



Suicidio en Colombia: análisis crítico del discurso de la experticia forense (2000-2024)

Suicide in Colombia: critical discourse analysis of forensic expertise (2000-2024)

EDISSON OROZCO-VILLA (Universidad Católica de Pereira),¹

Artículo recibido: 22 de julio de 2025
Solicitud de revisión: 15 de octubre de 2025
Artículo aceptado: 11 de febrero de 2026

Orozco-Villa, Edison (2026). Suicidio en Colombia: análisis crítico del discurso de la experticia forense (2000-2024). *Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi*, pp. 1-29. *Publicación en avance*. doi: <http://dx.doi.org/10.6035/recerca.9059>

Resumen

Este artículo analiza, desde el análisis crítico del discurso, los modos en que los informes epidemiológicos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia han construido discursos sobre el suicidio entre 2000 y 2024. El estudio examina las representaciones del suicidio, los marcos teóricos dominantes en estos documentos, las formas de representación de los grupos poblacionales y la manera en que se aborda la coyuntura nacional. Los principales hallazgos evidencian la prevalencia de explicaciones del suicidio basadas en modelos biomédicos, así como la naturalización de asociaciones entre el suicidio y determinados grupos sociales y etarios.

Palabras clave: suicidio, experticia, epidemiología, forense, análisis crítico del discurso.

Abstract

This article analyzes, from the perspective of critical discourse analysis, how the epidemiological reports of the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences in Colombia have constructed discourses on suicide between 2000 and 2024. The study examines the representations of suicide, the dominant theoretical frameworks in these documents, the ways in which population groups are portrayed, and how the national context is addressed. The main findings reveal the prevalence of explanations

¹ edisson.orozco@ucp.edu.co

of suicide based on biomedical models, as well as the naturalization of associations between suicide and specific social and age groups.

Key Words: suicide, expertise, epidemiology, forensic, critical discourse analysis.

INTRODUCCIÓN

El suicidio se presenta como un fenómeno con una gran complejidad. Si bien se han reconocido las consecuencias sociales, económicas y políticas que produce en los contextos en que ocurre, continúa generando tanto interrogantes en la investigación como en la intervención (Velasco y Pujal i Llombart, 2005). Así, los modos de teorizar acerca del fenómeno y sus abordajes en la prevención siguen siendo objeto de debate. Por este motivo, la comprensión del suicidio implica no solo una problematización de su ocurrencia en el mundo, sino también en los modos en que se conceptualiza (Orozco-Villa, 2019). Esto resulta crucial debido a que las teorías no solo producen explicaciones sobre el fenómeno, sino que también orientan prácticas y modos de actuar que se evidencian, por ejemplo, en las políticas públicas y las acciones terapéuticas.

En este sentido, la noción de experticia emerge como un modo de comprender la articulación de la producción de saberes científicos y técnicos con prácticas de gubernamentalidad (Foucault, 2006, 2018). La experticia produce una serie de discursos que configuran un régimen de enunciación con capacidad performativa en contextos institucionales específicos. Para Rose (1998, 1999), la experticia cumple un doble rol: por un lado, produce descripciones que configuran marcos de inteligibilidad, evaluación y gestión de las personas; por otro, legitima prácticas de intervención presentadas como científicas, socialmente necesarias y moralmente justificadas. En consecuencia, su eficacia no radica en su capacidad conceptual, sino en su inscripción en relaciones de poder y racionalidades políticas dominantes. La relevancia de la noción de experticia consiste en que permite analizar el modo en que un cuerpo de saberes especializados, al acoplarse a marcos institucionales, adquiere autoridad social y política.

Los estudios sobre las experticias han resultado centrales en el abordaje crítico de temas de las ciencias de la salud y las ciencias sociales (Rose, 1991, 2019). El estudio de la experticia implica el reconocimiento de los modos en que se construyen teorías y cómo éstas tienen un impacto concreto en la vida de las personas. Así, debido al desarrollo intrínseco de los

Estados modernos y los modos de sociabilidad política, se evidencia que el lugar de los equipos expertos es clave en la construcción de discursos sobre la salud mental y el suicidio (Marsh, 2020; Szasz, 2002). Frente a esto, se indica que estos agentes desempeñan un papel central en la dirección de relaciones sociales contemporáneas.

El discurso experto no solo circula en un ámbito científico, sino que también incide en la cotidianidad de las personas (Rabier, 2007). Por ello, el estudio de la experticia acerca del suicidio es relevante debido a que influye en la vida de las personas y las sociedades, además involucra decisiones institucionales y políticas complejas (Rodríguez-Otero et al., 2022; White, 2017). Esto se explica porque el suicidio incide tanto en la dimensión emocional como funcional y, por tanto, tiene efectos en dimensiones esenciales para el funcionamiento del Estado, entre ellas la productividad y la economía. El papel de la experticia consiste en producir teorías que sirven como base para intervenciones políticas que establecen modos de gobierno que trascienden lo terapéutico (Fitzpatrick, 2022). Esto se refleja en ámbitos disímiles, que incluyen desde las políticas públicas y la prevención del suicidio, pasando por intervenciones educativas de las emociones, hasta intervenciones somáticas no quirúrgicas como la terapia electroconvulsiva (TEC).

A partir del análisis previo, el estudio de la experticia sobre el suicidio ha resultado relevante desde tres perspectivas. En primer lugar, permite que se analicen los modos en que se construyen discursos sobre el suicidio (Marsh, 2015). Se tiende a pensar que las interpretaciones que se producen sobre este fenómeno son uniformes y generales; sin embargo, existen disputas entre modelos teóricos y de abordaje (Bantjes y Swartz, 2017). En ese sentido, el reconocimiento de los modelos predominantes es central, debido a que marcan trayectorias de investigación y teorización del fenómeno.

En segundo lugar, los estudios de la experticia resultan útiles para analizar los posicionamientos expertos frente al suicidio. En esta línea, se pueden identificar una amplia gama de investigaciones sobre las actitudes del personal de salud encargado de atender y acompañar a las personas con ideación o intento de suicidio (Brunero et al., 2008; de Freitas y Borges, 2014; López, 2021; Lyra et al., 2021; Waern et al., 2016). En estas investigaciones se muestra cómo las posturas de los agentes expertos pueden influir positiva o negativamente en la atención. Incluso se evidencia cómo

los propios servicios de salud pueden reproducir estigmatización hacia las personas con intento de suicidio.

Una última perspectiva, estrechamente vinculada con las anteriores, es el análisis social y político de los modos de teorización e intervención de la experticia. Reconocer que el discurso experto está atravesado por coyunturas sociales permite analizarlo como parte de una práctica de gobierno que se vincula con requerimientos económicos y políticos regionales e internacionales (Button, 2016; Marsh, 2013). Lo anterior se observó en los modos en que los discursos acerca del cuidado de la salud mental durante la pandemia de COVID-19 respondieron a la necesidad de control de la circulación de la población o en la orientación de actividades respecto a la actividad física o alimentación.

Los estudios del discurso experto sobre el suicidio muestran la posibilidad de realizar un ejercicio autorreflexivo sobre las teorías y prácticas usadas en su intervención (Castillo-Patton y Carretero-García, 2023). Esto implica que el suicidio se puede abordar no solo como un comportamiento individual o un problema de salud pública, sino como un fenómeno social, cultural y político que involucra prácticas de saber, dinámicas culturales y, en definitiva, relaciones de poder que influyen tanto en las personas que se consideran en riesgo como en quienes conviven de modo indirecto con el suicidio (Marsh, 2015).

En consecuencia, el presente estudio se centró en comprender los modos en que la experticia produce discursos sobre el suicidio. Se optó por analizar cómo ciertos informes epidemiológicos, producidos en el ámbito medicolegal colombiano, han construido discursos sobre el suicidio y abordajes del fenómeno. Este trabajo se realizó a partir del informe estadístico anual *Forensis. Datos para la vida* elaborado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el cual recopila las cifras asociadas a muertes violentas, entre ellas el suicidio. Aunque su énfasis es la presentación de datos epidemiológicos, también incluye un apartado de análisis teóricos del fenómeno que es usado como referencia en la investigación y la intervención.

En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses es un componente central de la experticia acerca del suicidio. El Instituto aparece a partir de lo establecido en la Constitución Política de 1991, como resultado de un largo proceso de institucionalización de prácticas periciales que durante el siglo XIX y gran parte del siglo XX eran difusas a

nivel territorial y se articulaban de manera variable dependiendo de lógicas territoriales (Giraldo-Giraldo, 2014).

Durante décadas hubo una coexistencia entre dictámenes médicos individuales, intervenciones de academias locales y oficinas departamentales forenses que no contaban con una *autoridad* técnica y procedimientos estandarizados. La fundación del Instituto supone la unificación de servicios periciales que eran dispersos, para dar lugar a una instancia nacional que centraliza, homogeneiza y valida la producción del saber medicolegal en Colombia.

Este instituto cobró relevancia en la última década del siglo pasado por su vinculación con el sistema penal acusatorio y los procesos de fortalecimiento de la justicia en Colombia (Giraldo-Giraldo, 1993). Desde entonces, la entidad presta servicios periciales como evaluaciones clínicas forenses, necropsias medicolegales, dictámenes psiquiátricos y psicológicos en el ámbito jurídico, procedimientos de laboratorio forense y gestión de la información. En este último aspecto, el Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV) se encarga de procesos de caracterización epidemiológica. Estos datos son relevantes para tomar decisiones en el ámbito jurídico y en el diseño de políticas públicas (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2025).

Los informes epidemiológicos *Forensis* fueron publicados desde 1997. Se consideran instrumentos técnicos que apoyan intervenciones en salud pública y no se limitan estrictamente al campo judicial o forense. Por otra parte, estos informes buscan contribuir a procesos de prevención, vigilancia epidemiológica y al análisis de dimensiones sociales de la muerte en el país. Estos documentos se han consolidado durante los últimos años en Colombia, debido a que han permitido conocer datos acerca de muertes por homicidios, accidentes de tránsito, violencia interpersonal y violencia de género o intrafamiliar. Así, se inscriben en gran medida en lo que podría denominarse *discurso experto forense*, el cual se entiende como los enunciados que producen instituciones medicolegales a partir de la articulación entre saberes clínicos, jurídicos y estadísticos para codificar y clasificar la muerte de la población, lo cual produce prácticas de intervención sobre aspectos o grupos que representen peligrosidad o riesgo (Gillett, 2012).

Por este motivo, el estudio de este corpus permite analizar aspectos clave acerca de la experticia forense sobre el suicidio en Colombia. Por una parte, son documentos redactados por grupos expertos y validados por una entidad estatal que se inscribe en prácticas de gestión y conocimiento

de la población; por otra parte, tienen un valor teórico y se utilizan como base para implementar prácticas de intervención a nivel tanto del ámbito público como privado. Por ejemplo, estos informes han mostrado la incidencia del suicidio en población joven, lo que ha llevado a priorizar intervenciones dirigidas a este grupo etario (Sánchez et al., 2002). Así, son reconocidos como una fuente legítima para sustentar acciones institucionales.

Debido a las características del estudio, se analizó cómo estos documentos producen discursos acerca del suicidio. Más allá de su carácter de informes expertos, se los asumió como textos que expresan discursos científicos hegemónicos, modos de representar poblaciones y, en el caso colombiano, las formas en que el conflicto armado ha configurado las interpretaciones de fenómenos de salud mental. En ese orden de cosas, por medio de un abordaje crítico del discurso, se buscó responder a la pregunta de investigación: ¿cómo se producen representaciones acerca del suicidio en los informes epidemiológicos (*Forensis*) producidos por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia entre 2000 y 2024?

Para responder a esta cuestión, se propusieron cuatro preguntas de apoyo que orientaron los objetivos de investigación y sustentaron las categorías de análisis documental. De esta manera, se buscó responder a: 1) ¿cómo se representa el suicidio en los documentos epidemiológicos?, 2) ¿cuáles son los modelos teóricos predominantes en la representación del suicidio?, 3) ¿qué referencias se hacen de los grupos poblacionales? y 4) ¿cómo se evidencian los aspectos de coyuntura social en Colombia (conflicto armado, situación económica y condiciones laborales)?

1. METODOLOGÍA

Se adoptó una perspectiva metodológica desde el análisis crítico del discurso propuesta por Jäger (2003) y Fairclough (2003). Esta resulta útil para generar un análisis de los discursos en su complejidad estructural, ideológica y contextual. Se debe indicar que estas perspectivas del análisis del discurso establecen una diferenciación entre discursos especializados y no especializados y resalta lo que Jäger (2003) denomina Interdiscursos. Esto implica reconocer cómo en los documentos suelen existir vínculos entre diferentes campos discursivos. Si bien las posturas teóricas de ambos

autores son diferentes, no se excluyen en la comprensión de los discursos como flujos sociales que se materializan en dispositivos institucionales (Jäger, 2003) y como materialidades lingüísticas que nominan y clasifican a grupos o personas (Fairclough, 2013).

Este tipo de análisis se distingue por el uso de categorías analíticas como los hilos discursivos, los cuales son definidos como enunciados temáticamente coherentes (grupos amplios de textos), y los fragmentos discursivos, que son partes del texto asociadas a temáticas vinculadas con las categorías de análisis propuestas. En esta investigación, los hilos discursivos se reflejan en las categorías construidas a partir de las preguntas de investigación, mientras que los fragmentos remiten a los enunciados seleccionados del corpus.

Un requerimiento de este método es analizar los acontecimientos discursivos. Según Jäger (2003), estos son entendidos como eventos sociales que configuran o modifican los discursos. Por ejemplo, fenómenos como el conflicto armado o la pandemia pueden tener incidencia discursiva en los documentos epidemiológicos. Asimismo, debe considerarse cómo operan los modos de los contextos discursivos, entendidos desde las condiciones históricas, sociales y políticas que influyen en estos discursos. Es evidente que el análisis no debe limitarse al componente lingüístico formal de los materiales, sino que ha de incorporar los elementos de coyuntura que aparecen en ellos.

Por último, se asume, siguiendo a Fairclough (2013), que los documentos epidemiológicos no están aislados de perspectivas políticas dominantes. También se ven influidos por elementos sociales amplios a nivel global, como aquellos definidos por organizaciones transnacionales como la Organización Mundial de la Salud (Orozco-Villa, 2019; Castillo-Patton, 2024). Esto se expresa en los requerimientos y modos de codificación del fenómeno que se establecen en distintos momentos históricos.

1.1 Materiales

Para la construcción del corpus, se recopilaron y analizaron 25 informes publicados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses entre los años 2000 y 2024. Estos informes se publican anualmente y contienen datos que corresponden al año anterior.

Se seleccionaron exclusivamente las secciones que abordan el suicidio. En cuanto a la disponibilidad de los materiales, todos se encuentran en sus versiones digitales abiertas al público en el sitio web del Instituto. Para facilitar la lectura del análisis, los documentos se referencian a partir de las siglas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF).

1.2 Procedimiento

El procedimiento de análisis se realizó considerando elementos teóricos, metodológicos y procedimentales propios del análisis crítico del discurso. Para su desarrollo, se distinguen tres momentos analíticos:

Momento 1. Construcción y ordenamiento del corpus: se seleccionaron y organizaron los textos analizados. Se almacenaron en carpetas digitales y se ordenaron en el software Atlas.ti (Versión 25.0.1).

Momento 2. Análisis del corpus: se realizó una lectura general de cada informe, guiada por las preguntas de apoyo, con el propósito de reconocer las temáticas y los modos generales de abordaje. Luego se elaboró una matriz de análisis de datos basada en la codificación realizada en Atlas.ti, en la cual se organizaron las categorías a partir de las preguntas de apoyo. La matriz contenía una cita textual del documento, la categoría con la cual se vinculó y una observación analítica del fragmento.

Se aplicaron técnicas de minería de opinión y codificación asistida para identificar posibles patrones discursivos. Se retomaron 251 enunciados, los cuales fueron codificados y analizados. Si bien en este proceso se reconoce una tensión epistemológica entre el análisis crítico del discurso y el uso de técnicas de exploración léxica asistida, es importante señalar que el uso de estas herramientas se centró en aspectos exploratorios del corpus y en la organización de los códigos. Este proceso no sustituye el análisis de los aspectos contextuales de los enunciados ni el carácter interpretativo en la construcción de las categorías de análisis.

Momento 3. Elaboración textual de los discursos: se procedió a la escritura definitiva del análisis de la información. Esto implicó responder cada una de las preguntas propuestas a partir de los enunciados identificados, considerando enunciados significativos. El producto de este proceso se presenta de manera íntegra en el apartado de resultados por medio de las categorías emergentes.

2. RESULTADOS

Se proponen cuatro categorías emergentes de análisis que buscan responder a las preguntas del estudio. La primera categoría presenta los modos de representación del suicidio. Luego, se problematizan los modos de teorización que son usados. A continuación, se analiza la forma en que se representan grupos poblacionales. Finalmente, se concluye con el tratamiento de aspectos de coyuntura social que emergen en el corpus.

Tabla 1
Síntesis del ordenamiento de los resultados

Pregunta orientadora	Categoría emergente	Descripción de la categoría
¿Cómo es representado el suicidio en los informes?	Representaciones sobre el suicidio	Se analizan los modos en que el suicidio es producido como fenómeno complejo, prevenible y de salud pública mediante una lexicalización técnica centrada en el riesgo.
¿Qué modelos teóricos sustentan su comprensión?	Modelos teóricos de análisis del suicidio	Se examinan los marcos teóricos dominantes, evidenciando la hegemonía biomédica, el uso funcionalista de la sociología clásica y modelos psicológicos clínicos.
¿Cómo se representan los grupos poblacionales?	Grupos poblacionales representados	Se evalúa la clasificación de la población mediante variables estadísticas que producen perfiles de riesgo.
¿Cómo se articula el suicidio con la coyuntura social?	Coyuntura social representada	Se analiza la referencia a crisis económicas, conflicto armado y precarización, tratadas como contextos generales y no como determinantes estructurales.

Fuente: elaboración propia.

2.1 Representaciones sobre el suicidio

Los materiales analizados proponen una variedad de modos de representación del suicidio. Sin embargo, es posible evidenciar ciertos hilos discursivos que atraviesan los textos analizados. En primer lugar, el suicidio es

presentado desde su dimensión compleja, multifactorial y multicausal. Se construye un modo de representación del suicidio que se aleja de lecturas que lo interpretan de manera lineal. Así, se recurre a una serie de adjetivaciones que intentan mostrar esta característica: «El suicidio es una actuación humana, generalmente consciente, que va encauzada a la autolesión fatal. Es un fenómeno polimorfo, multicausal, complejo y relevante...» (INMLCF, 2018: 351). Del mismo modo se señala: «La mayoría de autores coinciden en que el suicidio es multifactorial, por lo tanto no sólo depende de un elemento causal» (INMLCF, 2009).

Como se puede ver en estos enunciados, emergen varias estrategias discursivas que son recurrentes en los documentos. La primera consiste en producir una normalización de la complejidad del suicidio. Así, el discurso experto produce un modo de adjetivación que se vuelve reiterativo y se asume de manera fáctica el carácter «polimorfo», «multicausal» o «multifactorial». Ahora bien, más allá de reconocer que el suicidio posee estas características de complejidad, esta enunciación reiterativa produce una imagen técnica del fenómeno. La normalización discursiva no implica necesariamente que se asuma el fenómeno —esta forma se observa en la naturalización del discurso biomédico o explicaciones basadas en la impulsividad (INMLCF, 2022)—. También se puede advertir otra estrategia discursiva consistente en sustentar la complejidad del suicidio en una autoridad epistémica. En el enunciado se invoca una mayoría invisible de autores que sustentarían esta idea. Esta estrategia produce un tipo de *soporte* discursivo que resulta útil para legitimar esta imagen de complejidad.

Finalmente, emerge una tercera estrategia de lexicalización científica. Esto ubica la inteligibilidad o explicación del suicidio mediante la terminología de las ciencias de la salud, particularmente en la referencia constante a la categoría de riesgo. En consecuencia, aparece una representación dominante desde el enfoque médico y clasificatorio. En este marco, el discurso experto presenta el suicidio como un fenómeno epidemiológico de salud pública (INMLCF, 2020). Por ejemplo, se señala que:

El suicidio ha sido visto de diversas formas a través del tiempo y en diferentes culturas. Para los griegos y los romanos era un acto sublime; para los cristianos el pecado más grande, pues atentaba contra la propia vida; para los japoneses una forma de restaurar el honor perdido. En la actualidad es un problema de salud mental que puede ser prevenido (INMLCF, 2003: 113).

Inicialmente, se reconoce la multiplicidad de interpretaciones del fenómeno por parte de grupos sociales o religiosos a través de la historia, pero al final del texto citado se indica una *pertenencia* al tema de salud mental. Este aspecto es relevante debido a que muestra las interpretaciones previas como superadas y desplazadas. Se produce un gesto argumentativo en el cual se reconoce la variabilidad y complejidad, pero se demarca el suicidio en un problema de salud. En los informes se reconocen otros registros discursivos sobre el suicidio, pero siempre quedan subordinados como un problema de salud.

Este aspecto se vincula con una acción discursiva constante en los textos y se expresa en la adopción de las definiciones del suicidio que provienen no solo desde marcos teóricos, sino desde agentes sociales y entidades transnacionales. Así, aparece una referencia constante a entidades como la Organización Mundial de la Salud, la cual se presenta como un contexto discursivo de los documentos. Por ejemplo, en un apartado se señala que «El suicidio es considerado como un problema prevenible de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).» (INMLCF, 2012: 245). De este modo, se asume que debe ser codificado y gestionado desde las intervenciones «universales» derivadas de organismos de salud internacionales (INMLCF, 2019).

Otro de los modos de representación consiste en producir una idea en torno a la individualización del fenómeno. Si bien pareciera que los elementos estructurales a nivel social o económico están presentes en los textos, se privilegia discursivamente el plano de lo individual y biológico. Este aspecto no es contradictorio, debido a que los modelos teóricos que predominan en la conceptualización son de orden médico y en los cuales el *locus* discursivo es el *individuo*. Por ejemplo, se incluye de manera constante referencias a lo biológico:

La conducta suicida puede abordarse desde muchas perspectivas y modelos explicativos, entre ellas la biológica, donde se considera que existe mayor vulnerabilidad para esta conducta en pacientes con un diagnóstico psiquiátrico previo, particularmente en pacientes con depresión mayor (1). Dentro de los modelos explicativos del suicidio, uno de los más relevantes es el de diátesis-estrés, formulado por Mann (9). (INMLCF, 2024: 370)

Ahora bien, la individualización también tiene implicaciones que responden a dos lógicas específicas. En primer lugar, aparecen modos discursivos que *dramatizan* la experiencia subjetiva del suicidio. Por ejemplo: «El

sujeto que voluntariamente elige morir decide desvincularse de la sociedad [...] la comunidad experimenta el suicidio como una afrenta...» (INMLCF, 2016: 427). Asimismo, aparece el suicidio como una *ruptura* con la sociedad. Si bien este aspecto solo aparece en este documento citado, en otros se mantiene una tensión entre la vivencia personal y la social del suicidio, que atraviesa la inteligibilidad sobre este fenómeno.

El dominio de las interpretaciones individuales no significa necesariamente que se excluyan elementos sociales. Así, otro modo de representar el suicidio se asocia con el malestar social. En este aspecto aparecen enunciados que producen modos de intertextualidad con discursos de tipo sociológico. La inclusión de nociones como «realidad social» o «malestar social» añaden nuevos niveles de análisis. Sin embargo, estas interpretaciones quedan circunscritas a la realidad biológica del fenómeno, lo cual limita su alcance explicativo.

Finalmente, un modo de representación observado consiste en la asociación del suicidio con cuestiones morales y sentido existencial. En este punto aparecen enunciados que proponen lecturas moralizantes del fenómeno y lo ubican como un aspecto vinculado con el sentido de vida. Aunque se hable de documentos técnicos, caracterizados por una supuesta neutralidad valorativa, no logran sustraerse de valoraciones morales y culturales.

2.2 Modelos teóricos de análisis del suicidio

Los textos analizados recurren a múltiples modelos teóricos para representar el suicidio, los cuales configuran un campo complejo de saber. Sin embargo, no necesariamente es un campo plural a nivel epistemológico. El análisis de los enunciados muestra tres grandes líneas teóricas que permiten comprender cómo se configuran marcos de interrogación y representación de este fenómeno desde el discurso experto. De esta forma, se identifica una hegemonía del modelo biomédico, el uso de modelos sociológicos clásicos y la inclusión parcial de modelos psicológicos alternativos.

En primer lugar, predomina un enfoque médico-psiquiátrico que asocia el suicidio con la enfermedad mental, particularmente con los trastornos depresivos, ansiosos y afectivos. Este modelo se inscribe en un discurso de la salud pública y es reforzado por el uso sistemático de adjetivos como «grave», «extrema» o «crónica», que dotan de carácter patoló-

gico a la conducta suicida. Resulta frecuente encontrar cifras que sustentan estas afirmaciones: «el 90 % de los suicidios se atribuyen a enfermedades mentales o al consumo de sustancias», al tiempo que se sostiene que el suicidio «es la manifestación más extrema de problemas de salud mental como la depresión» (INMLCF, 2021: 481). Esta perspectiva implica una responsabilización de la persona y sugiere que la prevención se debe centrar en la detección clínica de signos de riesgo, sin considerar de manera estructural las condiciones que producen ese sufrimiento (INMLCF, 2007).

Por otra parte, la segunda línea teórica tiende a explicar el suicidio desde la sociología clásica. Así, la comprensión del modelo de E. Durkheim es central y su texto *El suicidio* es constante en los marcos bibliográficos. Las tipologías del suicidio egoísta, anómico, altruista y fatalista se presentan de forma recurrente y se convierten en nociones explicativas con legitimidad teórica. De tal forma, aparecen enunciados sobre este aspecto. Por ejemplo, «El sociólogo francés Émile Durkheim (1858-1917), en su obra *El suicidio*, señala que los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales» (INMLCF, 2011: 205). Los planteamientos del sociólogo francés se utilizan como formas que institucionalizan y ratifican una interpretación funcionalista del suicidio. El uso de adjetivos como «anómico» o «altruista» refuerzan clasificaciones que trascienden el sentido teórico e histórico en el que fueron usados estos conceptos y, además, reproducen lenguajes distantes del carácter psicosocial del suicidio.

Por último, en los documentos se identifican modelos psicológicos que pueden ser considerados como alternativos. El modelo cúbico de Shneidman, la teoría de la desesperanza aprendida de Seligman o los modelos diátesis-estrés aparecen en algunos textos como modos de explicación del suicidio (INMLCF, 2001). Estas perspectivas teóricas introducen un margen de complejidad respecto de las explicaciones biologicistas o funcionalistas del suicidio por medio de un análisis multidimensional de las interacciones entre las personas y sus contextos. Se encuentran nociones que diluyen las dimensiones sociales y la agencia política vinculada con el suicidio. Nociones como «déficit cognoscitivo», «presión emocional» y «estados proximales y distales» son conceptos que producen marcos interpretativos que no recurren directamente a la patologización, pero están subordinados a una lógica clínico-preventiva.

Puede sostenerse que los modelos teóricos presentes en los informes *Forensis* han producido una arquitectura de saber que fluctúa entre el predominio del modelo biomédico, la tradición sociológica clásica y los modelos psicológicos de origen cognitivo conductual. Es importante señalar que no se consideran otros modelos de tipo sociocultural o enfoques críticos que han producido aproximaciones al suicidio orientadas a interrogar la causalidad biológica y el determinismo social.

2.3 Grupos poblacionales representados en los documentos

La construcción de los informes institucionales produce un ordenamiento discursivo del suicidio según grupos poblacionales. Se debe señalar que estos informes no solo ofrecen cifras acerca de tendencias, sino que también producen representaciones de grupos sociales. Por medio del uso de una discursividad basada en la estadística, se produce una codificación y categorización de las personas que son consideradas como vulnerables o en riesgo. Por ejemplo, al incluir categorías como «desmovilizados», «desplazados», «homosexuales», «recicladores» bajo el rótulo de «grupo vulnerable», el lenguaje institucional produce una serie de sujetos, con situaciones sociales diferenciadas, pero que son estabilizados e institucionalizados como *otredades* atravesadas por la marginalidad.

Aparece una estrategia discursiva de agrupamiento poblacional por medio de la segmentación etaria. Se pueden encontrar enunciados como «En nuestro país tradicionalmente los adolescentes y los adultos mayores han sido los grupos más afectados por este fenómeno, debido a diversos factores entre los cuales se destacan la falta de habilidades» (INMLCF, 2001: 137) y que estos «requieren mayor atención por parte de su núcleo familiar» (INMLCF, 2015: 345). De esta manera, la cuestión del riesgo se asocia con la edad, considerada como una variable central en los análisis. Sin embargo, los textos aluden a «la adolescencia» y «la vejez» como etapas críticas, basándose en marcos teóricos centrados en la individualidad de los fenómenos del desarrollo. Esto es esperable debido a los modelos explicativos del suicidio, que suelen omitir aspectos de tipo económico, social y simbólico que permean a estos momentos del ciclo vital en la realidad colombiana.

La adolescencia se inscribe discursivamente en la inestabilidad emocional y dependencia, mientras que la vejez, con el deterioro, la soledad y la carga. Por ejemplo, en la afirmación: «lo cual implica una exclusión

y marginalización de los adultos mayores en tanto la sociedad no provee los medios ni las metas institucionales que permitan la extensión del vínculo con las redes sociales» (INMLCF, 2000: 135) o en aquellas que señalan cómo «el aislamiento o sentimiento de soledad por la separación de sus familiares o redes de apoyo incide en la frecuencia de las conductas suicidas» (INMLCF, 2006: 205). Estos fragmentos naturalizan la ruptura de vínculos como condición del presente de los adultos mayores. Estos modos de enunciar asocian al suicidio con características que se suponen *esenciales* a estos ciclos vitales, omitiendo aspectos económicos y sociales que inciden sobre la valoración cultural de la vejez.

El género es otro elemento conceptual que emerge en los documentos. Una primera cuestión consiste en una tematización basada en el binarismo sexual. Se evidencian frases que no proponen una interrogación crítica de la asociación entre género y suicidio: «por cada mujer se suicidan cuatro hombres» (INMLCF, 2013: 328, 2014: 134). La insistencia en este tipo de enunciado se naturaliza, pero no se genera una discusión amplia sobre las implicaciones que tienen los mandatos de género en la estructuración de las masculinidades.

Cuando se enuncia el suicidio en las mujeres, particularmente los casos de filicidio-suicidio, se suele incorporar una narrativa patologizante: «En este estudio de 40 casos de filicidio, el intento de suicidio se presentó en 6 de ellos y fue protagonizado por mujeres deprimidas, 5 de ellas con depresión psicótica. Las mujeres filicidas-suicidas de este estudio utilizaron armas corto-punzantes o tóxicos para dar muerte a sus hijos e intentar suicidarse» (INMLCF, 2006: 184). Aquí se subraya una figura femenina que rompe con el ideal materno del cuidado y se asocia con la enfermedad mental y la criminalidad. Sin embargo, cuando estos casos ocurren en varones, estos aspectos son omitidos.

Igualmente, aparecen vinculaciones que implican una interseccionalidad entre juventud y feminidad. El respaldo estadístico es una pieza clave para sustentar esta asociación y aparecen afirmaciones en varios documentos, por ejemplo, que «el 62 % de las mujeres que se suicidó era menor de 24 años» (INMLCF, 2003: 120), lo cual produce un modo de representación que indica la existencia de una correlación directa entre juventud femenina y suicidio. Sin embargo, estas explicaciones rara vez involucran un análisis sobre las violencias específicas que enfrentan las mujeres jóvenes, como el acoso, la sobrecarga doméstica, la desigualdad económica o la discriminación institucional.

También se evidencia la identificación de otros grupos sociales como intrínsecamente vulnerables. Se señala, por ejemplo, que «las características de una persona que llega con muerte violenta por suicidio son escolaridad básica primaria, perteneciente al grupo de campesinos o adictos consumidores de drogas» (INMLCF, 2010: 203). El ordenamiento que se produce en este punto retrata un perfil o tipología que pocas veces se problematiza en los marcos teóricos. De tal modo, se configuran grupos poblacionales en los que se justifica una intervención focalizada debido a que implican riesgo o peligrosidad. Sin embargo, se omite la exploración de las condiciones estructurales —como el abandono estatal, la precariedad laboral o la violencia institucional— que sostienen esas trayectorias.

La infancia también es un grupo poblacional que se asocia discursivamente con el suicidio. En este caso, se piensa que el suicidio es una anomalía que debe ser controlada de inmediato y se origina por problemas interpersonales severos (INMLCF, 2005). Por ejemplo, se afirma que «El suicidio infantil pueden ser los intentos de venganza, dejar de ser una molestia, el abuso o maltrato, cualquier síntoma de perturbación familiar» (INMLCF, 2004: 111). Los enunciados sitúan la causa del malestar infantil en la *intimidación* del entorno doméstico y pocas veces se visibilizan otros escenarios como la escuela, la pobreza urbana o el conflicto armado que han afectado de manera contundente a las infancias en Colombia. La niñez emerge como figura discursiva construida como víctima absoluta. Del mismo modo, el Estado es asumido como figura tutelar que se debe encargar de intervenir las familias y entornos disfuncionales para los niños.

En este mismo sentido, el *riesgo* se convierte en una categoría estructurante y clasificante de la población joven. Se afirma, por ejemplo, que «jóvenes de edades entre 18 y 29 años, con educación de primaria, bachillerato o profesional, pertenecientes a los grupos vulnerables campesinos o consumidores de sustancias psicoactivas, solteros...» (INMLCF, 2004: 233) concentran los casos de suicidio, lo cual produce la representación de un sujeto joven compuesto por múltiples marcaciones de precariedad. Se propone una lectura del malestar que no es situada y se limita a la superposición de variables estadísticas que, una vez combinadas, lo convierten en destinatario *natural* de la política pública.

Finalmente, en los informes aparecen referencias a grupos que históricamente han sido atravesados por la violencia, estigmatización y exclusión. Se construyen representaciones acerca de *otredades culturales*. Por ejemplo, las poblaciones indígenas suelen convertirse en objeto de indagación.

Así, aparecen enunciados como «los pueblos indígenas tienen el mayor riesgo de suicidio respecto de cualquier otra cultura o grupo étnico identificado» (INMLCF, 2023: 370). Esta clase de afirmaciones produce una imagen que asocia un grupo cultural de manera inherente al suicidio. Los marcos teóricos de los documentos, al basarse en modelos explicativos occidentales, omiten los sentidos y significados culturales que tiene la muerte voluntaria en estas poblaciones. En consecuencia, la representación de estas poblaciones se subsume en el discurso psicopatologizante, omitiendo temas que modulan el suicidio en estos contextos como el racismo estructural, la desposesión territorial o la violencia cultural que afecta a estos pueblos.

Los informes producen una gramática sobre los grupos centrada en la vulnerabilidad que organiza el sufrimiento bajo una codificación estadística. Al afirmar que «el factor predominante en los casos de suicidio es la adicción a una droga natural o sintética, haber sido campesino o trabajador del campo, haber pertenecido a un grupo étnico...» (INMLCF, 2023: 171), se afianza una mirada que convierte la vida social en una serie de variables de riesgo. Esta lógica del discurso no busca problematizar el suicidio, sino que reproduce categorías de intervención que legitiman un gobierno diferencial de las vidas, ampliando las mismas desigualdades que pretende abordar.

2.4 Coyuntura social representada en los documentos

Los informes exceden el tema del suicidio e involucran situaciones sociales más amplias. En este sentido, esta categoría evidencia los acontecimientos discursivos históricos y sociales que inciden a lo largo del corpus. Se destacan coyunturas sociales y económicas importantes en la historia reciente del país, las cuales son enunciadas como elementos que median en el comportamiento suicida.

Por ejemplo, la crisis hipotecaria ocurrida en los años noventa se considera como un antecedente importante. Se afirma que: «Si el boom de los homicidios se presentó en 1993, el de los suicidios se originó hacia los años de 1998/1999, de forma casi concomitante con las crisis del UPAC, el desempleo y la coyuntura económica, vividas por el país en esa época» (INMLCF, 2003: 119). Esta afirmación indica una relación directa entre el suicidio y el deterioro económico que atravesó Colombia durante la última década del siglo xx. Si bien este tipo de afirmaciones suponen una visibili-

zación de las condiciones materiales del sufrimiento psíquico, pueden reducir la explicación del suicidio a una respuesta mecánica frente a las crisis sociales. Esta interpretación del suicidio ignora las dimensiones simbólicas y subjetivas del fenómeno.

Las respuestas institucionales que se mencionan se presentan desde sus limitaciones y problemáticas. En una parte se denuncia que: «Todas estas razones dan cuenta de los divorcios existentes entre las políticas de salud y los comportamientos saludables esperados de la población, así como el reconocimiento de los factores de riesgo» (INMLCF, 2004: 117), y más adelante se referencian «las políticas de endeudamiento promovidas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial con el apoyo de los gobiernos locales» (INMLCF, 2017: 410). Sin embargo, el tratamiento de estas críticas, que pueden ser oportunas, no se traduce en una revisión concreta de las prácticas institucionales y las políticas de salud mental. Mientras se alude a la necesidad de «las políticas estructurales», la principal estrategia de prevención que se menciona es «restringir el acceso a sustancias tóxicas como cianuro, plaguicidas, solventes inhalantes...» (INMLCF, 2023: 178). Se observa una orientación técnica que circunscribe el problema a la gestión y la vigilancia de los medios letales, sin analizar sus determinantes sociales o políticos.

Otro grupo de enunciados también señalan las transformaciones ligadas a la experiencia urbana y laboral en Colombia. Con la agudización del conflicto armado a inicios del siglo XXI, las ciudades fueron los espacios de recepción de millones de desplazados por la violencia. Al mismo tiempo, se produjeron transformaciones políticas y jurídicas en los ámbitos laborales marcadas por la apertura económica. Estas cuestiones conducen a una reconfiguración de la vida de las personas y al deterioro de los vínculos sociales.

A estos elementos se añade la centralidad discursiva atribuida a la precarización de la vida cotidiana. En varios pasajes se mencionan condiciones como el estrés laboral, la presión por el éxito o el fracaso académico. Un ejemplo de ello se encuentra en el siguiente enunciado: «los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés... presión para lograr éxito...» (INMLCF, 2002: 172). Este tipo de formulaciones sugiere que las exigencias sociales contemporáneas, mediadas por lógicas de rendimiento y competencia, configuran escenarios de vulnerabilidad subjetiva. Aun así, el modo en que se presentan estos procesos los aísla del análisis político-económico que los origina. No se tematiza, por ejemplo, el papel de las reformas edu-

cativas, los sistemas de evaluación o las condiciones de empleabilidad juvenil.

Algunos enunciados introducen la temática del conflicto armado y sus consecuencias, como cuando se establece una conexión, tal y como lo ilustra la afirmación: «los suicidios dentro de grupos indígenas de las etnias Emberá y Wounaan del municipio de Riosucio (Chocó). [...] relaciona el suicidio indígena en un contexto de violencia sociopolítica, que afectó [...] a varias comunidades de esa zona» (INMLCF, 2023: 371). Esta clase de vinculaciones discursivas permiten comprender el suicidio como parte de un continuum de violencia histórica. No obstante, los informes apenas esbozan estas relaciones sin profundizar en el modo en que la guerra y la militarización del territorio transforman las formas de vida y el comportamiento en los territorios.

De manera similar, otros enunciados se refieren a la situación bélica del país: «las situaciones de conflicto mantenido en el medio familiar son uno de sus antecedentes más claros...» (INMLCF, 2002: 171). Si bien los enunciados aportan indicios sobre dinámicas internas que complejizan el fenómeno, la articulación discursiva con los contextos sociales es limitada. El conflicto, tanto armado como doméstico, es tratado más como *contexto de fondo* que como fuerza estructurante de las trayectorias de la experiencia subjetiva del suicidio en Colombia.

Los efectos de crisis generalizadas, como la pandemia de COVID-19, también son utilizados como elementos explicativos del comportamiento suicida, aunque tratados con ambigüedad. Así, se señala la necesidad de establecer «el impacto, tanto de las medidas de emergencia sanitaria como de los efectos colaterales de la pandemia (crisis social y económica) acarreados a la salud mental de la población colombiana» (INMLCF, 2021: 457). En lugar de interpelar la gestión estatal de la crisis o las desigualdades que agudizó el confinamiento obligatorio, los informes se centran en mencionar la pérdida de rutinas como factores de riesgo de suicidio. De nuevo, los aspectos estructurales suelen ser ubicados como elementos genéricos y no son interrogados de manera crítica.

Los informes incluyen una serie de enunciados que, si bien permiten entrever la dimensión social y cultural del suicidio, lo hacen desde una racionalidad fragmentada y poco contextualizada. Se enuncian fenómenos como la precariedad laboral, el conflicto armado, la presión por el éxito social o la fragilidad institucional disociados del comportamiento del suicidio. Se asumen como correlatos estadísticos sin una articulación discursiva

que los integre como parte de un mismo sistema de violencia social en Colombia. Esto da cuenta de una limitación epistemológica del enfoque médico-jurídico del suicidio, que reduce la complejidad del fenómeno a clasificación y control universalizable, lo cual limita las posibilidades de una lectura contextualizada.

3. DISCUSIÓN

El análisis crítico de los saberes expertos sobre el suicidio excede la intención explicativa del fenómeno. La experticia no solo propone categorizaciones, realiza mediciones o establece intervenciones clínicas o de prevención, sino también construye discursos sobre el suicidio y establece interpretaciones acerca de las relaciones interpersonales, la sociedad, la política y la economía (Rose, 1991, 2019). El análisis de estos discursos permite interpretar cómo ciertos marcos epistémicos delimitan *lo pensable* sobre el suicidio y definen horizontes de intervención sobre la vida misma. Es decir, un documento epidemiológico sobre el suicidio no solo formula recomendaciones para su prevención, sino que también produce lenguajes para nombrar la muerte voluntaria y modular moralmente su sentido (Castillo-Patton, 2024).

Uno de los ejes del estudio consistió en desplazar la atención de los datos epidemiológicos hacia los discursos y su historicidad (Marsh, 2013). En este modo de análisis crítico del discurso, se reconoce que las cifras presentadas no son neutrales y se articulan con dispositivos institucionales que desbordan las intenciones de quienes producen los textos. En los informes se evidencia que el análisis estadístico no se limita a un recurso metodológico, sino que es una práctica discursiva que ordena y normaliza ciertas formas de comprensión del suicidio, privilegiando dimensiones del fenómeno y desatendiendo otras. Dicho énfasis se articula con marcos discursivos movilizados por organismos transnacionales como la Organización Mundial de la Salud.

La identificación de grupos etarios en las clasificaciones epidemiológicas suele justificarse en términos de la prevalencia del suicidio. No obstante, se debe reconocer que estas codificaciones reproducen efectos representacionales que asocian los grupos etarios con el comportamiento suicida. Este tipo de segmentación, cuando no se analiza de manera social e histórica, puede producir efectos de naturalización (Foucault, 2007); por

ejemplo, cuando se señala un vínculo *esencial* entre la juventud y la vejez con el suicidio. Si bien estos modos de codificación pueden resultar útiles para describir tendencias, invisibilizan las dimensiones psicosociales de precariedad y exclusión que atraviesa la experiencia de las juventudes y vejezes en este momento histórico. Se omite el análisis de condiciones estructurales que producen sufrimiento en estos grupos, lo cual transforma diferenciaciones sociales en atributos que parecieran ser esenciales.

Uno de los puntos donde se observa la confluencia entre la producción de grupos de riesgo y el desconocimiento de condiciones sociales amplias se encuentra en el suicidio en las infancias y las adolescencias. Se presta atención al cuidado de estos grupos y a la necesidad de proponer intervenciones, pero se les inscribe bajo modelos teóricos que implican la psicopatologización de su experiencia vital o en la intimidación de los vínculos familiares. Así, ordenar la experiencia bajo la noción de riesgo puede traer como consecuencia lógicas de intervención patologizantes e individualizantes, las cuales limitan prácticas de cuidado (Bianchi, 2016; Wasserman et al., 2021). Además, situar el suicidio como un fenómeno privado, puede reproducir prácticas de estigmatización y culpabilización en las personas supervivientes —en este caso las familias— (Sheehan et al., 2018).

Otro aspecto que se evidencia vinculado con las características etarias es la ubicación conceptual del género. Como se ha mostrado en múltiples trabajos de investigación sobre el suicidio, la categoría de género implica una serie de problemas teóricos y políticos relevantes (Jaworski, 2016). Los documentos analizados reproducen un marco binario que reafirma una normatividad sobre los modos de vivir y morir, lo cual invisibiliza las identidades sexuales disidentes (Orozco-Villa, 2021). Los discursos sobre la diversidad aparecen de modo genérico y se asocian con la patología o la vulnerabilidad. Uno de los hallazgos centrales de este estudio consiste en evidenciar cómo las mujeres son asociadas de manera constante con el intento de suicidio, mientras los varones encarnan la experiencia del suicidio consumado. Esta diferencia reproduce estereotipos de género en la investigación, según los cuales las mujeres estarían vinculadas a la fragilidad y necesidad de búsqueda de ayuda, mientras los hombres serían violentos y determinados (Dantas et al., 2023).

Asimismo, el abordaje de la ruralidad y la pertenencia étnica expresa la complejidad del suicidio en Colombia. Si bien se presentan datos sobre poblaciones campesinas e indígenas, la población afrocolombiana no está incluida. Se podría suponer que esta omisión se debe particularmente a la

baja incidencia del suicidio en este grupo. Sin embargo, esta clase de ausencias suelen mostrar una lectura de la salud mental que no considera elementos de la racialización en los estudios acerca del suicidio.

Las poblaciones rurales e indígenas son reconocidas como grupos de riesgo. Las interpretaciones que se realizan del suicidio en estos contextos suelen excluir análisis interculturales. Quizás esta sea una de las consecuencias de establecer modelos acerca del suicidio desde perspectivas biomédicas que sitúan el suicidio como una situación universal y generalizable a todos los grupos humanos (Corpas, 2011; Polanco y Pham, 2024). En los textos no se incluyen aspectos que han sido investigados sobre el suicidio en el contexto de la ruralidad en el país, los cuales han mostrado asociaciones entre el suicidio y aspectos sociales, económicos y políticos que modulan el suicidio en esta población (Arias y Blanco, 2010; Nieto-Betancurt et al., 2024; Pérez, 2014). Respecto a los grupos indígenas, se evidencia un reconocimiento de la situación del suicidio en varias comunidades en el país; sin embargo, aspectos documentados en la investigación como lo son el despojo territorial, el conflicto armado y la exclusión histórica de los grupos indígenas no son considerados (Bedoya et al., 2025).

Por otra parte, respecto al abordaje de la coyuntura social del país, estos informes suelen situarse en algunos aspectos que se asocian con el suicidio. Se mencionan la violencia armada, la precarización laboral y la debilidad institucional en el campo de la salud. Sin embargo, estas situaciones siguen siendo presentadas de manera *genérica* y sin articulación teórica como elementos centrales en la comprensión del suicidio. En este caso, en lugar de funcionar como posibles factores explicativos, estos aspectos de la coyuntura social son asumidos como un *telón de fondo*, lo cual limita su posible sentido analítico y su incidencia en una comprensión amplia del suicidio en Colombia.

Finalmente, el análisis crítico del discurso de documentos epidemiológicos producidos en un amplio arco temporal permite examinar no solo transformaciones conceptuales, sino también disputas intelectuales, culturales y políticas que atraviesan la forma en que una institución estatal conceptualiza la muerte voluntaria. El suicidio, lejos de limitarse a una situación médica o psicopatológica, aparece como un fenómeno que permite reflexionar sobre la experiencia de la vida social. En este sentido, los discursos expertos son centrales en la producción de epistemologías sobre el suicidio y las poblaciones que merecen cuidado, vigilancia o intervención (Orozco-Villa, 2023).

4. CONCLUSIONES

Los saberes expertos sobre el suicidio no solo producen explicaciones sobre el fenómeno, sino que también producen sentidos y significados sobre los modos de vida de las personas y de la población. Así, respecto a la representación del suicidio, aparece una retórica de lo multifactorial que ubica el fenómeno bajo una inteligibilidad de la salud pública. No obstante, paradójicamente, en los enunciados la supuesta neutralidad valorativa de esta clase de abordajes se ve atravesada por juicios de valor propios de las relaciones de poder en las cuales se construye el suicidio.

Se observa un predominio de modelos biomédicos que involucran de manera genérica aspectos sociales y culturales. Este aspecto es relevante debido a que no solo muestra una hegemonía epistemológica, sino también la instauración de un régimen de verdad sobre la explicación del suicidio.

El corpus permite reconocer cómo se visualiza y se enuncia la población colombiana y ciertos grupos sociales. Es importante señalar cómo existe una interpretación del suicidio, particularmente desde la organización etaria y étnica. Esta produce un marco de explicación para establecer categorías de riesgo que parecen asociarse inherentemente con elementos biológicos del ciclo vital. También resultó importante observar cómo esta clase de materiales expresan acontecimientos discursivos, en tanto situaciones de la vida social, política y económica aparecen en las interpretaciones. Estos textos no solo *dicen algo* acerca del suicidio, sino que también expresan aspectos de la compleja realidad social e histórica de Colombia.

Este trabajo contribuye desde los estudios críticos del suicidio a pensar los modos en que los discursos expertos producen inteligibilidad y valores sobre el vivir y el morir. En este punto, lejos de negar el valor de los documentos, es necesario reconocer que la experticia está sujeta a relaciones de poder que tienen consecuencias en la vida social. Se muestra que los discursos acerca del suicidio, más que neutrales, son dispositivos que producen normatividad epistémica y orientan modos de gubernamentalidad estatal. Esta discusión recuerda que, aunque pueda parecer una afirmación contraintuitiva, el suicidio se relaciona más con *la vida misma* que con la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias, Eliezer y Blanco, Iraida (2010). Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas de América Latina. *Estudios Sociológicos*, 28(82), 185-210.
- Bantjes, Jason y Swartz, Leslie (2017). The cultural turn in critical suicidology: What can we claim and what do we know? *Death Studies*, 41(8), 512-520. doi:10.1080/07481187.2017.1333355
- Bedoya, Sara María Cano; López-Ríos, Jennifer Marcela y Arango-Urrea, Juan David (2025). Suicidio en comunidades indígenas de Antioquia, Colombia, 2012-2022: perspectivas desde una revisión documental. *Gerencia y Políticas de Salud*, 24. doi:10.11144/Javeriana.rgps24.scia
- Bianchi, Eugenia (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 417-430. doi:10.11600/1692715x.14128210715
- Brunero, Scott; Smith, Julie; Bates, Emma y Fairbrother, Gerry (2008). Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(7), 588-594. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01278.x
- Button, Mark E. (2016). Suicide and Social Justice: Toward a Political Approach to Suicide. *Political Research Quarterly*, 69(2), 270-280. doi:10.1177/1065912916636689
- Castillo-Patton, Andy Eric (2024). El gobierno de sí en las guías de prevención y postvención del suicidio. *Andamios*, 21(56), 121-153. doi:10.29092/uacm.v21i56.1124
- Castillo-Patton, Andy Eric y Carretero-García, Carlota (2023). Significados del suicidio en la (pos) pandemia: ambivalencias en el discurso público y de actores cívico-mediáticos en España. *Recerca*, 28(2). doi:10.6035/recerca.6819

- Corpas, José Manuel (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*, 27(2).
- Dantas, Eder Samuel Oliveira; Meira, Karina Cardoso; Bredemeier, Juliana y Amorim, Karla Patrícia Cardoso (2023). Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 1469-1477. doi:10.1590/1413-81232023285.16212022
- de Freitas, Ana Paula Araújo y Borges, Lucienne Martins (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 560-577.
- Fairclough, Norman (2003). *Analysing discourse: Textual analysis for social research*. Nueva York: Psychology Press.
- Fairclough, Norman (2013). *Critical discourse analysis: The critical study of language*. Nueva York: Routledge.
- Fitzpatrick, Scott J. (2022). The moral and political economy of suicide prevention. *Journal of Sociology*, 58(1), 113-129. doi:10.1177/14407833211001112
- Foucault, Michel (2006). *Seguridad, territorio, población: curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Trad. Horacio Pons.
- Foucault, Michel (2007). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo De Cultura Económica. Trad. Horacio Pons.
- Foucault, Michel (2018). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores. Trad. Ulises Guiñazú.
- Gillett, Grant (2012). Foucault and current psychiatric practice. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 19(1), 59-61. doi:10.1353/ppp.2012.0008
- Giraldo-Giraldo, César Augusto (1993). Organización de la medicina legal en Colombia. *Medicina legal de Costa Rica*, 43-4.

- Giraldo-Giraldo, César Augusto (2014). Medicina legal en Colombia. Crónica de un centenario y de sus antecedentes. *CES medicina*, 28(2), 325-335.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) (2025). Centro referencia - Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Recuperado de: <https://www.medicinalegal.gov.co/portafolio-de-servicios/centro-referencia> [Consultado el 27 de diciembre de 2025].
- Jäger, Siegfried (2003). Discurso y conocimiento: aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y del análisis de dispositivos. En Wodak, Ruth y Meyer, Michael (Eds.). *Métodos de análisis crítico del discurso* (101-141). Barcelona: Gedisa.
- Jaworski, Katrina (2016). *The gender of suicide: Knowledge production, theory and suicidology*. Nueva York: Routledge.
- López, Aixa Gabriela (2021). Narrativas del Duelo en Profesionales de Salud Mental Sobrevivientes a Suicidio. *Revista Sul-Americana de Psicología*, 9(2), 37-56. doi:10.29344/2318650X.2.3047
- Lyra, Renan; McKenzie, Sarah K.; Every-Palmer, Susanna y Jenkin, Gabrielle (2021). Occupational exposure to suicide: A review of research on the experiences of mental health professionals and first responders. *PLoS one*, 16(4).
- Marsh, Ian (2013). The uses of history in the unmaking of modern suicide. *Journal of Social History*, 46(3), 744-756. doi: <https://doi.org/10.1093/jsh/shs130>
- Marsh, Ian (2015). Critiquing contemporary suicidology. En White, Jennifer; Marsh, Ian; Kral, Michael J. y Morris, Jonathan (Eds.). *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century* (15-30). Vancouver: UBC Press.
- Marsh, Ian (2020). The Social Production of Psychocentric Knowledge in Suicidology. *Social Epistemology*, 34(6), 544-554. doi: 10.1080/02691728.2020.1725920

- Nieto-Betancurt, Lucy; Mosquera-Becerra, Janet; Fandiño-Losada, Andrés y Guava, Luis Alberto Suárez (2024). Suicidio y prácticas médicas: la valoración del modo de vida de hombres campesinos caficultores colombianos en la atención de la salud mental. *Salud colectiva*, 20. doi: 10.18294/sc.2024.4663
- Orozco-Villa, Edison (2019). Análisis crítico del discurso y suicidio: Más allá de la narrativa de la enfermedad. *Arbor*, 195(794). doi: 10.3989/arbor.2019.794n4007
- Orozco-Villa, Edison (2021). El suicidio en disputa: aproximación crítica a la asociación entre suicidio y sexualidades no heteronormativas. *Saúde e Sociedade*, 30(1). doi: 10.1590/S0104-12902021200073
- Orozco-Villa, Edison (2023). Apuntes acerca de la producción epistemológica de la corporalidad suicida. *Cultura de los Cuidados*, 27(66). doi: 10.14198/cuid.2023.66.04
- Pérez, Andrea L. (2014). Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia)/Silenced Kills: Problems of farmers suicide in La Union, Antioquia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(2), 92.
- Polanco, Marcela y Pham, Anthony (2024). Suicide and the Coloniality of the Senses, Time, and Being: The Aesthetics of Death Desires. *Social Sciences*, 13(11), 576. doi:10.3390/socsci13110576
- Rabier, Christelle (2007). Introduction: expertise in historical perspectives. En Rabier, Christelle y Maison Française d'Oxford (Eds.). *Fields of expertise: a comparative history of expert procedures in Paris and London, 1600 to present*. Newcastle: Cambridge Scholars Pub.
- Rodríguez-Otero, José Eduardo; Campos-Mouriño, Xiana; Meilán-Fernández, David; Pintos-Bailón, Sarai y Cabo-Escribano, Graciela (2022). Where is the social in the biopsychosocial model of suicide prevention? *International*

- Journal of Social Psychiatry*, 68(7), 1403-1410. doi: 10.1177/00207640211027210
- Rose, Nikolas (1991). Experts of the soul. *Psychologie und geschichte*, 3(1/2).
- Rose, Nikolas (1998). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas (1999). *Governing the soul: the shaping of the private self* (2.^a ed.). Londres: Free association books.
- Rose, Nikolas (2019). Beyond medicalisation. En Oberlander, Jonathan; Buchbinder, Mara; Churchill, Larry R.; Estroff, Sue E.; M. P. King, Nancy; Saunders, Barry F.; Strauss, Ronald P. y Walker, Rebecca L. (Eds.). *The Social Medicine Reader, Volume II, Third Edition* (31-36). Duke University Press.
- Sánchez, Ricardo; Orejarena, Silvia; Guzmán, Yahira y Forero, Janeth (2002). Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. *Biomédica*, 22(Supl. 2), 417-24.
- Sheehan, Lindsay; Corrigan, Patrick W.; Al-Khouja, Maya A.; Lewy, Stanley A.; Major, Deborah R.; Mead, Jessica; ... Weber, Stephanie (2018). Behind Closed Doors: The Stigma of Suicide Loss Survivors. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 77(4), 330-349. doi: 10.1177/0030222816674215
- Szasz, Thomas (2002). *Libertad fatal: Ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós.
- Velasco, María del Mar y Pujal i Llombart, Margot (2005). Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social*, (7), 9.
- Waern, Margda; Kaiser, Niclas y Renberg, Ellinor Salander (2016). Psychiatrists' experiences of suicide assessment. *BMC Psychiatry*, 16(1), 440. doi: 10.1186/s12888-016-1147-4
- Wasserman, Danuta; Carli, Vladimir; Iosue, Miriam; Javed, Afzal y Herrman, Helen (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk

and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3). doi: 10.1111/appy.12452

White, Jennifer (2017). What can critical suicidology do? *Death studies*, 41(8), 472-480.