medios e intención clara; intento reciente.	No dejar sola a la persona ni un minuto. Llevarla a un lugar seguro. Informar de inmediato a la familia.	Activación del Código Dorado: línea 123 o traslado inmediato a urgencias.
Intento en curso	La persona se está haciendo daño o acaba de hacerlo.	Primeros auxilios físicos y psicológicos. Asegurar la escena.	Línea 123 de inmediato. Código Dorado.

Los niveles de riesgo no son etiquetas fijas: una persona puede pasar de un riesgo bajo a uno alto en cuestión de horas si aparece un evento precipitante o pierde el apoyo que la sostenía. Por eso el seguimiento no es un trámite, es la forma de saber si el riesgo cambió.

Cuando el suicidio ya ha ocurrido, el trabajo no termina: comienza la postvención, el acompañamiento a la familia, a los compañeros y a la comunidad educativa o laboral, que es, en sí misma, una forma de prevenir nuevos casos. Este tema se desarrolla en detalle en el *Manual breve para intervención en crisis y postvención*, de esta misma colección.

9

Si te preocupa un compañero, un amigo o alguien que quieres

Si estás leyendo esto es porque alguien que te importa —un compañero de curso, un amigo, tu pareja—te ha dicho algo que te asustó, o simplemente lo sientes distinto, lo primero que necesitas saber es esto:



haber notado que algo anda mal ya es un paso importante, y no tienes que resolverlo todo y mucho menos solo.

Qué puedes hacer

- Habla con esa persona en privado, sin prisa, sin que otros compañeros estén escuchando.
- Pregúntale directamente cómo está. Si lo que te dice te preocupa de verdad, puedes preguntarle, con calma, si ha pensado en quitarse la vida. Preguntarlo no se lo va a “meter en la cabeza”: al contrario, a muchas personas les alivia que alguien se atreva a preguntar.
- Escucha más de lo que hablas. No tienes que tener la respuesta ni resolverle la vida. Solo tienes que estar ahí y tomarlo en serio.
- No guardes el secreto. Esta es, quizás, la parte más difícil: tu amigo puede pedirte que no se lo cuentes a nadie. No se lo prometas. Contarle a un adulto de confianza —un orientador, un profesor, sus papás o los tuyos— no es traicionar su confianza, es cuidarlo. Guardar un secreto así es una carga demasiado pesada para llevarla solo, y puede costarle la vida a la persona que quieres proteger.
- Acompáñalo hasta la orientación del colegio o hasta un adulto responsable. No lo dejes solo si notas que el riesgo es alto.
- Cuida también de ti. Acompañar a alguien en una situación así pesa. Habla tú también con un adulto de confianza sobre lo que estás viviendo; no tienes que cargar esto en silencio.

Si crees que tu amigo o amiga corre un peligro inmediato, no esperes a decidir si “es para tanto”: busca a un adulto ya, o llama a la línea 106 o a la línea 123. Es mejor exagerar la precaución que arrepentirse después.

CAPÍTULO

10

Si eres tú quien está pasando por esto

Si llegaste hasta aquí porque tú mismo o tú misma has pensado en el suicidio, queremos decirte algo directamente: no estás solo, lo que sientes tiene un nombre, y hay ayuda real, ahora mismo, para ti.



Es muy probable que sientas que el dolor que tienes no tiene solución, que eres una carga para los demás, o que las cosas nunca van a mejorar. Son pensamientos reales y el dolor detrás de ellos también lo es, pero esos pensamientos no son un hecho, son un síntoma. La mayoría de las personas que han pasado por una crisis así, y que recibieron ayuda a tiempo, dicen después que se alegran de haber seguido vivas. Lo que sientes ahora, aunque no lo parezca, tiende a cambiar con el tiempo y con ayuda.

Es normal sentir, al mismo tiempo, ganas de que esto termine y ganas de seguir viviendo. Esa sensación de estar dividido tiene nombre: ambivalencia. No es una contradicción tuya, es casi siempre así, y es justamente esa parte de ti que todavía quiere seguir la que te trajo hasta este párrafo.

Lo que puedes hacer hoy, ahora mismo

- Cuéntaselo a una persona adulta de confianza hoy, no mañana: un papá, una mamá, un profesor, un orientador, un familiar. No tienes que encontrar las palabras perfectas; basta con decir “no estoy bien y necesito hablar con alguien”.
- Si no tienes a quién contárselo todavía, llama o escribe a la línea 106 (orientación en salud mental, gratuita). Hay una persona del otro lado dispuesta a escucharte, sin juzgarte.
- Si sientes que el riesgo es inmediato —que podrías hacerte daño en cualquier momento—, llama ya a la línea 123.
- Mientras consigues ayuda, aléjate de cualquier objeto o medio con el que podrías hacerte daño, y busca estar cerca de alguien, aunque sea en silencio.
- Pedir ayuda no es una señal de debilidad. Es, probablemente, una de las decisiones más valientes que vas a tomar.

Línea 106 — orientación en salud mental, gratuita y confidencial. Línea 123 — emergencias, si el riesgo es inmediato. Ambas están disponibles ahora. No tienes que esperar a sentirte “lo suficientemente mal” para llamar.

CAPÍTULO

11

Recursos y líneas de ayuda



Línea 123 – Emergencias. Úsela si hay un intento en curso o un riesgo inminente. Puede activar el Código Dorado.

Línea 106 – Orientación en salud mental en Bogotá, gratuita y confidencial, para hablar de lo que está pasando antes de que se vuelva una urgencia.

Código Dorado (Resolución 347 de 2026) – Mecanismo de atención prioritaria para la conducta suicida: atención inmediata para intentos e ideación con plan, y consulta en máximo 48 horas para ideación activa sin plan.

Corporación Buscando Ánimo – WhatsApp: (+57) 320 890 9190 · correo: info@buscandoanimo.org, para solicitar acompañamiento, formación o el programa ANIMATE en su institución.

Si usted se encuentra fuera de Bogotá, consulte también la línea de teleorientación en salud mental de su departamento o municipio; la mayoría de las secretarías de salud tienen una disponible.

CAPÍTULO

12

Para cerrar: el programa ANIMATE

Este manual es, ante todo, una herramienta de anticipación: la primera de las tres miradas de la prevención que vimos en el capítulo 7.



Anticiparse —trabajar antes de que aparezca la idea suicida, fortaleciendo a toda una comunidad educativa o laboral— es exactamente lo que propone ANIMATE, el programa de prevención del riesgo de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas de la Corporación Buscando Ánimo.

ANIMATE trabaja con estudiantes de 6° a 11°, docentes y familias a través de la capacitación docente, un estudio epidemiológico institucional, diez talleres estructurados a lo largo del año escolar, y acompañamiento técnico continuo. Si su institución educativa o su organización quiere ir más allá de este manual y construir una estrategia de anticipación real, puede escribirnos.

info@buscandoanimo.org · www.buscandoanimo.org · WhatsApp (+57) 320 890 9190

REFERENCIAS

- Aja Eslava, L. (2026). Conceptos básicos sobre el suicidio. En *Guía Conceptual ANIMATE*. Corporación Buscando Ánimo.
- Blades, C. A., Stritzke, W. G. K., Page, A. C., y Brown, J. D. (2018). The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suicide-related content. *Clinical Psychology Review*, 64, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.001>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., y Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2025). *Forensis 2024: Datos para la vida*.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2026). *Boletín estadístico mensual: Diciembre 2025*.
- Instituto Nacional de Salud. (2025). *Informe de evento: Intento de suicidio, Colombia 2024*.
- Klonsky, E. D., May, A. M., y Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P. S. F., y Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 368, m575. <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>
- Resolución 347 de 2026. (2026, 26 de febrero). Por medio de la cual se establece la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en personas con conducta suicida. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., y Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- Turecki, G., y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *Global study on homicide 2023*.
- World Health Organization. (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.
- World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021: Global health estimates*.