



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**SITUACIÓN INVESTIGATIVA, NORMATIVA Y
OPERATIVA DE LOS PROGRAMAS DE
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

Autor

Mauricio Monroy Calle

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Psicología

Medellín, Colombia

2021



Situación Investigativa, Normativa y Operativa de los Programas de Prevención del
Suicidio

Mauricio Monroy Calle

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

Psicólogo

Asesora:

Diana Cristina Buitrago Duque

Magíster en Salud Mental

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Departamento de Psicología
Medellín, Colombia
2021

Tabla de contenido

Resumen	1
Abstract.....	2
1. Planteamiento del problema	3
2. Justificación.....	7
3. Objetivos.....	8
3.1. General.....	8
3.2. Específicos	8
4. Marco de referencia.....	9
4.1. Psicología de la salud.....	9
4.2. Suicidio	11
4.3. La prevención en salud	13
4.4. Antecedentes investigativos en torno al suicidio	16
5. Diseño metodológico.....	30
5.1. Tipo de estudio.....	30
5.2. Fuentes de información.....	31
5.3. Categorías	32
5.4. Instrumentos de recolección, registro y análisis de la información	33
5.5. Matrices de análisis.....	33
5.6. Consideraciones éticas	35
6. Resultados	37
6.1. Resultados de los reportes investigativos en torno a la prevención del suicidio ...	38
6.2. Resultados de los lineamientos normativos sobre la prevención del suicidio	50
6.3. Resultados acerca de los programas de prevención del suicidio	55
7. Discusión y conclusiones	66
Referencias	70
ANEXOS	86
Anexo 1: Formato de registro bibliográfico.....	87
Anexo 2: Formato de clasificación del material	117
Anexo 3: Formato de análisis del contenido para reportes investigativos.....	124
Anexo 4: Formato de análisis del contenido para lineamientos normativos	169
Anexo 5: Formato de análisis del contenido para programas de prevención	176

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo revisar la situación investigativa, normativa y operativa de los programas diseñados e implementados para prevenir el suicidio entre 2010 y 2020 en algunos países de habla hispana, en la ciudad de Medellín y en otras ciudades de Colombia. Para este propósito se utilizó el método basado en la investigación documental, el cual consistió en una búsqueda en diferentes bases de datos académicas y otras pertenecientes a entidades tanto gubernamentales como no gubernamentales. De acuerdo con la OMS el suicidio es un imperativo global que de una u otra manera involucra a todos aquellos que trabajan en el sector de la salud, además depende de muchos factores. Por este motivo algunas de las investigaciones recomiendan la capacitación no solo a los profesionales, sino a padres, educadores y población en general, con el fin de que los mismos aprendan a reconocerlos. En cuanto a la situación normativa en Colombia se puede decir que, a pesar del avance en cuanto Decretos, Leyes y Resoluciones, existen muchas limitaciones sociales y políticas para que se lleven a cabo programas de promoción y prevención a nivel nacional. Por otro lado, es posible afirmar que el suicidio es un fenómeno que se presenta en cualquier momento de la vida de las personas, la investigación y los esfuerzos de los programas de prevención parecen estar centrados principalmente en jóvenes, coincidiendo esto con la perspectiva de la OMS, la cual señala que es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años. Como conclusión se puede decir que un buen programa de prevención del suicidio tiene en cuenta factores de riesgo, trastornos de la salud mental, educación y aspectos del desarrollo de cada persona.

Palabras clave: Suicidio; Prevención del suicidio; Normatividad; Programas de prevención.

Abstract

The aim of this paper is to review the research, normative and operational situation of the programs designed and implemented to prevent suicide between 2010 and 2020 in some Spanish-speaking countries, in the city of Medellin and in other cities of Colombia. For this purpose, the method based on documentary research was used, which consisted of a search in different academic databases and others belonging to both governmental and non-governmental entities. According to the WHO, suicide is a global imperative that in one way or another involves all those who work in the health sector and depends on many factors. For this reason, some of the researches recommend training not only professionals, but also parents, educators and the general population, so that they learn to recognize them. Regarding the regulatory situation in Colombia, it can be said that, despite the progress in terms of Decrees, Laws and Resolutions, there are many social and political limitations to carry out promotion and prevention programs at the national level. On the other hand, it is possible to affirm that suicide is a phenomenon that occurs at any time in people's lives, the research and efforts of prevention programs seem to be focused mainly on young people, coinciding with the perspective of the WHO, which states that it is the second leading cause of death in people aged 15 to 29 years. In conclusion, it can be said that a good suicide prevention program takes into account risk factors, mental health disorders, education and developmental aspects of each person.

Keywords: Suicide; Suicide prevention; Regulation; Prevention programs.

1. Planteamiento del problema

El suicidio es un fenómeno que ha acompañado a la humanidad desde tiempos ignotos, muchos personajes históricos han dejado huella precisamente por haber atentado contra su propia vida. En la actualidad (al menos en occidente) son innumerables los estudios que se han realizado acerca del tema, muchos coinciden en que los suicidios se dan especialmente en población joven, no obstante, esto no excluye a otro tipo de población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) por ejemplo, estima que anualmente se suicidan más de 800.000 personas; además señala que el suicidio es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años (OMS, 2019). Otras fuentes afirman que los jóvenes tienen mayor riesgo suicida por múltiples factores, es una época de cambios no solo fisiológicos, sino cognitivos y conductuales; los jóvenes están expuestos a eventos vitales estresantes y a diferentes factores de riesgo (Siabato y Salamanca, 2015).

Algunas de las investigaciones en torno al tema del suicidio señalan que el grueso de la población que se suicida lo hace al no poder enfrentar las dificultades de la vida. Se dice, además, que: “los eventos vitales adversos, ruptura con la pareja afectiva, dificultades económicas y desempleo aumentan el riesgo de suicidio, independientemente de la presencia de otros factores” (García-Valencia et al., 2008, p. 26). El suicidio se considera un problema de salud pública que ha sido asociado a diferentes vivencias y a diferentes trastornos, por lo tanto, desde hace ya varios años el interés de las entidades de salud es disminuir su incidencia en la sociedad.

Estudios recientes indican que existen factores clave que determinan el riesgo de suicidio, estos son: “el sexo, la edad y los antecedentes de autolesión” (González et al., 2016,

p. 143). La ideación suicida y las autolesiones son señales de alarma que no deben pasar desapercibidas por los profesionales de la salud. Autores como Mosquera (2016) afirman incluso que:

En cuanto a la comorbilidad se ha observado que en la población infanto-juvenil los trastornos más asociados y con mayor riesgo son la esquizofrenia y trastorno bipolar; además de la depresión, que aunque no es la más asociada con las muertes ni la más grave, ha resultado ser la más estudiada por su frecuencia. (p. 16)

Otras investigaciones indican que además de incluir factores como las enfermedades mentales, hay que tener en cuenta otros trastornos como “la disfunción ejecutiva, las alteraciones del comportamiento, factores ambientales y genéticos” (Castañeda, 2016, p. 340). A esto se sumarán variables como la crianza, la funcionalidad familiar, los vínculos socioafectivos y la dependencia emocional.

A los argumentos anteriores se suman conclusiones como las de Rodríguez et al. (2006), que abogan por programas que prevengan la ideación y la conducta suicidas:

Tanto por su magnitud como por su tendencia a aumentar y por el hecho de afectar cada vez más a personas jóvenes, el suicidio en Colombia es un importante problema de salud pública. Es necesario que se articulen programas de prevención, priorizando la población de adolescentes con perfiles de riesgo. (p. 169)

Se puede decir que el suicidio desde estas perspectivas es un problema de salud que está en contraposición con el bienestar social; aquel que se suicida no solo atenta contra su propia vida, sino que atenta contra los intereses de los marcos normativos impulsados por el discurso de la salubridad mental. Por esta razón, el suicidio es un tema que es tratado desde

múltiples perspectivas, la dominante es la perspectiva médica, la cual lo considera como un problema de salud pública; es un fenómeno que se ha asociado a diferentes trastornos como la depresión, la disfunción ejecutiva, problemas genéticos entre otros (Castañeda, 2016).

En Medellín y en otras ciudades de Colombia existen documentos y guías que abordan el tema de la prevención del suicidio, no obstante, el programa oficial de prevención del suicidio se encuentra actualmente en construcción por parte del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Se puede decir que las políticas y acciones sobre el tema han sido tomadas desde investigaciones particulares que en cierta forma coinciden con las consideraciones generales de la OMS (2019).

El común denominador de estas publicaciones particulares es que abordan el tema del suicidio desde un enfoque empírico, utilizando instrumentos que miden la ideación suicida en población joven (Córdova et al., 2007). En estas indagaciones, además, es posible encontrar una buena cantidad de factores que se dividen en de riesgo y protectores.

Por otra parte, existen investigaciones que han empleado para sus fines distintos instrumentos que se han diseñado para detectar la ideación suicida. Entre estos se encuentra, por nombrar algunos, la escala *Inventory of suicide orientation – 30*, conocido también como ISO-30 (González et al., 2016); también está la Escala de Ideación Suicida de Aaron Beck (Mamani-Benito et al., 2018); el Inventario de ideación suicida positiva y negativa (*Positive and Negative Suicidal Ideation – PANSI*) (Siabato et al. 2017); y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Suárez-Colorado et al., 2019).

De igual forma, se puede traer a colación algunas publicaciones que hacen una revisión documental acerca del suicidio. Por ejemplo, Andrade (2012), haciendo un estudio

específicamente en el comportamiento suicida en adolescentes, concluye que dicho comportamiento deriva de una crisis, la cual desata una especie de rompimiento con la norma impuesta por el sistema social y la instituciones que estructuran la familia, las emociones y los sentimientos. En palabras del autor:

El suicidio implica una crisis de las instituciones sociales, cuya praxis es la expresión por excelencia de la razón en la sociedad contemporánea, por tanto la crisis social que el suicidio expresa es también el correlato de la crisis de la razón occidental. (p. 715)

Por su parte, Pianowski et al. (2015), haciendo una revisión sobre la ideación y comportamiento suicida, plantean que los estudios se han enfocado en gran parte en público femenino y en grupos económicamente activos. Además, afirman que, cuando se aborda desde el panorama de la salud mental, hay una fuerte inclinación de los estudios en manifestaciones como la depresión; en condiciones médicas el enfoque de los estudios está puesto en el dolor crónico; y, desde lo psicológico, el acento está puesto en la desesperanza. Por esta y otras razones, recomiendan ahondar en otras fuentes y ampliar el alcance de las investigaciones desde un enfoque cualitativo.

De acuerdo con este panorama, se desprende la cuestión que servirá de guía para el presente trabajo investigativo: ¿Cuál es la situación investigativa, normativa y operativa de los programas diseñados e implementados para prevenir el suicidio entre 2010 y 2020 en países de habla hispana, en la ciudad de Medellín y en otras ciudades de Colombia?

2. Justificación

La presente investigación se centra en el tema del suicidio, el cual ha sido abordado desde diferentes disciplinas como la medicina, la sociología y la psicología. Cada una de ellas aportan investigaciones que se plantean dar cuenta del porqué la gente se suicida; no obstante, son pocas las indagaciones centradas en revisar de manera documental el diseño e implementación de programas para su prevención.

Es posible afirmar que uno de los motivos que llevan a la construcción del presente trabajo se remite a que el suicidio no solo es un problema social que ha ido incrementado sus casos con el paso de los años, sino que es un problema de salud pública y cuya prevención debe abordarse de manera interdisciplinaria. Esta investigación resulta pertinente en el sentido de que sus hallazgos pueden aportar elementos no solo a profesionales de la psicología, sino a todos aquellos que se interesan en la salud mental de las personas.

De igual forma, lo que aquí se expone, es relevante en la medida que puede servir de insumo para futuras indagaciones acerca de la prevención del suicidio. Además, puede sumarse a todos aquellos trabajos que van orientados a promover la salud y a prevenir la enfermedad, lo cual es uno de los propósitos a los que se adhiere la disciplina psicológica.

Por último, se puede decir que este trabajo brinda la oportunidad de llevar a cabo un ejercicio de investigación, lo cual resulta en una experiencia útil para abordar futuros trabajos investigativos. Pues, al ser un estudio de corte documental, se convierte en una unidad de análisis más del tema en cuestión.

3. Objetivos

3.1. General

- Explorar la situación investigativa, normativa y operativa de los programas diseñados e implementados para prevenir el suicidio entre 2010 y 2020 en países de habla hispana, en la ciudad de Medellín y otras ciudades de Colombia.

3.2. Específicos

- Explorar los reportes investigativos sobre programas de prevención del suicidio que se han publicado entre 2010 y 2020 en países de habla hispana.
- Identificar los lineamientos normativos vigentes a nivel global, nacional, regional y local sobre la prevención del suicidio.
- Describir los programas de prevención del suicidio implementados en Colombia y en otros países de habla hispana desde el año 2010 al año 2020.

4. Marco de referencia

4.1. Psicología de la salud

El interés de la psicología por temas como el suicidio corresponde al campo de la salud, campo que empezó a fraguarse en los años 60 del siglo XX, adentrándose en un terreno que antes era de dominio exclusivo de la medicina comportamental. De acuerdo con Stone (1988) las actividades en las que el psicólogo de la salud estaría involucrado serían: 1) la investigación de la relación personalidad y enfermedad; 2) orientación a familias con problemas; 3) orientación a otros profesionales con el fin de facilitar la adhesión al tratamiento en los enfermos; 4) asistencia a las organizaciones en tanto la definición de objetivos y evaluación de sus éxitos; y 5) análisis de políticas alternativas en la provisión de salud por parte del gobierno.

No obstante, el concepto de psicología de la salud se ha ido ampliando y diferenciando de lo que fue en sus inicios, el cual estaba centrado en comprender la relación entre comportamiento, salud y enfermedad física. Además de esta triada, se puede decir que la psicología de la salud comparte el uso de técnicas de modificación de la conducta con la psicología clínica, pero se diferencia de ésta en la medida que le interesa comprender los factores psicológicos presentes en el continuo salud-enfermedad.

Por otro lado, Díaz (2010) destaca cuatro aspectos fundamentales de las perspectivas de trabajo que se le pueden atribuir a la psicología de la salud: 1) investigación e intervención sobre los aspectos psíquicos presentes en el proceso salud-enfermedad; 2) se asume la premisa de que los factores psíquicos tienen incidencia en el origen y evolución de la enfermedad, y el cómo el sujeto asume su experiencia; 3) su interés está en lo que denomina la “salud positiva”, esta asume que los factores psíquicos y sociales son esenciales en el

mantenimiento de la salud, por ello apoya los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; 4) no solo es importante los aspectos psíquicos y sociales de los enfermos, sino que se extiende a la subjetividad de los profesionales que trabajan en este campo.

Por lo anterior, se puede decir que la psicología de la salud ha tenido un evidente desarrollo que no solo se refleja en el terreno de lo clínico sino en lo social y comunitario. Además de los trabajos de promoción y prevención, se interesa en las contribuciones que se hacen en lo que tiene que ver con políticas de salud pública. De acuerdo con Piña y Rivera (2006), la psicología de la salud:

Debe entenderse simple y llanamente como un campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los *conocimientos* —saber acerca de las cosas— como las *competencias* —saber hacer las cosas de modo eficiente— indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud. (p. 673)

A partir de esto, es lícito señalar que el suicidio es un fenómeno que se puede abordar desde la psicología de la salud, en el sentido de que es una problemática de salud pública que se ha ido incrementando con el paso de los años. Tanto las ideaciones como las conductas suicidas son fenómenos de interés de la psicología de la salud, cuyo objetivo es comprender y atenuar los comportamientos autolesivos en el grueso de la población.

4.2. Suicidio

Una de las consecuencias del ser humano al tener consciencia de la muerte, es pensar la posibilidad de controlarla. Al instinto de supervivencia que éste comparte con otras especies, se le ha añadido el deseo de ampliar el umbral de longevidad. De igual manera, algunos amparados en la fantasía de una deidad o deidades absolutas, han abogado por un más allá después de la muerte; otros sustentan los mitos de reencarnación o la eterna peregrinación de las almas. Sin embargo, hasta ahora no hay indicios de que tales fantasías sean posibles. Lo único que se sabe con seguridad, es que la esperanza de vida es más alta con respecto a la antigüedad, y que, de alguna manera, las ideaciones fantásticas aparentemente ayudan a algunos a hacer más soportable el camino hasta el deceso.

Las posibilidades imaginativas que posee el ser humano en torno a la muerte también han influido en el poder de prescindir de la vida por decisión propia. Hasta ahora la única especie que puede planear su propia muerte es el ser humano. No obstante, las razones que motivan al suicidio pueden variar de acuerdo con las reflexiones particulares de cada persona. Cioran (1991), escritor y filósofo rumano decía que:

Reflexionar durante mucho tiempo sobre la muerte o sobre otras cuestiones angustiosas inflige a la vida una herida más o menos decisiva, si bien es verdad que esa clase de tormentos no puede afectar más que a las personas ya heridas. Los seres humanos no se suicidan nunca por razones exteriores, sino a causa de un desequilibrio interno, orgánico. Los mismos acontecimientos dejan a unos indiferentes, marcan a otros e incitan a otros al suicidio. Para llegar a la obsesión del suicidio hacen falta tantos tormentos, tantos suplicios, un desmoronamiento de las barreras interiores tan

violento, que la vida no es tras ello más que una agitación siniestra, un vértigo, un torbellino trágico. (p. 43)

Sin embargo, el acto suicida ha supuesto grandes controversias en la mayoría de los grupos humanos; incluso hoy en día, ha sido emparejada con la insensatez (Velasco y Pujal, 2005). Se puede decir que, aquel que ha atentado contra su propia vida, y que de casualidad ha sobrevivido, es visto como la enfermedad mental por antonomasia. Y aquel que ha conseguido extinguir su existencia, al menos ha cubierto con deshonra y vergüenza a aquellos que le han sobrevivido.

Es evidente que la muerte condiciona la experiencia existencial. Cada uno de los sucesos de pérdida a lo largo de una vida, están permeados por la conciencia de finitud que devela ésta. El suicida, además de señalar los límites infranqueables de la vida, también contribuye a la manifestación de sensaciones de miedo, dolor, impotencia, vacuidad, entre otras en aquellos que le rodean; sensaciones que han sido asociadas desde hace más de una centuria a lo que se conoce como la experiencia de duelo. Éste, está matizado tanto por las experiencias previas como por el tipo de pérdida que se ha experimentado, y en el caso del suicidio se puede intuir que tiene sus peculiaridades.

En el caso de los duelos por suicidio de otro cercano, Worden (2004) especialista en el tema del duelo, afirma que a los sentimientos ligados a la pérdida se le añadirán “el legado de la vergüenza, el miedo, el rechazo, el enfado y la culpa” (p. 151). Además, pueden incidir otros factores que llegan a desdibujar la realidad de los supervivientes. Esto lo agudiza la sociedad contemporánea, ya que, el recurso del suicidio contradice el ideal de bienestar. El superviviente es víctima del señalamiento del otro, lo que conlleva en ocasiones que los vínculos con los otros se vean afectados.

En esta misma vía contribuyen los sentimientos de culpa. Según Worden (2004) “los sentimientos de culpa son normales después de cualquier tipo de muerte, pero en el caso del suicidio se pueden exacerbar seriamente” (p. 152). La idea de poder haber hecho algo para evitar el suicidio de alguien cercano es muy común en los supervivientes. De acuerdo con este mismo autor, en ocasiones la culpa llega a los extremos de señalar a los demás o incitar incluso conductas autodestructivas. Esto podría, además de mostrar la impotencia humana frente a la inevitabilidad de la muerte del otro, la incidencia de la idea de la muerte propia, y la dificultad que acarrea la elaboración de este hecho.

Los sentimientos de enfado y baja autoestima podrían corroborar esto último. El superviviente, las más de las veces, nunca podrá aclarar los motivos del suicidio. Quizás sentirá el mismo como un rechazo; sentirá que aquel que ha muerto por su propia mano quiso cortar de un solo tajo aquellos vínculos que les relacionaban. A esto se le suma el hecho del miedo a estar solo, y de no poder volver a construir un vínculo de igual valía. Algunos incluso se aferran a la idea de estar predestinados a actuar de igual manera, pues, las ideas suicidas no son fáciles de sobrellevar. Como se ha dicho en líneas anteriores, el deseo de vivir, las ansias de perdurar en la eternidad son bastante insidiosas. Los avatares de la ideación suicida se exhiben en dimensiones que pueden llegar a sobrepasar el entendimiento.

4.3. La prevención en salud

Desde la segunda mitad del siglo XX, y gracias a la fundación de la OMS, ha ido prosperando la preocupación por el tema de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las personas. Desde su primera asamblea se definió que la salud no era solo la ausencia de

enfermedad, sino que corresponde a un estado de bienestar que comprende lo físico y lo mental, y la manera de funcionar en el ambiente social (Vinaccia y Quiceno, 2006).

Para asegurar dicho estado, parece ser que la mejor estrategia consiste en usar la promoción y la prevención en conjunto. La diferencia que habría entre las dos sería que la promoción se fundamenta en la creación de condiciones vitales adecuadas para un mejor desarrollo psicológico y psicofisiológico, mientras que la prevención se centra en la reducción de factores de riesgo y promoción de factores de protección con el fin de reducir la prevalencia y la incidencia de la enfermedad (Jané-Llopis, 2004).

Siguiendo a Musitu et al. (2004), es posible afirmar que la prevención es un concepto que se puede dividir en tres tipos: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria tiene como objeto las causas de la enfermedad, posee un enfoque proactivo y se implementa antes de la emergencia del problema. La prevención secundaria se centra en las crisis, se basa en un enfoque activo y se hace efectiva durante la irrupción del problema. Por último, la prevención terciaria busca paliar los efectos de la enfermedad, por tanto, tiene un enfoque reactivo y se ejecuta después de la aparición del problema.

Se puede agregar que la prevención primaria incluye acciones que buscan disminuir la incidencia de la enfermedad, mediante el control de los factores de riesgo que la hacen posible. Esta incluye aquellos programas educativos que enseñan cómo se transmiten y se previenen las enfermedades, además de aquellos que buscan prevenir adicciones, trastornos mentales y actos suicidas. La prevención secundaria busca anticiparse a la enfermedad lo más tempranamente posible, emplea estrategias como el examen médico periódico, que permiten un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. La prevención terciaria busca la recuperación completa de la enfermedad a través de un acertado diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación, para esto se hace necesario un oportuno control y seguimiento (Vignolo et al., 2011).

Además de la anterior tipología, Jané-Llopis (2004) añade que la prevención primaria se puede dividir en prevención universal, selectiva e indicada. La universal se dirige al público en general en el que no se ha identificado ningún riesgo; la selectiva se dirige a individuos o grupos con cierto riesgo de desarrollar alguna patología; y la indicada va dirigida a personas que presentan un alto riesgo de padecer alguna patología.

En la actualidad, la prevención en salud se ha convertido en el principal frente de ataque en contra de la enfermedad. Un buen trabajo preventivo ahorra los costos y recursos que son destinados para paliar las consecuencias de la misma. Además, la misma Jané-Llopis (2004) asegura que el diseño de programas de prevención junto con políticas reguladoras ha sido eficaz no solo para hacer frente a la enfermedad, sino que incide en la disminución del consumo de sustancias lícitas e ilícitas y en la reducción de actos suicidas.

Finalmente, Muñoz et al. (2009), hablando específicamente desde la psicología, afirman que esta disciplina “debería acentuar sus prácticas tanto, desde la enfermedad hacia la salud como desde la salud a hacia la prevención de la enfermedad, espacio necesario en una sociedad que clama a gritos más políticas direccionadas hacia tal fin” (2009, p. 66). Garantizar la salud de las personas requiere un trabajo que no solo se centre en el tratamiento de la enfermedad, sino que involucre medidas que se amparen en los avances en prevención que se han hecho hasta ahora.

4.4. Antecedentes investigativos en torno al suicidio

Un tema como el suicidio, como ya se ha visto en líneas anteriores, puede ser abordado desde múltiples perspectivas. En este apartado se recopilan algunas investigaciones sobre dicho fenómeno desde diferentes disciplinas como la psiquiatría y la psicología, haciendo un mayor énfasis en esta última, la cual estudia el tema desde múltiples enfoques metodológicos y con instrumentos muy variados. La selección de estas investigaciones vino precedida de una búsqueda en bases de datos tales como Redalyc y Scielo, así como en un rastreo en el Google Académico; para ello se utilizó como palabras clave: Investigación y Suicidio, y se limitó a artículos publicados en los últimos diez años. Se encontró un gran número de resultados, pero para responder a los objetivos de la investigación, solo se incluyó 22 publicaciones que se reseñan a continuación.

Una de estas investigaciones llevada a cabo por Echeburúa (2015), tuvo como objetivo mostrar las diferentes formas clínicas en que se manifiestan las conductas suicidas, conectarlas con los diferentes trastornos mentales, evidenciar signos de alarma y poner en discusión las decisiones clínicas ofrecidas al terapeuta. Entre las varias conclusiones expuestas se destaca algunos retos de las investigaciones que aborden el suicidio, los cuales consisten en detectar personas con alto riesgo y evaluar correctamente el mismo, estableciendo estrategias basadas en la evidencia y el diseño programas específicos acordes con la edad de las personas, además de tomar medidas concretas y dirigidas a población más vulnerable y, por último, llevar a cabo programas psicoeducativos de corte preventivo para aquellas personas que han tenido familiares que han realizado un intento de suicidio.

En un ámbito más local, Martínez y Robles (2016) en la ciudad de Valledupar (Cesar-Colombia), llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo determinar la percepción de

los actores sociales acerca de la conducta suicida. Su diseño fue de tipo exploratorio desde un enfoque cualitativo hermenéutico, utilizando la técnica de los grupos focales. La población seleccionada estaba compuesta por habitantes de dicha ciudad, de la cual se seleccionó una muestra compuesta por 55 personas repartidas en diferentes grupos etarios. Los resultados revelaron que los participantes asumen que las enfermedades mentales y físicas predisponen la ideación suicida. A esto se suma factores como la edad, el género, la ausencia o presencia de hijos y la situación económica. Al respecto, los autores concluyen que la disminución del riesgo suicida depende de “la formulación coordinada de estrategias y acciones que apunten al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de las comunidades” (p. 66).

Otra investigación realizada por Andrade y Gonzáles (2017), tuvo como objetivo describir la relación entre niveles de autoestima, riesgo suicida y estilos de socialización parental. Para ello se valieron de un diseño descriptivo-correlacional y de corte transversal, en una muestra constituida por 821 estudiantes de bachillerato de los grados 9º, 10º y 11º de cuatro instituciones del departamento del Quindío (Colombia). Para ello utilizaron una ficha de datos sociodemográficos y tres escalas: La Escala de Morris Rosenberg (1965) de autoestima, la Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) y la Escala de Socialización Parental para Adolescentes (ESPA 29) de Musitu y García. A partir de los resultados arrojados se concluyó que las mujeres tienen mayor vulnerabilidad que los hombres respecto al riesgo suicida. También se afirma que un estilo de crianza autoritario eleva los riesgos del suicidio. Se encontró, de igual forma, que el estrato socioeconómico no es determinante para el riesgo suicida. Además, aunque la autoestima era baja en la población estudiada, no tuvo una correlación relevante con dicho riesgo.

Relacionada con la anterior investigación, Andrade et al. (2016), llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo consistió en encontrar la relación entre indicadores de ideación suicida y estilos parentales de socialización. El enfoque de la investigación es cuantitativo con un diseño descriptivo transversal. Para llevar a cabo dicha investigación se valieron de la Escala de Socialización Parental ESPA-29 y la Escala de desesperanza de Beck, aplicadas a estudiantes del grado 9º, 10º y 11º de bachillerato de dos instituciones públicas del departamento del Quindío. Los resultados arrojaron que al menos el 60% de los adolescentes presentan un riesgo suicida, encontrando, además, una correlación entre dicho riesgo y los estilos de socialización. Se concluye que la mayoría de los suicidios se pueden prevenir cuando se identifican los riesgos a tiempo; la prevención, aunque compete a todos, es la familia la que debe velar por brindar las habilidades para afrontar la vida.

Por su parte, Siabato et al. (2017), llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo consistió en estimar la asociación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida en adolescentes. Para ello, realizaron un estudio de corte transeccional, aplicando dos instrumentos, el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) a un grupo de 289 adolescentes (126 hombres y 163 mujeres) escolarizados de la ciudad de Tunja (Colombia). Se encontró que al menos el 30% de los estudiantes presentaron un nivel alto de ideación suicida y el 9% reportaron síntomas depresivos. Al respecto concluyeron que, los síntomas depresivos y el estado de ánimo y autoestima negativa son factores de riesgo relevantes asociados con el componente cognitivo de la conducta suicida en mujeres adolescentes.

En otro estudio relacionado con el anterior y realizado por Forero et al. (2017), se propuso analizar la asociación entre ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de

alcohol en 289 adolescentes (126 hombres y 163 mujeres) de colegios públicos de la ciudad de Tunja (Colombia), a los cuales se les aplicó el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), el cuestionario Apgar familiar y el cuestionario de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (Audit). Los resultados arrojaron que al menos el 30% de los participantes se ubican en un nivel alto de ideación suicida, lo cual está relacionada con disfuncionalidad familiar, siendo las mujeres las más afectadas por dicha situación. Como conclusión se propone que se continúen los estudios que tomen en cuenta la dinámica familiar y otros factores asociados a la ideación suicida propiamente dicha. De igual forma, aunque se encontró que los participantes tenían un consumo moderado de alcohol, esta variable no se correlaciona con dicha ideación.

Otra investigación realizada por Bahamón et al. (2018), tuvo como objetivo determinar y predecir la influencia de las prácticas parentales paternas y maternas en la ideación suicida en adolescentes colombianos. Para ello participaron 328 estudiantes (175 mujeres y 153 hombres) de diferentes escuelas públicas de la ciudad de Tunja. El diseño de la investigación fue cuantitativo explicativo, utilizando como instrumentos la escala de prácticas parentales para adolescentes (PP-A) y una escala para medir la ideación suicida. Los resultados indican la existencia de una correlación entre ideación suicida, el control psicológico materno e imposición tanto en hombres y mujeres. Al respecto se concluye que algunas prácticas parentales pueden llegar a convertirse en un factor de riesgo que puede incitar el suicidio en los jóvenes.

Otro trabajo realizado por Hernández y Louro (2015), tuvo como objetivo describir el acto suicida y sus características socio familiares y psicológicas. Para ello se hizo un estudio descriptivo transversal a un grupo de 23 adolescentes con intento de suicidio. Las

técnicas usadas fueron la entrevista semiestructurada, la encuesta de declaración obligatoria para el intento suicida, el inventario de problemas juveniles, una composición llamada “Mi mayor problema”, la prueba de percepción de funcionamiento familiar FF-SL y el inventario de ansiedad y depresión rasgo-estado para niños y adultos. Entre sus conclusiones se destaca que es más probable que se quite la vida alguien que haya intentado previamente el suicidio que otra que no ha hecho ningún intento. Además, y al igual que otras investigaciones, señalan que son las mujeres las que más lo intentan sin consumarlo, mientras que los hombres realizan intentos que suelen ser más letales. Se encontró, de igual forma, que en los participantes prevalecía las malas condiciones materiales del hogar, bajos ingresos, la disfunción familiar. A lo cual habría que sumar la subvaloración personal, la ansiedad y la depresión.

En otra investigación realizada por Ceballos-Ospino et al. (2015), se buscó identificar la prevalencia y correlación entre depresión, autoestima e ideación suicida, en conjunto con variables como el género y la edad. Para ello se valieron de un estudio de tipo no experimental descriptivo, transversal de tipo correlacional. La población elegida estuvo conformada por 739 adolescentes entre 15 y 19 años, de los grados noveno, décimo y undécimo de un colegio de la Unidad Administrativa de Organización Escolar (UAOE) de la ciudad de Santa Marta. La muestra final la conformaron 242 estudiantes (121 hombres y 121 mujeres). Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck – BDI, la Escala de Pensamiento Suicida de Beck y la Escala de Autoestima. Se concluye que existe una correlación significativa entre depresión e ideación suicida. Se señala que, a mayor nivel de depresión mayor nivel de ideas suicidas. La autoestima por su parte se relaciona negativamente con la depresión y la ideación suicida, siendo dicha autoestima un factor

protector ante la depresión y las ideas suicidas. También se halló que el género y la edad no influyen en la presencia o ausencia de depresión o ideas suicidas.

En otro trabajo realizado por Bedoya y Montaña (2016), se propuso describir la relación entre trastornos mentales y la conducta suicida. Para ello hicieron una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos disponibles en la red. Al respecto concluyeron que la presencia de un trastorno mental es un factor de riesgo de suicidio. Además, aunque en Colombia se han expedido leyes que regulan la actuación frente a la problemática del suicidio, es necesario emplear actividades educativas promover factores de protección, diagnóstico y tratamiento. Para ello es indispensable la intervención de profesionales debidamente formados en temas de salud general y mental; es necesario fortalecer habilidades de comunicación y de resolución de problemas, promoviendo, a su vez, estilos de crianza afectuosos que afiancen la autoestima y la seguridad. Finalmente se indica que es fundamental capacitar a grupos específicos que identifiquen personas con alto riesgo suicida, apoyados en modelos de prevención primaria y secundaria y un entrenamiento en afrontamiento y habilidades para la resolución de problemas.

Por otra parte, Franco et al. (2017), llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo estudiar el tema del suicidio, valorando su magnitud, sus características y el impacto, explorando los significados, implicaciones y líneas de acción en las instituciones universitarias. Para ello se abordó el tema desde una perspectiva cualitativa, descriptiva, retrospectiva y exploratoria. Se estudiaron casos de suicidio consumado en cinco universidades de Bogotá en el periodo comprendido entre 2004 y 2014. Se construyó, además de un ejercicio teórico para comprender el suicidio, categorías de investigación que orientaron la construcción de una entrevista semiestructurada, que fue aplicada a un grupo

de 66 participantes voluntarios que recordaran los casos de suicidio. Entre sus conclusiones se destaca la importancia de un abordaje de carácter interdisciplinar para estudiar el suicidio. En relación con los procesos, condiciones y situaciones, se destaca problemáticas familiares, antecedentes de enfermedades mentales u orgánicas y relaciones interpersonales. Se resalta que no existe una ruta suicida única, un tipo de personalidad suicida o una causa única que explique el suicidio, este es “un hecho complejo, individual y social al mismo tiempo, que reta la razón, afecta el sentimiento y desafía a la sociedad” (p. 277).

En un trabajo elaborado por Gamarra et al. (2016) en España, se buscó describir el perfil de riesgo suicida de personas que usan servicios sociales, estableciendo los recursos personales que podrían proteger a la población con dicho riesgo, diseñando un programa de prevención primaria. Para esto, se realizó un estudio exploratorio con un programa de intervención longitudinal, en una muestra conformada entre 80 y 100 personas mayores de 18 años que acuden a servicios sociales. Entre los instrumentos implementados se listan un cuestionario que indaga datos sociodemográficos, otro que evalúa el riesgo suicida, el *List of Threatening Experiences Questionnaire* (LTE-Q), la Escala de Ideación Suicida de Beck, la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS), la Escala de Estrés Percibido, la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica MINI, el Inventario de Fortalezas (VIA-IS), la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), el Cuestionario de Conducta Suicida (SBQ) y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). Entre sus hallazgos se destaca un alto porcentaje de personas que han presentado intentos de suicidios, y un porcentaje aún mayor de personas en riesgo de llevar a cabo algún intento. Se infiere de esto que las personas con dificultades socioeconómicas son más propensas a presentar un riesgo suicida que las personas con una mayor estabilidad. De igual forma, se destacan otras variables relacionadas con factores de

riesgo tales como el maltrato en la infancia, la pobreza, problemas escolares y laborales. Y, por otra parte, factores protectores definidos como fortalezas personales y en las que se destacan la curiosidad, pasión por aprender, perspectiva, vitalidad, prudencia, autorregulación, optimismo y espiritualidad. Se apunta también que las terapias centradas en el desarrollo de las fortalezas personales resultan positivas, ya que apuntan al bienestar subjetivo, funcionamiento interpersonal, comportamiento saludable, prevención de psicopatologías y conductas desadaptativas como el suicidio.

Una investigación realizada en Cuba por González et al. (2017), tuvo como objetivo caracterizar el funcionamiento familiar de los escolares con intentos suicidas. El enfoque de la investigación fue cualitativo con el método de estudio de caso. Se llevó a cabo un estudio exploratorio con ocho familias de nueve escolares que habían atentado contra su vida. Para esto se aplicó una entrevista semiestructurada a la psiquiatra que atendió los casos y se revisó las historias clínicas de los escolares. Por su parte, a los menores implicados, se aplicaron técnicas diseñadas para identificar maltrato infantil intrafamiliar. Entre estas se enumeran el completamiento de frases, historietas gráficas y dibujo familiar. A los padres se les aplicó el Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL, un cuestionario sobre violencia intrafamiliar y entrevistas en profundidad. Entre sus hallazgos se destaca que más de la mitad de los adolescentes involucrados en el estudio confirman problemas como la depresión y dificultades de autovaloración. Se corrobora, además, la existencia de características de violencia infantil como problema de salud. Se constató que los factores que involucran los intentos suicidas se vinculan con la presencia de violencia intrafamiliar.

Otro proyecto investigativo realizado por Morales et al. (2017), tuvo como objetivo estudiar la relación entre estilo de vivencia depresiva, satisfacción familiar, malestar en las

relaciones interpersonales y conducta suicida en 405 consultantes de la salud mental en Chile. Para ello se indagó por la información demográfica y clínica, y se utilizaron instrumentos tales como el *Outcome Questionnaire* (OQ45.2), el *Depressive Experience Questionnaire* (DEQ), el APGAR Familiar, la Escala de riesgo Rescate, la Escala de Intención Suicida. Los hallazgos de este estudio confirman que un funcionamiento adecuado de las relaciones interpersonales está asociado a un menor riesgo suicida. Además, se encontró que los grupos con mayor riesgo suicida estaban conformados por personas solteras, y se caracterizaban por tener un promedio de edad menor. Se concluye que la satisfacción con el funcionamiento familiar y las relaciones interpersonales funcionan como factores protectores del riesgo suicida.

En un estudio elaborado por Muro et al. (2014), se buscó determinar el porcentaje que representa el intento suicida con respecto a las patologías, identificando aspectos como la edad, el sexo, el método, la procedencia y motivación que impulsa dicho intento, describiendo, a su vez, factores de riesgo en el ámbito familiar, escolar y social de aquel que atenta contra su vida. Para llevar a cabo este estudio, los autores se basaron en una estrategia de un diseño caso-control prospectivo, en una población conformada por 626 participantes. Los datos se recogieron tanto a los pacientes como a los familiares de estos. A los familiares se les aplicó una encuesta de historia social, mientras que a los pacientes se les realizó una entrevista psiquiátrica, evaluación psicológica, pedagógica y trabajo social. Dentro de sus conclusiones se destaca que las tasas de suicidio tienen una tendencia ascendente en personas de menor edad. También se evidenció que el 50% de los motivos de ingreso están asociados a intentos suicidas. Se indica que el intento suicida es mayor en el sexo femenino y, mientras en las mujeres el método más utilizado es la ingestión de fármacos, los hombres recurren más

al ahorcamiento. Se deduce que los intentos suicidas son cometidos por personas que portan algún tipo de trastorno de personalidad, por motivación familiar o escolar, y por antecedentes patológicos familiares de conducta suicida. Finalmente señalan que los factores de riesgo que predominan son el alcoholismo y la violencia física en el hogar; en la escuela la dificultad para aprender; y en cuanto a lo psicológico, se destaca la impulsividad, la poca tolerancia a las frustraciones y una autoimagen negativa.

Otra investigación realizada por Touriño et al. (2018), tuvo como objetivos evaluar la prevalencia de autoestigma en pacientes con esquizofrenia que asisten a programas de rehabilitación psicosocial y evaluar la relación de dicha autoestigma y las variables sociodemográficas, clínica, psicopatológicas, aspectos psicológicos y conductas suicidas en estos pacientes. La muestra la conformaron 71 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, los cuales fueron evaluados por 6 psicólogos clínicos. Entre los instrumentos utilizados se destacan la escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI), la Escala de Autoestima de Rosenberg, la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD), la Escala de Depresión de Calgary, la Escala de Desesperanza de Beck y la escala ICG para la esquizofrenia. Entre sus conclusiones se destaca que hay una gran prevalencia de autoestigma en personas con esquizofrenia. De igual forma se apunta que no hay relación entre el autoestigma y las variables sociodemográficas. No obstante, se señala, entre otras cosas, que la desesperanza, la depresión y el aislamiento social son factores de riesgo patentes en la esquizofrenia. En última instancia se indica la necesidad de “evaluar sistemáticamente el autoestigma en los pacientes con esquizofrenia, e intervenir para su reducción” (p. 40).

Por su parte, Córdova et al. (2015) realizaron un estudio que tuvo como objetivo describir, tomando como base la teoría del comportamiento suicida de Linehan, algunas

variables que identifican al estudiante mexicano de educación media superior con presencia de ideación suicida. En el estudio participaron 593 alumnos (296 varones y 297 mujeres), a los cuales se les aplicó un instrumento de detección de ideación suicida en jóvenes, una escala de trastornos emocionales, una escala de apoyo social percibido, 8 reactivos de la escala de desesperanza de Beck, 15 reactivos de la escala de impulsividad de Plutchick y van Praag, 16 reactivos de la escala de actitudes y creencias de Burgess y la escala de ideación suicida de Roberts. En sus conclusiones identifican variables cognitivas y comportamentales vinculadas a la presencia de ideación suicida en estudiantes mexicanos. Estas variables se asocian con cuatro causas propuestas por Linehan para explicar dicha ideación: emociones, medio ambiente, cognición y comportamiento evidente. Estos hallazgos sirven como un marco teórico de referencia que permite la elaboración de estrategias de atención psicológica de jóvenes con ideación suicida.

Otra investigación realizada por Blandón et al. (2015), tuvo como objetivo realizar un análisis de algunos factores relacionados con la ideación suicida en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. La investigación fue de corte cuantitativo de tipo transversal. La muestra la conformaron 100 estudiantes de una universidad privada de la ciudad propiamente dicha. Para recopilar la información se usó un cuestionario que abarcaba cuatro aspectos: información sociodemográfica, esfera de las relaciones, conductas relacionadas directamente con el espectro suicida y conductas u omisiones que pudiesen poner en riesgo la vida. Después de analizar los resultados los autores concluyeron que es posible considerar como factores de riesgo las relaciones disfuncionales y la relación inadecuada consigo mismo. A estas se suman una relación desadaptativa con el padre y con la madre, pues esta relación es fundamental para afrontar situaciones de la vida social. Se

encontró, por otra parte, que en el programa de psicología la prevalencia de ideación suicida es mayor, por lo tanto, se recomienda estudios más profundos con dicha población.

Otro trabajo llevado a cabo por Eguiluz y Mera (2015), tuvo como objetivo conocer la incidencia o presencia de la ideación suicida en jóvenes que ingresan a las carreras de la salud (enfermería, odontología y psicología). Para esto se eligió una muestra de 329 estudiante de primer semestre del turno matutino, a los cuales se les valoró mediante la Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar, la Escala de Bienestar Psicológico Subjetivo y el Inventario de Riesgo e Ideación Suicida. Luego de analizar los resultados, se encontró que los jóvenes percibían a sus familias como carentes de reglas y consecuencias pertinentes. Los padres carecían del poder para ordenar y poner límites lo que dificultaba que hubiera acuerdos dentro de la familia y, por consiguiente, aumentaba el riesgo de ideación suicida.

En un estudio elaborado por Cortés (2014), se propuso profundizar en la problemática del comportamiento suicida en adolescentes, debido a que es una etapa de vulnerabilidad y riesgo. Para llevar a cabo este trabajo, se consultó las bases de datos incluidas en LILACS, EBSCO e HINARI, abarcando referencias tanto de países latinoamericanos y de otras partes del mundo. A partir de esto se expuso las características de los adolescentes sanos y los factores de riesgo que pueden impulsar la conducta suicida, lo cual podría servir de insumo para contribuir en la prevención de dicha conducta desde el nivel primario de atención en salud. A partir de esto se concluyó que la conducta suicida es un serio problema que debe ser abordado desde diferentes sectores de la sociedad, ya que están involucrados factores familiares y de la comunidad.

Otro trabajo documental realizado por Mosquera (2016) de la Universidad Miguel Hernández en Elche España, tuvo como objetivo hacer una revisión global sobre el suicidio infantil, con el fin de informar a futuros investigadores sobre el tema y ofrecer un punto de partida que permita guiar la investigación y sus posibles soluciones. Para la consecución de este fin, se efectuó una búsqueda de artículos y guías en diferentes bases de datos, tales como: Psycodoc, Psycinfo, Scielo, Dialnet, Redalyc y Google Academic. De igual forma se consultaron páginas web de instituciones entre las que se incluyen la OMS, el Instituto Nacional de Estadística (INE) e Infocop Online, una revista editada por el Consejo General de la Psicología de España. Se revisaron un total de 33 artículos y guías sobre el suicidio, los cuales fueron ordenados en función de los apartados del estudio. A partir de esto se concluyó que, a pesar de las revisiones y estudios realizados, estos no son suficientes porque el problema sigue aumentando. Por ello se recomienda seguir investigando con el fin de intentar disminuir los casos a partir de programas de prevención.

Finalmente, se puede traer a colación un estudio realizado por Toro-Tobar et al. (2016), cuyo objetivo fue establecer la relación entre ideación suicida, desesperanza, depresión y triada cognitiva negativa (visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro). El estudio fue de tipo empírico-analítico con diseño descriptivo, correlacional y comparativo. La muestra estuvo compuesta por 90 personas de ambos sexos de la ciudad de Bogotá (Colombia), con un mínimo de 18 y hasta 52 años. Para medir la sintomatología depresiva se valieron del Inventario de Depresión de Beck; para la ideación suicida se usó el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI); para la desesperanza se aplicó la Escala de Desesperanza de Beck (BHS); y, para la medida de la visión de sí mismo, el mundo y el futuro, se utilizó el Inventario de la Triada Cognitiva. Luego de un análisis riguroso de los

resultados concluyeron que, “los factores cognitivos desadaptativos, como la triada cognitiva, la desesperanza y la IS son elementos derivados de la activación de modos disfuncionales que guían el procesamiento de la información en los casos de depresión y conducta suicida” (p. 483). Señalan, además, que estos resultados sirven como apoyo empírico de programas que promuevan la salud mental y la prevención de la ideación y conducta suicidas.

Como se puede apreciar, las investigaciones reseñadas en este apartado abarcan diferentes perspectivas metodológicas. En resumen, se incluyeron nueve investigaciones exploratorias tanto cuantitativas como cualitativas, cuatro con un corte descriptivo transversal, tres estudios documentales, dos investigaciones descriptivo correlacionales, un abordaje transeccional, uno explicativo, un estudio de caso exploratorio y un diseño de caso-control prospectivo. No obstante, a pesar de la variedad aquí expuesta, dentro de sus conclusiones se puede señalar varios puntos en común. Uno de ellos es la intención de detectar el riesgo suicida e implementar acciones para prevenirlo. Otro es la importancia que tienen los estilos de crianza y el papel de la familia en el aumento o disminución de dicho riesgo, debido a que las personas de menor edad son las que suelen presentar más conductas suicidas. De igual forma se encuentra que la situación socioeconómica puede influir en la aparición de ideaciones suicidas. También otros coinciden en que hay una correlación entre la ideación suicida, manifestaciones clínicas como la depresión y diferentes trastornos psicológicos, por lo tanto, es indispensable un abordaje interdisciplinar, así como el trabajo que involucre diferentes sectores de la sociedad.

5. Diseño metodológico

5.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio que se desarrolla en este trabajo consiste en lo que se denomina investigación documental, que está orientada desde un enfoque cualitativo. Esto implica la revisión de la producción teórica sobre un fenómeno particular en un proceso en forma de espiral (Hoyos, 2000), y que tiene como punto de partida la selección de las palabras básicas que orienten en la discriminación de los textos que abordan el fenómeno, con la finalidad de vislumbrar el estado de conocimiento sobre el mismo.

De acuerdo con Hernández et al. (2014), el enfoque cualitativo se caracteriza por proponer planteamientos más abiertos que poco a poco van enfocándose, los significados se extraen de los datos y no se fundamentan en la estadística. A esto, se le suma su proceso, el cual es inductivo, recurrente y no tiene una secuencia lineal.

Con respecto a los aportes de la investigación documental al enfoque cualitativo, Galeano (2012) propone que:

Para la investigación cualitativa, la investigación documental no sólo es una técnica de recolección y validación de información, sino que constituye una de sus estrategias, la cual cuenta con particularidades propias en el diseño del proyecto, la obtención de la información, el análisis y la interpretación; y como estrategia cualitativa, también combina diversas fuentes (primarias y secundarias). (p. 114)

De acuerdo con esto, es posible afirmar que la investigación documental, además de ser un proceso técnico que implica el análisis de la información, es una oportunidad para que

el investigador haga conexiones que antes no se habían propuesto; es la oportunidad de crear un nuevo texto que ayude a conocer un poco más el fenómeno estudiado.

5.2. Fuentes de información

El presente trabajo investigativo, el cual, como ya se ha indicado, es de corte cualitativo, tiene como objetivo conocer la situación actual de los programas y estrategias de prevención del suicidio. Según Hernández et al. (2014), “en el caso del proceso cualitativo, la muestra, la recolección y el análisis son fases que se realizan prácticamente de manera simultánea” (p. 8). Por esta y otras razones, el muestreo en la investigación documental tiene sus particularidades. Por ejemplo, no hay una muestra definida de antemano, esta se va adecuando de acuerdo con el alcance del objetivo.

Por otra parte, se puede señalar que el presente trabajo se basará en lo que se ha denominado muestras teóricas o conceptuales, estas son oportunas “cuando el investigador necesita entender un concepto o teoría, puede muestrear casos que le sirvan para este fin. Es decir, se eligen las unidades porque poseen uno o varios atributos que contribuyen a formular la teoría” (Draucker et al., 2007, como se citó en Hernández et al. 2014, p. 389).

Dicho esto, se puede afirmar que el presente trabajo tomará como fuentes de información artículos recuperados de las bases de datos bibliográficas tales como: Dialnet, Redalyc, Scielo, Scopus y Google Académico. De igual forma se integrarán leyes y resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Presidencia de la República y, finalmente guías elaboradas por la OMS, la OPS, el Ministerio de Salud de Colombia y de otros países de habla hispana, la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y la Secretaría de Salud de Medellín.

5.3. Categorías

Las categorías que se usarán en el presente trabajo investigativo tendrán como base los reportes investigativos sobre los programas de prevención del suicidio que se han publicado entre 2010 y 2020 en países de habla hispana. De igual forma se seguirán los lineamientos normativos vigentes a nivel global, nacional, regional y local sobre la prevención del suicidio. Y, por último, estará la categoría que incluye los programas de prevención del suicidio implementados en Colombia y en otros países de habla hispana desde el año 2010 al 2020. En este sentido las categorías quedarían relacionadas con los objetivos específicos de la siguiente manera:

Tabla 1: Categorías

Objetivos específicos	Categorías	Subcategorías (dimensiones)
Explorar los reportes investigativos sobre programas de prevención del suicidio que se han publicado entre 2010 y 2020 en países de habla hispana.	Reportes investigativos sobre programas de prevención del suicidio que se han publicado entre 2010 y 2020 en países de habla hispana.	<ul style="list-style-type: none"> • Título • Objetivos • Delimitación espacial y temporal • Sujetos investigados • Metodología • Descripción de la estrategia • Conclusiones
Identificar los lineamientos normativos vigentes a nivel global, nacional, regional y local sobre la prevención del suicidio.	Lineamientos normativos vigentes a nivel global, nacional, regional y local sobre la prevención del suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> • Título del documento • Tipo de norma • Fecha de emisión de la norma • Objeto de la norma • Delimitación espacial y temporal • Población que atiende • Referencias o indicaciones para la prevención del suicidio
Describir los programas de prevención del suicidio implementados en Colombia y en otros países de habla hispana desde el año 2010 al año 2020.	Programas de prevención del suicidio implementados en Colombia y en otros países de habla hispana desde el año 2010 al año 2020.	<ul style="list-style-type: none"> • Título • Métodos • Técnicas • Objetivos • Temas • Población • Recursos físicos • Planes de seguimiento y evaluación

5.4. Instrumentos de recolección, registro y análisis de la información

Como ya se ha dicho, la información aquí recaudada proviene de fuentes documentales, por este motivo, la acción más pertinente es la elaboración de diversos formatos que recojan las ideas más relevantes de dichas fuentes. En dichos formatos se consignará la búsqueda de material de bases de datos, así como la búsqueda de material en páginas web. Para ello se utiliza un formato de registro bibliográfico (tabla 2) y un formato de clasificación del mismo de acuerdo a las categorías antes mencionadas (tabla 3).

Tabla 2: formato de registro bibliográfico

Referencia	Región/Institución (país/ciudad)	Idioma	Tipo de documento (libro, artículo de investigación, artículo reflexivo, plan, proyecto, política...)	URL/DOI	Buscador	Resumen

Tabla 3: formato de clasificación del material

Referencia	Reportes investigativos	Lineamientos normativos	Programas de prevención

5.5. Matrices de análisis

Una vez recolectada la información que se ha depositado en los diferentes formatos, se procede con el análisis de contenido. Como indica Galeano (2012), las técnicas de análisis de contenido son muy diversas, estas se definen de acuerdo con el propósito o perspectiva de la investigación. Algunos criterios, según esta misma autora, son dos: por un lado, está el número y la calidad de los elementos a analizar; y, por otra parte, están los métodos de análisis que pueden ser divididos en intertextual y extratextual.

Por su parte Hoyos (2000), propone diferentes fases para revisar la información antes de llegar al análisis propiamente dicho. La primera de ellas es la preparatoria, la cual, como su nombre lo indica es la antesala del cómo debe realizarse el estudio, identificando áreas de estudio, el lenguaje utilizado y los pasos a seguir. Luego viene una fase descriptiva, en la cual se recoge la información de los estudios que se han efectuado sobre el tema, haciendo delimitaciones espaciales, temporales y contextuales. En un tercer momento está la fase interpretativa por núcleo temático, la cual va más allá de lo descriptivo, para construir afirmaciones esenciales para la construcción de la teoría, lo cual sería la última fase antes de la extensión y publicación. Al respecto el mismo autor dice que la construcción teórica global:

Comprende una revisión de conjunto que parte de la interpretación por núcleo temático para mirar los resultados del estudio, como vacíos, limitaciones, dificultades, tendencias y logros obtenidos, con el fin de formalizar el estado actual de la investigación de manera global que permita orientar nuevas líneas de investigación. (Hoyos, 2000, p. 61)

Para cumplir el propósito de este apartado se utilizan varios formatos que permiten el análisis de la información. Se procede a analizar cada categoría individualmente, por lo cual se emplea un formato de análisis del contenido para reportes investigativos (Tabla 4), otro encargado del análisis del contenido para lineamientos normativos (Tabla 5) y, finalmente, un formato de análisis del contenido para programas de prevención (Tabla 6).

Tabla 4: Formato de análisis del contenido para reportes investigativos

Título	Objetivos	Delimitación espacial y temporal	Sujetos investigados	Metodología	Descripción de la estrategia	Conclusiones

Tabla 5: Formato de análisis del contenido para lineamientos normativos

Título del documento	Tipo de norma	Fecha de emisión de la norma	Objeto de la norma	Delimitación espacial y temporal	Población que atiende	Referencias o indicaciones para la prevención del suicidio

Tabla 6: Formato de análisis del contenido para lineamientos normativos

Título	Métodos	Técnicas	Objetivos	Temas para trabajar	Población objeto	Recursos físicos	Planes de seguimiento y evaluación

5.6. Consideraciones éticas

En la actualidad, la información se puede obtener tanto en repositorios físicos como virtuales, y estos últimos se destacan por arrojar el mayor número de resultados. No obstante, la cantidad no sustituye a la calidad, por ello se debe tener cuidado a la hora de seleccionar las fuentes. Lo primero que se debe tener en cuenta son las palabras claves que permitan identificar el tema en cuestión, luego viene la fase de selección de fuentes, fase que atraviesa

la investigación, es de ida y vuelta en todo el proceso: el rigor se verá reflejado en el uso fidedigno y pertinente de los datos.

Por otra parte, un tema como el suicidio tiene implicaciones éticas que no se pueden pasar por alto. Sin embargo, la naturaleza de la investigación documental no implica el contacto con sujetos, lo único con lo que se debe contar es con una atenta revisión literaria que no caiga en el plagio, y que respalde con referencias puntuales lo que ya haya sido planteado por otros. En otras palabras, el criterio ético en la investigación documental reside en respetar la autoría de las ideas, y elaborar con ellas un trabajo singular que amplíe el panorama de aquello que se estudia.

6. Resultados

En el presente apartado se da cuenta de los resultados arrojados a partir de la búsqueda de la información en distintas bases de datos. Para ello, se dividirá el mismo en tres secciones que corresponden a los reportes investigativos, lineamientos normativos y los programas de prevención del suicidio. Para la selección de estos textos, se hizo una búsqueda en diferentes bases de datos tales como Dialnet, Redalyc, SciELO, Scopus y, al final, se incluyó resultados del Google Académico.

La búsqueda se hizo a principios de mayo de 2020, se usó como palabra clave “suicidio”, se combinó con la palabra “prevención”, y se filtraron resultados publicados entre los años 2010 y 2020 en idioma español. En las bases de datos usando solo la palabra “suicidio” se encontraron 12.063 resultados. Usando la combinación “suicidio + prevención” se encontraron 634 resultados. Por su parte, en el Google Académico usando la última combinación, la búsqueda arrojó 15.400 resultados. Después de la anterior búsqueda se seleccionaron 52 textos, de los cuales 36 corresponden a reportes, 8 a lineamientos y 8 a programas propiamente dichos. En la tabla 7 se puede apreciar con mayor detalle esta información.

Tabla 7: Registro de búsqueda en bases de datos

Fecha de búsqueda	Combinación	Base de Datos	Filtros empleados	Número de resultados
03/05/2020	Suicidio	Dialnet	Idioma español, años 2010-2020	2.904
03/05/2020	Suicidio, prevención	Dialnet	Idioma español, años 2010-2020	315
03/05/2020	Suicidio	Redalyc	Idioma español, años 2010-2020	7.094
03/05/2020	Suicidio, prevención	Redalyc	Idioma español, años 2010-2020	14

03/05/2020	Suicidio	SciELO	Idioma español, años 2010-2020	1.558
03/05/2020	Suicidio, prevención	SciELO	Idioma español, años 2010-2020	195
03/05/2020	Suicidio	Scopus	Idioma español, años 2010-2020	507
03/05/2020	Suicidio, prevención	Scopus	Idioma español, años 2010-2020	110
03/05/2020	Suicidio, prevención	Google Académico	Idioma español, años 2010-2020	15.400

6.1. Resultados de los reportes investigativos en torno a la prevención del suicidio

Los artículos revisados en este apartado provienen de distintos países de habla hispana, como ya se ha mencionado los mismos corresponden a trabajos realizados en la última década (Ver anexo 3). Entre sus objetivos se puede destacar revisiones de la literatura sobre factores asociados al suicidio y la prevención de los mismos, intervenciones educativas, construcción de instrumentos y análisis de las acciones que llevan a cabo las instituciones para prevenir la conducta suicida. De igual forma cabe resaltar objetivos que buscan indagar por la percepción que tienen los diferentes actores sociales acerca de dicha conducta, la descripción de los perfiles de riesgo suicida, el diseño y evaluación de programas de prevención primaria para la población suicida, la exposición de experiencias que resultaron exitosas, el fomento de conductas protectoras y la puesta en marcha de actividades que sensibilicen a la población en general acerca del suicidio, así como la identificación de dificultades y limitaciones en las estrategias de prevención del mismo.

Con respecto a la población hay un amplio espectro seleccionado. En este apartado se incluye profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, personal de atención primaria y urgencias), niños escolarizados, adolescentes estudiantes de secundaria, adultos jóvenes,

profesores de los colegios, universitarios (profesores y estudiantes), padres/madres de familia, representantes de instituciones de salud, población vulnerable en cuanto lo socio-económico y pacientes con intento suicida.

En cuanto a la metodología se pueden encontrar distintos abordajes entre los que se incluyen revisiones bibliográficas y búsquedas en bases de datos, entrevistas a grupos focales, estudios cuasiexperimentales con sus respectivos análisis estadísticos, estudios cualitativos exploratorios y observacionales, tanto transversales como longitudinales, estudios descriptivos y proyectos de intervención.

Las estrategias implementadas son igual de variadas, las revisiones hicieron uso de buscadores especializados de instituciones tanto gubernamentales como privadas. Los estudios cuasiexperimentales cuantificaron diferentes variables a la luz de ciertas escalas e instrumentos enfocados en determinar el riesgo suicida. Los estudios cualitativos se enfocaron en la consulta de la memoria histórica, análisis de factores asociados al intento de suicidio y en la selección de muestras no probabilísticas por conveniencia. Los exploratorios, por su parte, hicieron uso de encuestas para detectar aquella población que estaba en riesgo suicida y cómo dicho riesgo se podría asociar con diferentes indicadores de salud mental como depresión, consumo de sustancias, entre otras. Los descriptivos hicieron uso de instrumentos con el fin de dar cuenta del saber popular acerca de las causas, síntomas y medidas de prevención del suicidio. Finalmente, los proyectos de intervención por lo general incluyeron diferentes fases de aplicación, las cuales se dividieron en: selección de muestra, aplicación de instrumento, elaboración de programas de intervención, implementación del programa y aplicación del instrumento inicial para su contrastación.

Entre las principales conclusiones de estas investigaciones se destaca que es posible identificar los factores de riesgo suicida más relevantes desde la psicología y la neuropsicología, hacer desde estas mismas disciplinas aportes que apunten a la prevención y con ello mejorar la salud mental de las personas (Castañeda, 2016). Para esto, otra investigación señala “la importancia de que los jóvenes reconocieran y fortalecieran las habilidades sociales, tengan comunicación asertiva y destrezas intelectuales con el fin de reducir el riesgo suicida en la población estudiantil” (Cañón et al., 2018, p. 28). En contraste con lo anterior, Flores (2017) señala que la producción empírica sobre el suicidio en Sudamérica es muy pobre. Además, apunta que la participación de la psicología, en comparación con el abordaje médico, sigue siendo muy insuficiente y poco efectivo.

En concordancia con lo anterior, Soler et al. (2010), en un trabajo llevado a cabo en un policlínico en Cuba, concluyeron que existían deficiencias tanto en la calidad como en la ejecución del programa de prevención y control de la conducta suicida. Entre sus razones se destaca la dificultad de hacer seguimiento a los pacientes con intento suicida, ya que a los mismos no se los remitía a consulta con el equipo de salud mental. Esto, según los autores de esta investigación, pudo deberse a “la inadecuada estructura con que cuenta el área e insuficiente competencia profesional del personal de salud para desarrollar las acciones” (p. 662).

En otro estudio realizado también en Cuba por Aguilar et al. (2012), encontraron que el personal de salud carecía de conocimientos fundamentales acerca del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida implementado en dicho país. Esto les permitió concluir que, debido a las deficiencias en la estructura y proceso, la ejecución de dicho programa resultó inadecuada. Según los mismos, “tales deficiencias son los elementos

esenciales que trajeron por consecuencia que los objetivos del Programa no se cumplieran en el período analizado, y donde la competencia y el desempeño médico debieron jugar una función fundamental” (p. 81).

En esta misma línea, Rodríguez et al. (2013), concluyeron que el trabajo realizado para prevenir la conducta suicida en jóvenes en otra institución médica en Cuba presentó ciertas dificultades, entre las que se destacan la inadecuación de la atención psicológica en el enfoque preventivo y comunitario, irregularidades en la atención psiquiátrica, el retraso de la participación oportuna de los jóvenes, el poco interés hacia la terapia grupal, la baja implicación de la familia en las estrategias de prevención y la desvinculación de la escuela acerca de dichas estrategias. De igual forma, se constató poca sensibilización de los médicos hacia el problema del suicidio, la falta de espacios para llevar a cabo las acciones preventivas y de equipo para el trabajo en salud mental. Al respecto Navas (2013) en un trabajo de revisión concluye que “el suicidio representa una entidad compleja y sus estrategias de valoración, detección de riesgo y prevención se dificultan por el desconocimiento de una definición y clasificación consensuadas” (p. 224-225). Termina diciendo que la identificación y abordaje del riesgo suicida es potestad del médico de atención primaria.

No obstante, existen otras indagaciones que arrojan datos más positivos sobre sus revisiones. Por ejemplo, Bustamante y Florenzano (2013) en una búsqueda bibliográfica realizada en Chile, concluyeron que existen varios programas que ayudan a disminuir los factores de riesgo en escolares y otros disminuyen el número de suicidios; según los mismos, entre más número de intervenciones posea el programa son más efectivos sus resultados. Arias (2013) en otra revisión bibliográfica llega a conclusiones similares, agregando que el diseño de programas específicos para cada población es imprescindible, además, se pueden

evidenciar mejores resultados en aquellos programas que intervienen en distintos niveles y con diferentes estrategias.

En una revisión realizada por Barrón y Krmpotic (2016), en donde se cuestionó por el paso de la enunciación a la acción de las estrategias de prevención del suicidio juvenil, se llegó a la conclusión de que “si bien estas muertes jóvenes producen una ruptura de sentido no llegan a movilizar suficientemente decisiones políticas” (p. 50). Según los autores, la intervención en jóvenes en comparación con otros grupos etarios presenta un carácter marginal. El esfuerzo para sortear este obstáculo, debe dirigirse en superar la ambigüedad interpretativa a la hora de abordar los factores involucrados en la prevención del suicidio. Los autores finalizan diciendo que el Trabajo Social puede aportar herramientas para abordar la complejidad de las interacciones que involucran a los sujetos, las instituciones y la comunidad.

Cruz et al. (2017), en una investigación sobre la prevención y detección del riesgo de suicidio en población joven elaborada en México, concluyeron que “a pesar de que se realizan acciones para prevenir o detectar el riesgo de suicidio, hace falta que todos los profesionales de la salud intervengan en la detección y actúen ante los factores de riesgo” (p. 41). Añaden que es necesario facilitar a los profesionales la aplicación de diferentes programas preventivos y promover una atención investigadora enfocada en los grupos de riesgo.

En un estudio de revisión anterior, elaborado en Chile por Baader et al. (2011), ya se mencionaba que la conducta suicida además de ser compleja responde a múltiples causas. Por ello, según sus autores, se debe considerar siempre una intervención de emergencia en los casos de intento de suicidio, definiendo los niveles de seguridad a los que debe someterse el paciente en el cuidado intrahospitalario y las medidas de protección cuando sea dado de

alta a su hogar. Por su parte, Cárdenas et al. (2012) en un trabajo realizado a partir de un protocolo implementado en un hospital de Chile, concluyeron que la complejidad de la conducta suicida reside en la integración de factores que pueden variar de persona a persona. De igual forma, aseveran que la limitación de la investigación a tamaños muestrales pequeños y grupos heterogéneos, afecta a la elaboración de estrategias más eficaces en la prevención. Finalizan diciendo que una de las herramientas que ha dado mejores frutos es el establecimiento de una alianza terapéutica la cual “facilita las estimaciones del riesgo, y mejora la adherencia al tratamiento” (p. 251).

De igual forma en Chile, se realizó una revisión de un programa llamado RADAR (Red para la Atención y Derivación de Adolescentes en Riesgo suicida), y una de sus conclusiones confirma que dicho programa “es una estrategia preventiva selectiva e indicada, factible de ser implementada en la comunidad, para la prevención de suicidio en adolescentes” (Bustamante et al., 2018, p. 147). Se agrega, además, que los programas que se llevan a cabo en los colegios reducen de manera significativa la conducta suicida. Sin embargo, también se advierte, que es necesario la validación del programa mencionado en una escala más amplia y una evaluación rigurosa de su impacto en trabajos que implementen varias fases de aplicación.

Por su parte en España, Reijas et al. (2013) llevaron a cabo una evaluación de la efectividad en la reducción de reintentos de suicidio en pacientes a los que se siguió en un Programa de Intervención Intensiva en conducta suicida (PII). Al respecto concluyeron que dichos pacientes “recaen menos, necesitan ingresar menos, y el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento y el primer reintento -caso de producirse- es mayor” (p. 283). Según estos autores, los resultados de este estudio se asemejan a los hallados en otras

investigaciones que evalúan la efectividad de la terapia cognitiva breve en la prevención de la conducta suicida. Finalizan diciendo que es “de vital importancia el desarrollo de estudios multicéntricos que permitan evaluar la eficacia de intervenciones similares en suicidio consumado y predecir con mayor precisión qué factores influyen en la prevención del suicidio” (p. 285).

En la misma línea del anterior trabajo, Sáiz et al. (2014), en un trabajo comparativo entre la atención clínica habitual y “el protocolo PSyMAC, un estudio controlado diseñado para prevenir la recurrencia de comportamientos suicidas que propone el manejo de casos, e incluye un programa psicoeducativo” (p. 133), señalaron que los datos recogidos en las historias clínicas de los individuos con tentativas suicidas son incompletos; la mayoría de los informes de alta hospitalaria no señalan el diagnóstico subyacente del intento suicida. Los autores concluyen que el PSyMAC puede ayudar a subsanar las carencias de protocolos de actuación y programas de prevención, a un bajo coste y con una fácil adaptabilidad al entorno clínico habitual.

En otro estudio realizado en España por Muñoz et al. (2014), el cual se basó en los resultados del proyecto EUREGENAS (*European Regions Enforcing Actions Against Suicide*), llegaron a la conclusión de que el trabajo de prevención realizado con los profesionales, hace un gran aporte a la detección, tratamiento y prevención de las conductas suicidas. Además, dichos profesionales coinciden en que es importante señalar al suicidio como un problema de salud pública, considerando insuficientes los recursos para su abordaje. Por este motivo piensan que es necesario la creación de más programas de prevención y estrategias de intervención que vayan de la mano con el proyecto EUREGENAS.

En un trabajo de revisión llevado a cabo por Chesin y Stanley (2015), se concluyó que a pesar de que en la última década se han identificado los factores que ponen a las personas en situación de riesgo suicida a largo plazo, sigue siendo insuficiente el conocimiento sobre aquellas señales que manifiestan la posibilidad de un suicidio inminente. También advierten que son muy pocos los trabajos que se han enfocado sobre los resultados de intervenciones sobre la prevención de la conducta suicida. Además, agregan que dicha intervención presupone que todas las personas con tendencias suicidas solicitan ayuda profesional antes de suicidarse, cuando en realidad al menos la mitad no lo hacen. Por último, señalan que es necesario formar a los proveedores de servicio de atención primaria y de urgencias en la evaluación y gestión del riesgo de suicidio, debido a que la mayoría de los mismos no indagan sobre las tendencias suicidas a pesar de que está clínicamente indicado.

Por otra parte, Cruz et al. (2017) en otro trabajo de revisión sobre la prevención de la conducta suicida en adolescentes realizado en España, concluyeron que dicha conducta es muy difícil de abordar, porque los adolescentes están en una etapa que está sujeta a muchos cambios y en la que se viven nuevas experiencias. Estos autores consideran que el trabajo de prevención puede beneficiar en gran medida a los jóvenes, siempre y cuando se tome a la familia como pilar de apoyo; la familia es una de las principales fuentes de enseñanza, y de ella depende que se ponga en práctica las estrategias que implica un trabajo de prevención.

En otro estudio más reciente, realizado también en España por Soto-Sanz et al. (2019), se puede destacar varias conclusiones. Una de ellas es que se constata la carencia de programas ampliamente evaluados y efectivos en población adolescente. Además, en los programas no se hace uso de grupo control o no se informa de la aleatorización, lo cual pone en duda la eficacia de su implementación. De igual forma, se señala que se carece de

programas dirigidos a menores de 11 años, cuando se sabe que, aunque a esta edad la prevalencia es muy baja, entre los 12 y los 17 años aumenta de manera exponencial, por tanto, es recomendable intervenir lo más pronto posible, especialmente en la escuela, la cual ha sido considerada clave en la implementación de los programas de prevención. Finalizan diciendo que tras la revisión se puede constatar que falta mucho por investigar en lo que respecta a la prevención del suicidio, su abordaje y la evaluación de su eficacia.

En un ámbito más local, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y SINERGIAS-Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social (2012), llevó a cabo una revisión crítica de la literatura encontrando que las intervenciones frente al suicidio más efectivas combinan varias estrategias a saber: entrenamiento a profesionales de atención primaria, educación a *gatekeepers*, restricción del acceso a métodos letales y mejoría de los cuidados de salud mental. Además, es importante buscar mecanismos para que el plan de intervención se haga eco en la comunidad y actúe de acuerdo a las características de la misma. Luego de ello es necesario tener en cuenta los recursos y los obstáculos para la implementación de dicho plan, concretando finalmente los encargados de realizarlo y sus mecanismos de trabajo.

Por otra parte, investigaciones como la de Bahamón y Alarcón-Vásquez (2018), diseñaron y validaron una escala que evaluaba el riesgo suicida en adolescentes, entre sus conclusiones se destaca que el instrumento utilizado puede ser aplicado en diferentes contextos, además de resultar útil para hacer una evaluación inicial sobre el riesgo suicida. De igual forma agregan que este instrumento además de ser válido y confiable, añade un enfoque psicosocial que valora además de lo individual, la dimensión social que es vital para el desarrollo integral de los adolescentes.

En un estudio presentado por Feliciano-López et al. (2017), concluyen que las estrategias de prevención en universitarios deben ser consideradas diferenciando por sexo, además, es importante conocer las características de los jóvenes, con el fin de mejorar las estrategias de los programas de prevención. En sus propias palabras, “se necesita implementar estrategias de prevención que tomen en consideración el estigma, las estrategias de afrontamiento y los recursos de los/as jóvenes” (p. 58). Dichas estrategias deben ser lo más personalizadas posibles, de esto dependerá no solo su efectividad, sino la evaluación de la eficacia de las mismas.

En otro trabajo de tipo exploratorio elaborado por Córdova et al. (2011), el cual se basó en un programa de cuatro etapas que incluían evaluación pre y post intervención, se encontró que los participantes “mejoraron sus niveles de depresión como de ideación suicida, pero que el cambio significativo lo marcó su nivel de ansiedad rasgo” (p. 30). Pese a ello, también se evidenció que la participación de las familias en este tipo de programas, suele ser más bien pobre. Esto lo atribuyen los investigadores a la poca disponibilidad que tienen los padres para participar en las actividades propuestas por dichos programas.

En una investigación ejecutada por García de Alba et al. (2011), en donde se buscó conocer el consenso cultural que tenían los jóvenes acerca de las causas, síntomas y las medidas de prevención del intento suicida, concluyeron que, en lo concerniente a las causas, el problema más relevante es los problemas familiares seguido de la soledad y la incomprensión. Acerca de los síntomas resaltan la depresión y la tristeza como sus principales constituyentes, y luego el aislamiento y el silencio. En cuanto a la prevención del intento suicida coincidieron en que la mejor estrategia es el diálogo con profesionales de la salud, con los padres o personas que les rodean. A partir de esto, los autores señalan que el

consenso cultural puede ofrecer “alternativas para proponer estrategias de prevención de la conducta suicida adecuadas culturalmente para los adolescentes, en las que el núcleo familiar es el espacio privilegiado en el que se puede intervenir de manera preventiva” (p. 177). No obstante, ellos mismos advierten que los resultados del estudio deben limitarse al grupo estudiado y tener presente que la muestra estuvo conformada por su mayoría de mujeres, lo que puede dar lugar a un sesgo en dichos resultados.

Otro estudio realizado por Barrios-Acosta et al. (2017), permitió apreciar que la conducta suicida es un fenómeno complejo en el que se puede entrever un universo de dimensiones tales como las condiciones sociales, ambientales, políticas, culturales, económicas y médicas. Por esto “se puede afirmar que no existe un único enfoque para la comprensión, prevención e intervención de la conducta suicida” (p. 157). Esto último es similar a las conclusiones que llegan Martínez y Robles (2016), donde afirman que el suicidio es un fenómeno en el que participan diferentes variables tanto individuales como sociales, y que dichas variables deben incluirse en la construcción de planes de prevención, intervención y políticas de salud mental.

En concordancia con lo anterior Piedrahita et al. (2012) concluyen que una prevención efectiva del suicidio “requiere de la participación coordinada y articulada de diferentes actores: las familias, las secretarías de salud, las secretarías de educación, las secretarías de recreación y cultura, Bienestar Familiar y otras instituciones en un trabajo conjunto” (p. 146). Agregan que es necesario seguir haciendo estudios que indaguen por estrategias de intervención, debido a que el suicidio es un importante problema de salud pública; se hace necesario, además, capacitar tanto a padres como a educadores para que puedan identificar factores de riesgo relacionados con la conducta suicida.

En otra investigación realizada por Luna y Dávila (2018) concluyeron que es preciso implementar acciones para la detección, tratamiento y prevención del suicidio, con el fin de reducir su prevalencia en edades tempranas. Según sus autores es necesario enfocarse en la prevención del comportamiento suicida, en especial en los casos de intento, por ser este uno de los principales factores de riesgo. Más recientemente Dávila-Cervantes (2019) afirma que este tipo de trabajos podrían aportar mayor evidencia a la hora de construir políticas de prevención y atención que disminuyan el impacto de este fenómeno.

En una revisión española elaborada por Ayuso-Mateos et al. (2012), concluyeron que el suicidio es una prioridad en el campo de la salud mental, especialmente cuando se aborda en población joven (entre 15 y 30 años). Los principales factores de riesgo de suicidio consumado son el intento suicida y la presencia de trastorno psiquiátrico, por ello la prevención debe estar dirigida a la detección y al tratamiento de los mismos. Para esto, es necesario un mayor rigor a la hora de valorar la conducta suicida y en el registro de la historia de dicha valoración. El profesional es el que debe alentar el control, autoestima y la capacidad de enfrentar los problemas propios de la persona, suscitando una mayor participación en su entorno familiar y social. Añaden que entre las estrategias más efectivas está la prescripción de medicamentos antidepresivos a pacientes depresivos y “el control del acceso a las formas de cometer suicidio” (p. 19). De igual forma, aseguran que los programas dirigidos a profesionales de la salud que ayudan en la identificación y manejo de trastornos mentales han demostrado ser eficaces en la disminución de comportamientos suicidas. A esto último habría que agregar los programas educativos multinivel, dirigidos a población general y agentes sociales, los cuales también han demostrado ser efectivos.

Sin embargo, en otro trabajo más reciente realizado en España por Navarrete et al. (2019), concluyeron que la concepción psicopatológica del suicidio que domina hoy en día es simplista y descontextualizada. Definen que, aunque los esfuerzos se han dirigido al diseño, implementación y resultados de estrategias preventivas, es muy poco lo que se ha estudiado sobre el impacto negativo que tienen las actividades sanitarias que intentan reducir las tasas de suicidio. Afirman que, a pesar de todas las estrategias y protocolos implementados, las tasas de suicidio siguen aumentando, además no existe un factor de riesgo que pueda predecir con exactitud la consumación del suicidio. Para estos autores, el trasfondo del problema del suicidio está en el sistema de principios y valores de la sociedad, por ello sería necesario reformular algunas de las ideas sobre el suicidio que damos por sentadas. Agregan que, “considerar que el suicidio responde casi exclusivamente a una enfermedad diagnosticable, prevenible y tratable/curable es una falacia que zanja un debate histórico y filosófico complejo, y más bien satisface nuestro narcisismo y alivia la angustia existencial y profesional” (p. 210). Se ha hablado y se sigue hablando de la implementación de planes y programas de prevención del suicidio con sus respectivas políticas, a pesar de ello pocas veces se escucha lo que las personas verdaderamente afectadas tienen que contar al respecto. Finalizan diciendo que, si la prevención del suicidio es “un imperativo global”, habría que tratarlo como una prioridad mundial e institucional que no responda a partidismos políticos y en donde se logren implicar sanidad, educación, trabajo, justicia y bienestar social.

6.2. Resultados de los lineamientos normativos sobre la prevención del suicidio

En este apartado se incluye algunas normativas establecidas en torno a la prevención del suicidio (Ver anexo 4). Pero antes es necesario resaltar las afirmaciones de la OMS en torno

al tema en su informe “Prevención del suicidio: un imperativo global” de 2014. Allí, aunque no establece normativa alguna acerca de la prevención del suicidio, sí se destaca la importancia que los países incluyan en sus agendas estrategias y planes para dicha prevención. Para llevar a cabo esto en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud se diseñó un Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, donde los países miembros de la OMS se propusieron reducir los casos de suicidio en un 10% para el año 2020.

En el caso colombiano, en la última década el Congreso de Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Presidencia la República, han expedido diferentes normativas que buscan establecer las pautas en la atención en Salud Mental, estas están compuestas por tres Leyes, un Decreto y cuatro Resoluciones. A continuación, se expone cada una en orden cronológico.

La primera de estas normativas es la Ley 1438 establecida en el año 2011, y que tiene como objeto fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con el modelo de prestación del servicio público en salud. Se puede decir que busca la coordinación del Estado, las instituciones y la sociedad para mejorar la salud, crear un ambiente sano, brindar servicios de mayor calidad y sus esfuerzos están enfocados en mejorar la experiencia de cada uno de los residentes del país en todas las etapas de sus vidas.

En segundo lugar, se encuentra la Ley 1616 establecida en el año 2013 que tiene como objeto “garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes” (p. 1), a través de acciones como la promoción y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada, basadas en el enfoque promocional de calidad de vida y los principios de la atención primaria en salud. Por otra parte, en el artículo 8 de esta Ley, se establece que el Ministerio de Salud

y Protección Social presidirá dichas acciones de promoción, afectando de manera positiva los determinantes de salud mental, lo cual comprende la:

inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras. (p. 5)

Por otro lado, en el año 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social, dictó la Resolución 780, la cual tiene como objeto indicar de qué manera deben llevar a cabo los lineamientos técnicos las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que ejecuten los recursos que recoge el artículo 46 de la ley 1438 de 2011 anteriormente mencionada. Este decreto busca establecer unas directrices generales para la formulación, presentación, ejecución y seguimiento de los programas de promoción y prevención, que están dirigidos a la población en general residente en el territorio colombiano. En otras palabras, con esta resolución se pretende implementar estrategias enfocadas en el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud mental y de estilos de vida saludables, así como la prevención de hechos como el embarazo adolescente, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, el suicidio y las violencias basadas en género.

Otra ley que se incluye en este apartado es la Ley 1751 del año 2015, la cual tiene como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Aunque esta Ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan en el derecho fundamental de la salud, en el artículo 11 de la misma, se señala que se debe prestar especial atención a niños, niñas, adolescentes, mujeres en embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, población adulta

mayor, personas que sufren enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

Ya en el 2015 la Presidencia de la República de Colombia estableció el Decreto 280 por el cual se creó la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015 propuesta por la Organización de las Naciones Unidas y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS. Esta comisión tiene por objeto “el alistamiento y la efectiva implementación de los ODS a través de políticas públicas, planes, acciones y programas, con planificación prospectiva, y el monitoreo, seguimiento y evaluación de estos objetivos, con sus respectivas metas” (p. 2). En otros términos, este decreto pretende ayudar en la conformación de comités técnicos y grupos de trabajo que orienten a la población en cuanto políticas públicas, programas y acciones que mejoren su calidad de vida y respondan a sus necesidades.

Otra Resolución es la número 429 del año 2016, por la cual se implementa la Política de Atención Integral en Salud -PAIS. El objetivo de esta resolución es generar las mejores condiciones de salud de la población a través de “la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución” (p. 2). Esta Política busca la interacción de las entidades que gestionan la salud pública, las entidades administradoras de planes de beneficios y los prestadores de servicios de salud. Además, aplica a la población en general residente en el territorio nacional, y la responsabilidad de dicha aplicación recae en las entidades antes mencionadas.

Por otra parte, está la Resolución 3202 del año 2016 establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y que tiene por objeto adoptar el Manual metodológico para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, se establecen disposiciones en relación con la ejecución de la RIAS y las responsabilidades de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Las disposiciones de esta Resolución serán obligatorias de todas aquellas entidades e instituciones responsables de intervenir en promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y demás acciones en salud, encuadradas en el Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS dentro de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS.

Más recientemente con la intención de ampliar el alcance de las resoluciones anteriores, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2626 de 2019, la cual tiene como objeto modificar la PAIS y adoptar el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE. Esta Resolución acoge a la población residente en el territorio colombiano, a los integrantes y entidades que velan por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Los objetivos del MAITE son:

1. Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental de la salud en territorios.
2. Fortalecer la autoridad sanitaria territorial.
3. Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud.
4. Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones.

5. Mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo. (p. 4)

6.3. Resultados acerca de los programas de prevención del suicidio

En este apartado se incluye diferentes protocolos, guías, manuales y programas que se enfocan en la prevención del suicidio, y que han sido elaborados tanto en Colombia como en otros países de habla hispana (Ver anexo 5). A continuación, se expondrá cada uno en orden cronológico.

El primero de ellos es un documento realizado por Carmona et al. (2010), titulado: Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas ¿Qué hacer en casos de suicidio consumado, intento de suicidio o ideación suicida de nuestros estudiantes?, y que lo respaldan la Fundación Universitaria Luis Amigó, la Universidad de San Buenaventura y Colciencias. El objetivo de este trabajo es “aportar herramientas útiles para intervenir de manera pertinente en tres eventos que se presentan, cada vez con mayor frecuencia, en nuestras instituciones educativas: el suicidio, el intento de suicidio y la ideación suicida” (p. 6). Los métodos y técnicas empleados para llevar a cabo tal objetivo son: la charla, el taller, la conversación, el dibujo, el relato y la dramatización. Los temas que abordan son: ¿qué hacer si un estudiante se ha suicidado?, ¿qué hacer si un estudiante ha intentado suicidarse?, ¿qué hacer en el caso de un estudiante con ideaciones suicidas?, los mitos sobre el suicidio y las recomendaciones al respecto. Según los propios autores el manual está dirigido principalmente a docentes y rectores de las instituciones educativas, sin embargo, también puede ser implementado por “maestros, psicólogos, psico-orientadores, trabajadores sociales y otros profesionales de las Ciencias Sociales y de la Salud” (p. 7). Los recursos que aporta

el manual son: una guía de entrevista individual con alumnos que presentan ideaciones suicidas, una guía para tutores emocionales y líderes afectivos, pautas para una carta del rector a los padres de familia en caso de un suicidio consumado y una guía para conversar con estudiantes afectados por el suicidio de un compañero (Carmona et al., 2010).

Otro documento encontrado es un trabajo realizado por el Ministerio de Salud y el Gobierno de Chile en 2013, el cual fue titulado como “Programa nacional de prevención del suicidio: Orientaciones para su implementación”. Este programa está dirigido a la población en general y sus objetivos son varios y se enumeran así:

1. Instalar en cada Secretaría Regional Ministerial de Salud -SEREMI y en forma paulatina, los 6 componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del riesgo suicida (1. Instalación de un Sistema de estudio de casos; 2. Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio; 3. Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud; 4. Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales; 5. Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis; 6. Apoyo técnico para una correcta Cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio).
2. Involucrar a los distintos sectores sociales y a la comunidad en la prevención del suicidio.
3. Contribuir al logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. (p. 10)

Entre sus métodos y técnicas resaltan el tratamiento farmacológico y la psicoterapia cognitivo-conductual. En la terapia farmacológica se utilizan antidepresivos, ansiolíticos y sales de litio. En la psicoterapia se recurre a técnicas como la asertividad, la relajación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales y el manejo de contingencias. Los temas abordados en este programa son: factores de riesgo suicida, el desencadenamiento de la crisis suicida, los métodos para consumar el suicidio, los mitos sobre el suicidio, la detección del riesgo suicida y el manejo del riesgo suicida. Para la ejecución del programa se hace uso de recursos como la entrevista estructurada autopsia psicológica, una ficha de información sobre intentos de suicidio, una guía de orientaciones para profesionales de los medios de comunicación, instrumentos de detección del riesgo suicida tales como la Escala de Desesperanza de Beck, la Escala de Ideación Suicida (SSI), la Escala de Intención Suicida de Pierce, la Escala de Suicidalidad y la Escala SAD de PERSONS. También se incluyen recomendaciones generales a los equipos de salud para la pesquisa y manejo del riesgo suicida en adolescentes.

Por último, se establecen varias pautas de seguimiento y evaluación de las personas que han intentado el suicidio, y apoyo a las familias en los casos de suicidio consumado. Estas son:

1. Instalación de una línea de ayuda telefónica en plataforma Salud Responde.
2. Elaboración y mantención de una página de ayuda en Internet.
3. Elaboración, impresión, distribución y difusión de Orientaciones Técnicas para el desarrollo del Programa de Intervención en Crisis, que incluya enfoque de género y condicionantes sociales, en cada Servicio de Salud.

4. Instalación en cada SEREMI de Salud, de un programa de seguimiento y evaluación del sistema regional de ayuda en situaciones de crisis. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013, p. 19)

Otro documento hallado es el Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida (2013), elaborado por el Centro de Psicología Aplicada -CPA, de la Universidad Autónoma de Madrid en España. Este está dirigido a población en general y sus objetivos principales son: explicar el análisis funcional al cliente y a familiares, priorizar el buen manejo y control de la conducta suicida en los momentos de malestar, reducir el ánimo depresivo, reducir la desesperanza y la falta de expectativas positivas, identificar y reestructurar el pensamiento disfuncional hasta reducir los pensamientos suicidas, ampliar las alternativas de solución diferentes al suicidio, reflexionar sobre los valores, enriquecer y fortalecer relaciones mejorando el apoyo social previniendo las recaídas. Los temas que aborda el protocolo son: análisis funcional de la conducta suicida, pautas de actuación (árbol de decisiones para el control del riesgo de suicidio) y papel y recursos del terapeuta en la evaluación y control del riesgo. Por último, se insta un plan de generalización, autocontrol y seguimiento. La generalización se inicia cuando la persona ha logrado un cambio objetivo y subjetivo de las conductas establecidas después del análisis funcional, es decir, cuando ya no aparezcan pensamientos suicidas o autolesivos. El autocontrol se puede comprobar cuando la persona se expone a situaciones difíciles sin ayuda del psicólogo y tratamiento, demostrando un dominio sobre los eventos y estímulos que antes le generaban las conductas suicidas. También se recomienda ir espaciando las sesiones, primero unos cuantos días y luego por meses si no hay presencia de la conducta problema, finalizando el tratamiento cuando se cumplan seis meses sin ideación suicida. Finalmente, en aquellos pacientes que

han estado bajo medicación, se considera conveniente hacer un seguimiento de reducción de la misma y reforzar dicho seguimiento hasta su terminación (de la Torre, 2013).

Por otra parte, se encuentra el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Intento de suicidio, elaborado por Instituto Nacional de Salud (2014) en Colombia, el cual está dirigido a población en general mayor de 15 años. Los objetivos de este protocolo son: “determinar la frecuencia y distribución del intento de suicidio, detectar oportunamente los cambios en los patrones de ocurrencia del evento y guiar el desarrollo de acciones colectivas en salud encaminadas a reducir o controlar el riesgo de intento de suicidio” (p. 7). Cabe destacar que este protocolo de vigilancia se propone detectar y clasificar los casos de intento de suicidio y, una vez detectados y clasificados se debe llevar a cabo acciones que aseguren el acceso a los servicios de salud mental. Estas acciones son tanto individuales como colectivas. Las acciones individuales son: Alerta a la EPS de cada caso identificado y, en los casos de alto riesgo, hacer dos seguimientos uno un mes después del intento y el segundo dos meses después; estos seguimientos los harán profesionales de la salud mental con entrenamiento en intervención en crisis. Las acciones colectivas son tres: Fortalecer la coordinación entre las entidades prestadoras de salud, secretarías de salud y redes de urgencia, sensibilizar a la comunidad sobre los problemas y factores de riesgo más frecuentes, su detección y manejo y, por último, promover la generación de familias y comunidades protectoras de la salud mental (Instituto Nacional de Salud, 2014).

Otro documento llamado “Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida: Manual para profesionales de la salud”, y que fue realizado por la Alcaldía y la Secretaría de Salud de la ciudad de Medellín (2015) tiene como objetivo principal:

Brindar al personal de la salud fundamentos teóricos y herramientas para identificar y atender integral y oportunamente a las personas en riesgo o que presentan conducta suicida y a sus familias, de manera que se favorezca una atención con calidad. (p. 12)

Los temas trabajados en este documento son tres: 1. Generalidades de la conducta suicida, definiciones y aspectos epidemiológicos, 2. Valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida, y 3. Rutas de atención de las personas que presentan conducta suicida. Como indica el título, este manual está dirigido a profesionales del gremio de la salud, se sugiere la articulación de “médicos generales y especialistas, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, pedagogos, personal administrativo y auxiliares, promotores de salud y promotores de saneamiento, nutricionistas, químicos de farmacia, entre otros” (p. 40). Por último, se definen las rutas de atención las cuales deben adecuarse al contexto de cada institución. Según el manual, lo que se debe hacer en caso de que se presente conductas suicidas es: remisión y contra-remisión a psiquiatría en los casos que sea necesario; remisión y contra-remisión a proyectos de salud mental presentes en la ciudad; remisión al psicólogo de la institución y, si no cuenta con el mismo, debe derivarse a otra entidad que pueda proveer el servicio; en caso de intento de suicidio remitir a un Instituto Prestador de Salud -IPS si se requiere seguimiento de primer nivel y, a una Entidad Administradora de Planes de Beneficio -EAPB si es de segundo nivel; de igual forma cualquier profesional de la salud puede hacer el trabajo de contención inicial y asegurar el paso a un proceso integral; finalmente se indica que todo caso de suicidio o su intento debe ser notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA y, a partir del mismo, se hace visita domiciliaria y seguimiento a las personas atendidas.

Por otra parte, se encontró otro documento titulado “Boletín Información para la Acción -BIA, Prevención del suicidio: *un imperativo global*”, realizado por la Gerencia de Salud Pública de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2017).

Los objetivos planteados en este boletín son:

- Aproximarse por municipio a la medición de la conducta suicida en: riesgo alto, medio, bajo y crítico.
- Caracterizar el comportamiento de la conducta suicida de acuerdo a las variables sociodemográficas.
- Socializar el comportamiento de la conducta suicida ante diferentes actores, con el fin de visibilizar este evento de interés en salud pública.
- Divulgar la normatividad vigente en la prevención de conducta suicida.
- Brindar elementos de acción para los actores municipales. (p. 3)

La metodología utilizada en este boletín se basó en un análisis descriptivo retrospectivo de la información notificada al SIVIGILA durante el año 2016. Con estos datos se realizó un mapa de riesgo utilizando la metodología de Rothman y luego se procesaron los mismos en un programa de georreferenciación llamado ArcGis, del cual se obtuvo un mapa de color correspondiente a cada una de las categorías trabajadas.

En cuanto a los temas tratados en el boletín se encuentran: 1. Situación del intento de suicidio en el Departamento de Antioquia, 2016; 2. Normatividad vigente en la prevención de la conducta suicida; 3. Definiciones del suicidio; y 4. Líneas de trabajo para alcanzar las metas. Con respecto al seguimiento y análisis de los casos reportados, se sugiere realizar y documentar un “análisis epidemiológico mensual, de los casos de intento de suicidio de alto impacto como son los ocurridos en población menor de 18 años, mujeres gestantes,

reincidentes y población indígena” (p. 10). También se recomienda hacer una socialización de la información acerca de los casos de intento suicida en los diferentes espacios con el objeto de que los involucrados distingan el problema y sean partícipes en su abordaje (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2017).

Otro trabajo que se puede exponer en este apartado es el “Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021”, realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Este documento tiene como objetivo principal:

Definir un marco de acción intersectorial que oriente las intervenciones del estado y la sociedad en su conjunto a nivel nacional y territorial para la prevención y atención integral de la conducta suicida en Colombia, para el periodo comprendido entre los años 2018 a 2021. (2018, p. 26)

El documento está dirigido tanto a profesionales de la salud en sus distintas áreas y a la comunidad en general. Por su parte, la metodología implementada para la realización del plan es la sala situacional, la cual requiere:

- a. Recolección de datos, tabulación, procesamiento, graficación y mapeo.
- b. Análisis de datos: se observan tendencias, se hace comparación, valoración de frecuencias y elaboración de alternativas.
- c. Valoración de problemas, valoración de intervenciones y toma de decisiones (contextualización y decisión). (2018, p. 28)

Los temas abordados en el documento son: Atención integral en salud mental, sensibilización, educación a la comunidad (participación comunitaria), formación y

capacitación al talento humano y gestión del conocimiento. En cuanto a este último punto se propone que se debe fortalecer la vigilancia epidemiológica del intento suicida, realizar las mencionadas salas situacionales, fortalecer la articulación y cooperación entre entidades territoriales y grupos de investigación en salud mental, impulsar la realización de informes anuales sobre conducta suicida, conformar mesas territoriales para el monitoreo y seguimiento del plan de prevención e intervención de la conducta suicida, desarrollar investigaciones sobre efectividad de las intervenciones en suicidio, priorizar necesidades territoriales de conocimiento acerca de la conducta suicida y los eventos mentales ligados a la misma, desarrollar procesos de gestión de recursos, implementar la vigilancia comunitaria del intento suicida en zonas dispersas y, finalmente, conformar redes de gestión de conocimiento que involucren a diferentes instituciones tanto públicas como privadas y entes territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Por último, se encuentra un documento titulado “Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales: Desarrollo de estrategias preventivas para comunidades escolares”, realizado por el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Salud Pública y la División de Prevención y Control de Enfermedades de Chile (2019), y el cual fue elaborado con el fin de:

Sensibilizar, educar y entregar herramientas a directivos, docentes, asistentes de la educación y equipos de salud, para el despliegue de una estrategia integral de prevención del suicidio, que incluya la promoción de un clima escolar protector, la prevención de problemas de salud mental, la educación y sensibilización en el tema, la detección y adecuado manejo frente a señales de alerta y el suicidio, y por último la coordinación con la red de salud. (p. 5)

Los temas abordados en este documento fueron: clima escolar protector; prevención de problemas y trastornos de salud mental; educación y sensibilización sobre suicidio; detección de estudiantes en riesgo; pasos a seguir frente a un intento o suicidio y acciones de postvención; y, coordinación y acceso a la red de salud.

Entre los recursos con los que cuenta este documento se referencian los siguientes: Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Ministerio de Salud, 2013, Chile; Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional Organización Mundial de la Salud, 2001, Ginebra; Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar, EUREGENAS, 2014, Unión Europea; *Best Practices in School-based Suicide Prevention: A Comprehensive Approach*, *Healthy Child Manitoba Office - Manitoba Education and Training*, 2014, Canadá; *Preventing Suicide: A Toolkit for High Schools*, SAMHSA, 2012, Estados Unidos; *Preventing Youth Suicide: A Guide for Practitioners*, *Child and Youth Mental Health Policy Branch*, 2016, Canadá; y *Vive yo te ayudo*, Facultad de Medicina Universidad Austral de Chile, 2015, Chile.

Finalmente se especifican diferentes protocolos adecuados para los intentos de suicidio y para los casos de suicidio consumado. Si ocurre un intento de suicidio de un o una estudiante se recomienda: 1. Contactar a los padres y estudiante; 2. Organizar reuniones con el equipo escolar; 3. Organizar una charla en clase; y 4. Preparar la vuelta a clases. En caso de un suicidio consumado en el establecimiento educacional, se recomienda seguir las siguientes pautas teniendo en cuenta diferentes tiempos: a. De manera inmediata: 1. Activación del protocolo; b. En 24 horas: 2. Informarse de lo sucedido y contactar a los padres; c. En 1 semana: 3. Atender al equipo escolar, 4. Atender a los estudiantes, 5.

Información a los medios de comunicación, 6. Funeral y conmemoración; d. Después del funeral: 7. Seguimiento y evaluación, 8. Actividades de recuerdo. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2019).

7. Discusión y conclusiones

Aunque en este trabajo no se hizo un contraste con investigaciones sobre la prevención del suicidio en países de habla inglesa, algunos de los estudios reseñados evidencian que, en comparación con los mismos, los que se han hecho sobre el tema en los países de habla hispana siguen siendo escasos.

Pese a que el suicidio es abordado por múltiples disciplinas, el abordaje médico sigue siendo clave para su prevención y tratamiento. Hoy en día la mayoría de los trabajos en torno al tema lo consideran como un problema de salud pública, de acuerdo a la OMS es un imperativo global que de una u otra manera involucra a todos aquellos que trabajan en el sector de la salud. No obstante, a pesar de estos trabajos, sigue siendo un tema del que no se quiere saber en algunos contextos lo cual dificulta que se desarrollen programas o planes de prevención.

En algunas de las investigaciones realizadas en Cuba se señala la dificultad de llevar a cabo los objetivos que se plantean los programas de prevención, principalmente por la falta de recursos y espacios necesarios para su implementación.

En trabajos realizados en Chile se señala que el éxito de los programas de prevención del suicidio recae en el número de intervenciones que posea y en la capacidad de actuar en diferentes niveles y con estrategias que se adecúen al contexto de los afectados, pues las motivaciones que llevan al intento o a la consumación del suicidio varían de persona a persona. Se añade, además, que la conducta suicida responde a diferentes factores, por lo que los programas de prevención parecen ser efectivos cuando se abordan dichos factores de manera integral y se enfocan en grupos de riesgo.

De igual forma en Chile se considera que los programas de prevención implementados en adolescentes son una estrategia efectiva, ya que estos reducen significativamente la conducta suicida.

En España se confirma la efectividad de los programas de prevención, pues los pacientes sometidos a dichos programas recaen menos en conductas autolesivas. No obstante, en otros trabajos se advierte que los datos de historias clínicas de pacientes con intento suicida suelen ser incompletos, por esto algunos piensan que es necesario la creación de más programas y protocolos de atención que se ajusten a las necesidades de la población en riesgo de suicidio. Por otra parte, se considera que la efectividad de los programas de prevención del suicidio depende tanto del diseño de los mismos como de la dinámica familiar en la que se ha desarrollado cada persona.

En Colombia, a pesar de que el programa de prevención del suicidio aún está en construcción, existen estudios que han hecho revisiones acerca de las intervenciones sobre el tema, especialmente en jóvenes, y que sirven de base para dicho programa. Dichos estudios señalan que es importante implementar estrategias de prevención lo más personalizadas posibles, que tomen en consideración las características de los jóvenes, pues solo así los programas serán verdaderamente efectivos. Para algunos es importante enfocarse especialmente en los casos de intento, pues este es considerado uno de los principales factores de riesgo. Se puede decir que el suicidio depende de muchas variables, por ello algunas de las investigaciones recomiendan la capacitación no solo a los profesionales, sino a padres, educadores y población en general, con el fin de que los mismos aprendan a reconocer dichas variables.

En cuanto a la situación normativa de los últimos diez años, se puede decir que el gobierno colombiano ha procurado adecuarse a los requerimientos que se han pactado a nivel internacional para la prevención del suicidio, para esto se han establecido diferentes normativas que buscan que las instituciones responsables de la salud coordinen sus esfuerzos con el estado, con el fin de garantizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Es posible afirmar que son muchas las páginas que se han dedicado a este último aspecto, se han formulado Leyes, Resoluciones y Decretos que buscan que los residentes del país tengan acceso a unas condiciones de salud óptimas, sin embargo, la realidad es que existen muchas limitaciones sociales y políticas para que se lleven a cabo programas de promoción y prevención a nivel nacional; aún falta mucho para que dichas normatividades se cumplan a cabalidad en la población en general y, sobre todo, en aquellas que han intentado el suicidio o que se han visto involucradas de una u otra manera en este fenómeno.

Con respecto a los programas de prevención del suicidio, se puede encontrar que Cuba, Chile y España han desarrollado y evaluado la eficacia de los mismos. En Colombia, si bien hasta la fecha solo existe un borrador de un programa de prevención, existen otros documentos que recogen definiciones, estadísticas y dan indicaciones de cómo afrontar el tema. Estos documentos, además de resultar muy enriquecedores, aportan instrumentos, estrategias y guías que pueden utilizarse en diferentes contextos, y pueden ser aplicados tanto por profesionales de la salud como por expertos en áreas de las ciencias sociales.

Por último, cabe resaltar que el suicidio es un fenómeno que se presenta en cualquier momento de la vida de las personas, la investigación y los esfuerzos de los programas de prevención parecen estar centrados principalmente en jóvenes, coincidiendo esto con la perspectiva de la OMS, la cual señala que es la segunda causa de muerte en personas de 15

a 29 años. También se puede destacar que, pese a que el tema de la prevención es un trabajo que compete a todas las instituciones, la dinámica familiar de los individuos resulta de vital importancia en las manifestaciones suicidas. Se puede concluir que un buen programa de prevención del suicidio tiene en cuenta factores de riesgo, trastornos de la salud mental, educación y aspectos del desarrollo de cada persona.

Referencias

- Aguilar, I., Louro, I. & Perera, L. (2012). Ejecución del programa de prevención y control de la conducta suicida en Nueva Paz. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(1), 74-83. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n1/spu08112.pdf>
- Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud (2015). Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida: Manual para profesionales de la salud. <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES>
- Andrade, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688-721. <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/viewFile/32373/29770>
- Andrade, J. & Gonzáles, J. (2017). Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente*, 20(37), 70-88. <http://doi.org/10.17081/psico.20.37.2419>
- Andrade, J., Peñuela, V. & García, L. (2016). Relación entre riesgo suicida y estilos de crianza en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 8(1), 80-98. <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Relaci%F3n-entre-riesgo-suicida-y-estilos-de-crianza-en-adolescentes.htm>
- Arias, H. (2013). Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Vanguardia Psicológica*, 3(2), 215-225. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815157>

- Ayuso-Mateos, J., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P., Saiz, J. & Grupo RECOMS (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
- Baader, T., Urra, E., Millán, R. & Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
- Bahamón, M. & Alarcón-Vásquez, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica*, 17(4), 1-15. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-4.dvee>
- Bahamón, M., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos, A.M., Reyes, L., Uribe, J. & García, C. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21(39), 50-61. <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2821>
- Barrios-Acosta, M., Ballesteros-Cabrera, M., Zamora-Vázquez, S., Franco-Agudelo, S., Gutiérrez-Bonilla, M., Tatis-Amaya, J., Sarmiento-López, J., Cuspoca, D., Castillejo-Cuellar, A. & Rodríguez-Melo, C. (2017). Universidad y conducta suicida: respuestas y propuestas institucionales, Bogotá 2004-2014. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 153-160. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n2.57001>
- Barrón, E. & Krmpotic, C. (2016). La prevención del suicidio juvenil: entre la enunciación y la acción. *Revista Katálisis*, 19(1), 43-52. <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00100005>

- Bedoya, E. & Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *Revista CES Psicología*, 9(2), 179-201. <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>
- Blandón, O., Carmona, J., Mendoza, M. & Medina, Ó. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Rev. Arch Med Camagüey*, 19(5), 469-478. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v19n5/amc060510.pdf>
- Bustamante, F. & Florenzano R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(2), 126-136. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>
- Bustamante, F., Urquidi, C., Florenzano, R., Barrueto, C., Hoyos, J., Ampuero, K., Terán, L., Figueroa, M., Farías, M., Rueda, M. & Giacaman, E. (2018). El programa RADAR para la prevención del suicidio en adolescentes de la región de Aysén, Chile: resultados preliminares. *Revista chilena de pediatría*, 89(1), 145-148. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000100145>
- Cañón, S., Castaño, J., Mosquera, A., Nieto, L., Orozco, M. & Giraldo, W. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 27-40. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.02>
- Cárdenas, J., Santelices, D., Fredes, A. & Florenzano, R. (2012). Protocolo de manejo del intento suicida en el Hospital del Salvador en Santiago de Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(4), 249-254. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000400007>

Carmona, J., Jaramillo, J., Tobón, F. & Areiza, Y. (2010). Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas ¿Qué hacer en casos de suicidio consumado, intento de suicidio o ideación suicida de nuestros estudiantes? Medellín: Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó FUNLAM, pp. 48.

<https://fliphtml5.com/hhsq/rpqi/basic>

Castañeda, N. (2016). Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 19(36), 336-346.

<https://doi.org/10.17081/psico.19.36.1302>

Ceballos-Ospino, G., Suárez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L., González, K. & Sotelo-Manjarres, A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista Duazary*, 12(1), 15-22.

<https://doi.org/10.21676/2389783X.1394>

Chesin, M. & Stanley, B. (2015). Evaluación del riesgo e intervenciones psicosociales para pacientes suicidas. *RET: Revista de Toxicomanías*, 74, 22-32.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5503750>

Cioran, E. (1991). *En las cimas de la desesperación*. Tusquets Editores, S.A.

<https://www.academia.edu>

Córdova, M., Cubillas, M. & Román, R. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato.

Pensamiento Psicológico, 9(17), 21-32.

<https://www.redalyc.org/pdf/801/80122596002.pdf>

Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R., & Rosales, J. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos.

Psicología Iberoamericana, 15(2), 17-21.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915933003>

Córdova, M., Rosales, J. & Montufa, E. (2015). Ideación suicida en estudiantes de educación media superior: descripción con base en la aproximación dialéctico-conductual. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 79-100.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80242935005>

Cortés, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina*

General Integral, 30(1), 132-139. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n1/mgi13114.pdf>

Cruz, A., Balam, M., Gómez, L. & Pool, R. (2017). PLACE para la prevención y detección del riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. *Cuidarte*, 6(11), 34-43.

<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2017.6.11.69135>

Cruz, E., Valdayo, B. & Martín, R. (2017). Investigación enfermera sobre las manifestaciones clínicas y la prevención en la conducta suicida en la adolescencia.

Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2(1), 221-228.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.934>

Dávila-Cervantes, C. (2019). Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016. *Universidad y Salud*, 21(3), 235-239.

<https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/4010>

Decreto 0280 de 2015. Por el cual se crea la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS. 18 de febrero de 2015.

Díaz, V. (2010). La psicología de la salud: Antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(3).

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10231/9459>

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>

Eguiluz, L de L. & Mera, J. (2015). Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de la salud. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(1), 96-101. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29242798014.pdf>

Feliciano-López, V., Ortega-Guzmán, J., Jiménez-Chafey, M., Duarte-Vélez, Y., Chárriez-Cordero, M. & Bernal, G. (2017). Exposición y conocimiento sobre la prevención del suicidio, estigma, estrategias de afrontamiento y recursos en estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 46-61.

<https://www.redalyc.org/pdf/2332/233255999004.pdf>

Flores, P. (2017). El lugar de la psicología en las investigaciones empíricas del suicidio en Argentina: Un estudio bibliométrico. *Interdisciplinaria*, 34(1), 25-37.

<http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v34n1/v34n1a02.pdf>

Forero, I., Siabato, E. & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de*

Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 15(1), 431-442.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v15n1/v15n1a28.pdf>

Franco, S., Gutiérrez, M., Sarmiento, J., Cuspoca, D., Tatis, J., Castillejo, A., Barrios, M., Ballesteros-Cabrera, M., Zamora, S. & Rodríguez, C. (2017). Suicidio en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia, 2004–2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 269-278. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.22452015>

Galeano, M. (2012). *Estrategias de investigación social cualitativa: El giro de la mirada*. La Carreta Editores.

Gamarra, E., de la Torre, J., Pérez, L. & Sánchez, N. (2016). Análisis y diseño intervencionista de la conducta suicida en población con dificultades socio-económicas. Enfoque preventivo desde la Psicología Positiva. *Documentos de Trabajo Social* (57), 100-124.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6095381.pdf>

García de Alba, J., Quintanilla, R., Sánchez, L. Morfín, T. & Cruz, J. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 167-179. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80421265002.pdf>

García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J., & López, M. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: Un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(001), 11-28.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37n1/v37n1a02.pdf>

- González, R., Martínez, L. & Ferrer, D. (2017). Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3), 281-295.
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n3/mgi02317.pdf>
- González, P., Medina, O. & Ortiz, J. (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 136-146.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm15116.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. (6ª ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Hernández, L. & Louro, I. (2015). Principales características psicosociales de adolescentes con intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(2), 182-189.
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v31n2/mgi07215.pdf>
- Hoyos, C. (2000). *Un modelo para investigación documental: Guía teórico-práctica sobre construcción de estados del arte con importantes reflexiones sobre la investigación*. Señal Editora.
- Instituto Nacional de Salud (2014). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Intento de suicidio.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-intento-suicidio.pdf>
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, (89), 67-77. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n89/v24n1a05.pdf>

Jiménez-López, J. & Arenas, J. (2017). Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), 226-240.

<https://doi.org/10.21501/22161201.1819>

Ley 1438 del 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Congreso de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. 19 de enero de 2011.

Ley 1616 del 2013. Por Medio De La Cual Se Expide La Ley De Salud Mental Y Se Dictan Otras Disposiciones. El Congreso De Colombia, Ministerio De Salud y Protección Social. 21 de enero de 2013.

Ley 1751 del 2015. Por Medio De La Cual Se Regula El Derecho Fundamental A La Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones. El Congreso De Colombia, Ministerio De Salud y Protección social. 16 de febrero de 2015.

Luna, M. & Dávila, C. (2018). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 1-12.

<https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgsp17-34.arfa>

Mamani-Benito, O., Brousett-Minaya, M., Ccori-Zúñiga, D. & Villasante-Idme, K. (2018). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*, 15(1), 39-50. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2142>

Martínez, J. & Robles, A. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales. *Informes Psicológicos*, 16(2), 53-68. <https://doi.org/10.18566/infpsicv16n2a04>

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2013). Programa nacional de prevención del suicidio: Orientaciones para su implementación.

https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2019) Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf)

[content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf)

[ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/conc>
[ertacion-intersectorial-plan-conducta-suicida-2017-2021.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/conc)

Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, SINERGIAS—Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social (2012).

Intervenciones en suicidio, Revisión crítica de la literatura.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Intervenciones-suicidio-revision-critica-literatura.pdf>

Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M., Armijo, I., Fischman, R., Núñez, C.,

Moya, C. & Monari, M. (2017). Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud

Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. *Psykhé*

(Santiago), 26(1), 1-14. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v26n1/art06.pdf>

Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de*

psicología con niños y adolescentes, 3(1), 9-18.

https://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf

Muñoz, M., Mallea, F. & Manas, M. (2009). La prevención en la salud mental como una práctica en la carrera de psicología en la Universidad Nacional de San Luis. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 7(20), 62-72.

http://www.psicopol.unsl.edu.ar/agosto09_notas6.pdf

Muñoz, J., Sánchez, M., Palacios, B. & Franco, M. (2014). Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: Resultados del proyecto EUREGENAS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(spe2), 139-147. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800021>

Muro, A., González, A., Toledo, J., Díaz, N. & Negrín, Y. (2014). Intento suicida en niños y adolescentes. Aspectos epidemiológicos. *Gaceta Médica Espirituana*, 9(2).

<http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/781/613>

Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L., Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Editorial UOC.

Navarrete, E., Herrera, J. & León, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 193-214.

<https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000100011>

Navas, W. (2013). Abordaje del suicidio en atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(606), 219-225.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132e.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). Centro de prensa/Notas descriptivas:

Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Paniagua, R., González, C. & Rueda, S. (2014). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 32(3), 314-321. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/18138>

Pianowski, G., Sousa de Oliveira, E. & Nunes, M. (2015). Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. *Psicología desde el caribe*, 32(1), 81-120. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.1.5872>

Piedrahita, L., Paz, K. & Romero, A. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: La escuela como contexto. *Revista Hacia la Promoción de la salud*, 17(2), 136-148.

<https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126826010.pdf>

Piña, J., & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-679.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>

Reijas, T., Ferrer, E., González, A. & Iglesias, F. (2013). Evaluación de un programa de intervención intensiva en conducta suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 279-286. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/85/ESP/15-85-ESP-279-286-816367.pdf>

Resolución 429 de 2016 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. 17 de febrero de 2016.

Resolución 2626 de 2019 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE. 27 de septiembre de 2019.

Resolución 780 de 2014 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se establecen los lineamientos técnicos para la implementación de los programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en desarrollo de lo dispuesto en el Decreto número 3046 de 2013 y se dictan otras disposiciones. 13 de marzo de 2014.

Resolución 3202 de 2016 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. 25 de julio de 2016.

Rodríguez, M., Díaz, L., Hernández, M., & Tobón, J. (2006). Mortalidad por suicidio en Colombia. *Revista de Medicina UPB*, 25(2), 159-170.

<https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/2346/2124>

Rodríguez, F., Mok, Y., Cuervo, L. & Rodríguez, O. (2013). Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba. *MEDISAN*, 17(1), 101-108.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100013&lng=es&tlng=es

- Rodríguez, M., Rodríguez, N., Gempeler, J. & Garzón, D. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(S1), 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.007>
- Sáiz, P., Rodríguez-Revuelta, J., González-Blanco, L., Burón, P., Al-Halabí, S., Garrido, M., García-Álvarez, L., García-Portilla, P. & Bobes, J. (2014). Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 131-138. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.001>
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2017). Boletín información para la acción, BIA. Prevención del suicido: Un imperativo global. https://www.dssa.gov.co/images/BIA_Intento_Suicidio_31Julio2017.pdf
- Siabato, E., Forero, I. & Salamanca, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51-61. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1264/2130>
- Siabato, E., & Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 9(1), 71-81. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n1/v9n1a06.pdf>
- Soler, R., Castillo, B., Brossard, M. & Peña, C. (2010). Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. *MEDISAN*, 14(5).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000500010&lng=es&tlng=pt

Soto-Sanz, V., Ivorra-González, J., Castellvi, P., Rodríguez-Marín, J. & Piqueras, J. (2019).

Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 1-14. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.1>

Stone, G. (1988) Psicología de la salud: Una definición amplia. *Revista Latinoamericana*

de psicología 20(1), 15-26. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80520102.pdf>

Suárez-Colorado, Y., Ebratt-Pedraza, J., Samper-Santiago, C. & Medina-Cotes, J. (2019).

Apego parental y riesgo suicida en adolescentes y jóvenes. *Informes Psicológicos*, 19(2), 67-79. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a05>

Toro-Tobar, R., Grajales-Giraldo, F. & Sarmiento-López J. (2016). Riesgo suicida según la

tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>

de la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida.

Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

https://pavlov.psyciencia.com/2014/08/protocolo_ideacion_suicida.pdf

Touriño, R., Acosta, F., Giráldez, A., Álvarez, J., González, J., Abelleira, C., Benítez, N.,

Baena, E., Fernández, J. & Rodríguez, C. (2018). Riesgo suicida, desesperanza y

depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. *Actas Esp Psiquiatr*, 46(2),

33-41. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/112/ESP/20-112-ESP-33-41-571736.pdf>

Velasco, M., & Pujal, M. (2005). Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Athenea Digital*, 007, 133-147.
<https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n7.186>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Vinaccia, S. & Quiceno (2006). Salud y enfermedad desde el modelo mágico al bio-psico-social de la psicología de la salud. *El Ágora USB*, 6(2), 165-174.
<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297229855006.pdf>

Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. (2ª ed.) Ediciones Paidós.

ANEXOS

Anexo 1: Formato de registro bibliográfico

Referencia	Región/Institución (país/ciudad)	Idioma	Tipo de documento (libro, artículo de investigación, artículo reflexivo, plan, proyecto, política...)	URL/DOI	Buscador	Resumen
Castañeda, N. (2016). Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. <i>Psicogente</i> , 19(36), 336-346.	Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia	Español	Artículo de investigación	https://doi.org/10.17081/psico.19.36.1302	Dialnet	El suicidio representa una de las principales causas de muerte en estudiantes universitarios. A pesar de que los factores de riesgo al respecto son numerosos y diversos, es posible identificar los más relevantes y prevenirlos desde la Psicología y la Neuropsicología. La identificación que se presenta en este artículo es producto de una revisión literaria realizada con base en criterios establecidos para población universitaria y enmarca ámbitos como el social, personal-familiar, psicológico y académico, en los que la Psicología y la Neuropsicología hacen aportes preventivos con algunas técnicas y recomendaciones básicas para estos factores.
Jiménez-López, J. & Arenas, J. (2017). Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. <i>Revista Colombiana de Ciencias Sociales</i> , 8(1), 226-240	Instituto Mexicano del Seguro Social, México	Español	Proyecto	https://doi.org/10.21501/22161201.1819	Dialnet	La elevada demanda asistencial aunada a la carga académica de los cursos de especialización en medicina afecta la salud mental de los médicos residentes produciendo manifestaciones que van desde el simple malestar emocional hasta el desarrollo de trastornos afectivos en personas predispuestas. El suicidio de médicos ha generado programas para su atención en algunos países. Presentamos la primera clínica de salud mental para médicos residentes de un hospital de alta especialidad en

						México, centrada en la prevención del suicidio y depresión, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental. A diferencia de los reportes de baja tasa de respuesta en otros países, hemos conseguido una participación mayor al 95%, proporcionamos tratamiento oportuno y seguimiento a los residentes identificados con trastorno mental, y no se han presentado suicidios consumados. Suponemos que la utilización de diferentes estrategias (escrutinio, adaptación de modelos de prevención del suicidio como entrenamiento por pares y entrenamiento gatekeeper, sesiones informativas de desestigmatización y promoción de la salud mental, intervenciones dirigidas a individuos y grupos con conflictos) ha sido de utilidad contra las barreras que impiden que los médicos identifiquen los signos de alarma de riesgo de suicidio, busquen ayuda por la presencia de trastorno mental y procuren mejorar su salud mental.
Cañón, S., Castaño, J., Mosquera, A., Nieto, L., Orozco, M. & Giraldo, W. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). <i>Diversitas: Perspectivas en Psicología</i> , 14(1), 27-40.	Universidad Santo Tomás (USTA), Colombia	Español	Artículo de investigación	https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.02	Dialnet	El objetivo de este estudio fue realizar una intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes entre los grados 6º a 8º de un colegio de la ciudad de Manizales, en el departamento de Caldas, Colombia. Se realizó un estudio cuasi experimental, que contó con una población de 103 participantes. Se cuantificaron en la población variables demográficas. Adicionalmente se aplicaron la escala de Riesgo Suicida de Plutchik, la encuesta mito o realidad, escala de Asertividad de

						<p>Rathus, y escala de autoestima de Rosenberg. Seguidamente se realizó una intervención educativa en 8 sesiones, con los estudiantes participantes divididos en 4 grupos. Un mes después se aplicaron nuevamente los cuestionarios mencionados. En la aplicación de los cuestionarios, antes de la intervención educativa, se encontró un 42,7% de riesgo suicida, en mayor proporción 56,9% de autoestima baja, en mayor proporción 68,9% de asertividad confrontativa, y 2,9 en el cuestionario sobre mitos alrededor del suicido. Después de esta intervención se encontró: factor de riesgo suicida de 6,8%, en mayor proporción autoestima alta en 45,1%, en mayor proporción 44,7% presentaron asertividad confrontativa, y 4,5 en el cuestionario sobre mitos. La prueba t para grupos apareados mostró en todos los casos un aprendizaje significativo ($p < 0.001$). Como conclusión, la investigación resaltó la importancia de que los jóvenes reconocieran y fortalecieran las habilidades sociales, tengan comunicación asertiva y destrezas intelectuales con el fin de reducir el riesgo suicida en la población estudiantil.</p>
<p>Flores, P. (2017). El lugar de la psicología en las investigaciones empíricas del suicidio en Argentina: Un estudio bibliométrico. <i>Interdisciplinaria</i>, 34(1), 25-37</p>	<p>Secretaría de investigación de la universidad Siglo 21, Argentina</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo reflexivo</p>	<p>http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v34n1/v34n1a02.pdf</p>	<p>SciELO</p>	<p>El suicidio constituye un problema de salud pública que tiene un gran impacto económico, social y psicológico a nivel mundial. Cada año se estima que mueren cerca de un millón de personas en todo el mundo debido al suicidio. De lo anterior se desprende la importancia de contar con investigaciones empíricas que sustenten todo tipo de acciones en la problemática del suicidio, desde</p>

						<p>políticas en salud pública hasta tratamientos psicológicos. Dada la relevancia del tema, el estudio bibliométrico realizado tuvo como principal objetivo verificar la producción empírica sobre el suicidio en Argentina, haciendo especial énfasis en el lugar de la Psicología en dicha producción. Sintetizando, los resultados permiten concluir que la producción empírica sobre el suicidio en los principales países de Sudamérica es muy baja; más aún si se considera solamente a Argentina. Otra conclusión importante tiene que ver con la menor implicancia de la ciencia psicológica en el abordaje empírico del suicidio, comparando los aportes desde un enfoque médico. Estas conclusiones invitan a reflexionar sobre la necesidad de un mayor abordaje empírico del suicidio en la región, y particularmente en Argentina.</p>
<p>Bahamón, M. & Alarcón-Vásquez, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos. <i>Universitas Psychologica</i>, 17(4), 1-15</p>	<p>Universidad Simón Bolívar, Colombia</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de investigación</p>	<p>https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy.17-4.dvee</p>	<p>Scopus</p>	<p>El objetivo del estudio fue construir y validar una escala para la evaluación del riesgo suicida en adolescentes. Los ítems iniciales se elaboraron con base en la revisión bibliográfica y se sometió a evaluación de expertos con el fin de analizar aspectos teóricos y lingüísticos. La muestra fue de 537 adolescentes entre 13 y 18 años, con una media de 15.2 (DE = 1.1), 268 hombres (49.9 %) y 269 (50.1 %) mujeres. La consistencia interna total del instrumento fue de 0.934; las escalas mostraron alfa de Cronbach entre 0.71 y 0.929; se aplicó el omega de Mcdonald con el uso del software R y los resultados fueron muy similares. Se realizó análisis factorial exploratorio método VARIMAX y</p>

						<p>análisis factorial confirmatorio con el uso del programa estadístico AMOS. Los análisis de ítems, correlación y efectos de suelo y techo mostraron correlaciones entre 0.411** y 0.784** con el puntaje global. Las correlaciones de los ítems con las dimensiones fluctuaron entre 0.71** y 0.908**. Una vez obtenida la agrupación de los ítems en cuatro factores, se hallaron correlaciones significativamente altas entre las subescalas con el puntaje global (0.749** a 0.868**). En conclusión, el instrumento constituye una medida válida y confiable para la evaluación del riesgo suicida en adolescentes colombianos.</p>
<p>Barrios-Acosta, M., Ballesteros-Cabrera, M., Zamora-Vázquez, S., Franco-Agudelo, S., Gutiérrez-Bonilla, M., Tatis-Amaya, J., Sarmiento-López, J., Cuspoca, D., Castillejo-Cuellar, A. & Rodríguez-Melo, C. (2017). Universidad y conducta suicida: respuestas y propuestas institucionales, Bogotá 2004-2014. <i>Revista de Salud Pública</i>, 19(2), 153-160.</p>	<p>Universidad Nacional de Colombia, Universidad Santo Tomás, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de Los Andes y Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de investigación</p>	<p>https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n2.57001</p>	<p>SciELO</p>	<p>Objetivo: Analizar las respuestas institucionales frente a la conducta suicida de estudiantes de cinco universidades de Bogotá y su relación con los lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental (PNSM), de la Atención Primaria Integral en Salud (APS) y los planes establecidos para su abordaje y, a partir de estos, formular recomendaciones para la acción.</p> <p>Métodos: Estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo basado en la consulta a la memoria de 66 agentes universitarios quienes aportaron acerca del hecho suicida y sus características, y sobre las respuestas y propuestas institucionales asumidas en cinco universidades de Bogotá. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas.</p> <p>Resultados: Las universidades participantes presentan comprensiones heterónomas frente al fenómeno del</p>

						<p>suicidio y mecanismos de atención diferentes principalmente direccionados al apoyo administrativo y a la prevención de contagio del comportamiento suicida. Conclusiones: Los suicidios consumados de estudiantes le han servido a las universidades para reflexionar sobre esta problemática y a partir de ello se ha hecho más visible el problema de la deshumanización en la formación, el papel del bienestar universitario y los servicios de salud. Emerge con fuerza el tema de la conveniencia de las redes de trabajo interinstitucional e intersectorial, la psicoeducación, la corresponsabilidad, así como la activa participación de los jóvenes en la discusión y formulación de enfoques y programas orientados hacia su bienestar.</p>
<p>Luna, M. & Dávila, C. (2018). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. <i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i>, 17(34), 1-12.</p>	<p>Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), México</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de investigación</p>	<p>https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgsp17-34.arfa</p>	<p>SciELO</p>	<p>En México el suicidio ha aumentado desde hace más de cuarenta años. El objetivo fue analizar los factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes mexicanos en tres momentos: los doce meses previos a la encuesta, antes de doce meses y en algún momento de la vida. Se ajustaron modelos de regresión logística binomial y se exploró el método del intento con un análisis de correspondencias múltiples. Las mujeres reportaron mayor prevalencia de intento de suicidio, y esta fue menor para los más jóvenes. Si sufrió una agresión o tenía rezago educativo aumentó la propensión a intentar suicidarse, al igual que en aquellos adolescentes que consumen alcohol o tabaco. La prevención del suicidio se debe enfocar en el intento, que es su principal factor de riesgo, y se debe</p>

						dirigir hacia las mujeres más jóvenes, adolescentes con rezago educativo, que fumen o consuman alcohol o que sufrieron recientemente violencia.
Dávila-Cervantes, C. (2019). Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016. <i>Universidad y Salud</i> , 21(3), 235-239.	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), México	Español	Artículo de investigación	https://dx.doi.org/10.22267/rus.192103.160	SciELO	<p>Introducción: La mortalidad por suicidio se ha incrementado sostenida e ininterrumpidamente en México desde hace más de 40 años.</p> <p>Objetivo: El principal objetivo fue analizar los factores sociodemográficos asociados con la mortalidad por suicidio en México entre 2012 y 2016. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional y transversal. Las bases de datos de defunciones se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en México para 2012-2016. Se ajustó un modelo de regresión logística binomial para analizar qué factores sociodemográficos se relacionan con la posibilidad de que las personas fallezcan por suicidio en México.</p> <p>Resultados: Las mujeres tuvieron una menor posibilidad de fallecer por suicidio y conforme aumenta la edad, las personas tienen menos posibilidad de suicidarse. Tener algún grado de escolaridad o realizar una actividad económica incrementó la posibilidad de fallecer por suicidio.</p> <p>Conclusiones: Se espera que este estudio aporte mayor evidencia que ayude a generar políticas de prevención, atención oportuna, y la disminución del impacto de esta causa de muerte en la sociedad.</p>
Bustamante, F. & Florenzano R. (2013). Programas de prevención del	Universidad de los Andes, Chile	Español	Artículo de revisión	https://dx.doi.org/10.4067/S071	SciELO	Las muertes por suicidio han aumentado a nivel mundial y especialmente en nuestro país en la última década. Por ello

<p>suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. <i>Revista chilena de neuro-psiquiatría</i>, 51(2), 126-136.</p>				<p>7-92272013000200006</p>		<p>se hace necesario realizar un trabajo preventivo, principalmente en adolescentes. El presente trabajo tuvo como objetivo realizar una revisión de la literatura de los programas de prevención de suicidio en adolescentes escolares. Los resultados demostraron que son pocos los programas centrados en abordar el suicidio como objetivo principal sino que su foco son factores asociados, como por ejemplo la depresión mayor. Aún así, varios consiguen una disminución de la ideación y conducta suicida en la población estudiada, especialmente cuando implementan más de una intervención.</p>
<p>Martínez, J. & Robles, A. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales. <i>Informes Psicológicos</i>, 16(2), 53-68.</p>	<p>Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia, Valledupar, Colombia</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de investigación</p>	<p>https://doi.org/10.18566/infpsicv16n2a04</p>	<p>Dialnet</p>	<p>Objetivo: determinar la percepción de los diferentes actores sociales sobre la conducta suicida en la ciudad de Valledupar (Cesar-Colombia). Método: Se abordó desde una perspectiva cualitativa exploratoria, con enfoque hermenéutico, mediante el uso de la técnica de grupos focales. Los participantes fueron 55 jóvenes y adultos (28 mujeres y 27 hombres), con edades comprendidas entre los 16 y 65 años, pertenecientes a la comunidad de Valledupar, los grupos estuvieron conformados por adolescentes, padres de familia, profesores y profesionales de la salud. Las categorías deductivas que se utilizaron como marco de referencia, partieron de las propuestas en el Modelo Ecológico del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner. Resultados: se encontró que los participantes perciben que enfermedades mentales y físicas son predisponentes para que se pueda</p>

						contemplar el suicidio, debido a que se encuentra en un estado vulnerable; además, señalan que la edad, el género y la ausencia o presencia de hijos, son factores a la hora de contemplar la idea de quitarse la vida. Así mismo, se encontró que aspectos como la situación social y económica del país genera desesperanza frente al futuro, en especial en la población más joven, lo que se convierte en un estresor vital. Conclusión: el suicidio es un evento originado por múltiples variables de índole individual, social, familiar y cultural. Finalmente, se discute cómo estas variables deben ser incluidas en los planes de prevención e intervención de la política de Salud Mental.
Gamarra, E., de la Torre, J., Pérez, L. & Sánchez, N. (2016). Análisis y diseño intervencionista de la conducta suicida en población con dificultades socio-económicas. Enfoque preventivo desde la Psicología Positiva. <i>Documentos de Trabajo Social</i> , (57), 100-124.	España	Español	Artículo exploratorio	https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6095381.pdf	Dialnet	Reducir las muertes por suicidio es uno de los principales desafíos sociales de la actualidad. Las conductas suicidas suelen incrementarse en tiempos de profundas crisis económicas como la que vivimos, por este motivo es importante desarrollar programas de carácter preventivo que puedan amortiguar sus consecuencias. Para lograrlo es importante conocer las características de la población y los factores de riesgo asociados, pero también las variables y recursos personales que pueden actuar como protectores. Este estudio exploratorio con un programa de intervención longitudinal con seguimiento describe el perfil epidemiológico de una muestra de 95 personas con dificultades socio-económicas usuarias de servicios sociales, y revela que existe una relación indirecta entre ciertas fortalezas

						<p>personales (Curiosidad, Pasión por Aprender, Prudencia, Auto-regulación, Vitalidad, Optimismo, Perspectiva y Espiritualidad) y el riesgo auto-lítico a través de dos variables clave: la depresión y la impulsividad. Este hallazgo permite hacer una propuesta de programa de prevención, basado en Psicología Positiva, de carácter grupal, que puede ser implementado por profesionales de Trabajo Social en Centros de Servicios Sociales Comunitarios.</p>
<p>Arias, H. (2013). Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. <i>Vanguardia Psicológica</i>, 3(2), 215-225</p>	<p>Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanas de la Fundación Seré, Bogotá (Colombia)</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de revisión</p>	<p>https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815157</p>	<p>Dialnet</p>	<p>El suicidio ha cobrado vital importancia como problemática de salud pública dada la tasa de mortalidad que se encuentra, aún más teniendo en cuenta el subregistro de los intentos fallidos de suicidio y la reincidencia una vez estos ocurren. Así, se han implementado numerosos programas de prevención del suicidio atendiendo a esta demanda, para que estos generen impacto es necesario determinar los factores que se relacionan con el éxito de dichos programas. En el presente artículo de revisión, se exponen las experiencias que refieren ser exitosas en la prevención del suicidio. Entre las conclusiones se encontró que la delimitación de poblaciones con características específicas, la utilización de estrategias psicoeducativas respecto a factores de riesgo y protección, la utilización de estrategias combinadas y de la intervención en diferentes niveles de prevención son las características que mejor se relacionan con el éxito de dichos programas.</p>

<p>Rodríguez, F., Mok, Y., Cuervo, L. & Rodríguez, O. (2013). Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba. <i>MEDISAN</i>, 17(1), 101-108.</p>	<p>Santiago de Cuba</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de investigación</p>	<p>http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100013&lng=es&tlng=es</p>	<p>SciELO</p>	<p>Se realizó una investigación exploratoria en algunos miembros del personal sanitario (una psicóloga y 6 médicos de familia) perteneciente al área de salud del Policlínico Universitario "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba, de diciembre de 2011 a marzo de 2012, que presentó los índices más elevados de intento de suicidio en la adolescencia durante el 2011, a fin de determinar los problemas existentes en la prevención de ese comportamiento, para lo cual se utilizó la metodología cualitativa, específicamente el diseño de campo y los métodos: observación, entrevista en profundidad y cuestionario. Los resultados evidenciaron una atención psicológica sin adecuados enfoques preventivo y comunitario, irregularidades en la atención por psiquiatría, poca implicación de la familia y desvinculación de la escuela. En general, hubo dificultades en la aplicación del Programa Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida, lo que estuvo unido a la necesidad de aprendizaje sobre el tema y de mayor sensibilización al respecto, así como a la sobrecarga laboral en los profesionales.</p>
<p>Bustamante, F., Urquidi, C., Florenzano, R., Barrueto, C., Hoyos, J., Ampuero, K., Terán, L., Figueroa, M., Farías, M., Rueda, M. & Giacaman, E. (2018). El programa RADAR para la prevención del suicidio en adolescentes de la región de Aysén, Chile: resultados preliminares. <i>Revista chilena de pediatría</i>, 89(1), 145-148.</p>	<p>Región de Aysén, Chile</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de revisión</p>	<p>https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000100145</p>	<p>SciELO</p>	<p>Objetivo: Dar a conocer los resultados preliminares del programa comunitario RADAR (Red para la Atención y Derivación de Adolescentes en Riesgo suicida). Método: Durante el 2016, RADAR fue implementado como prueba de concepto en dos colegios de Puerto Aysén de la Región de Aysén, Chile. Se capacitó un total de 409 participantes (entre alumnos, profesores de los</p>

						<p>colegios, apoderados y profesionales de la salud) para la pesquisa y derivación de adolescentes en riesgo de suicidio.</p> <p>Resultados: De un total de 144 alumnos que pasaron los sistemas de pesquisa de RADAR, se detectaron 29 casos en riesgo suicida (20%) y 27 fueron derivados oportunamente al Servicio de Urgencia del Hospital de Puerto Aysén. En la segunda campaña de pesquisa de RADAR, 3 meses después, el 90% de los casos ya no presentaba riesgo suicida.</p> <p>Conclusión: Estos resultados muestran la alta proporción de adolescentes en riesgo suicida que no son visibilizados por el sistema de salud y la factibilidad de implementar RADAR en la comunidad como una intervención preventiva efectiva.</p>
<p>Soler, R., Castillo, B., Brossard, M. & Peña, C. (2010). Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. <i>MEDISAN, 14</i>(5).</p>	<p>Policlínico "Mario Muñoz Monroy" de Santiago de Cuba</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de investigación</p>	<p>http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201000050010&lng=es&tlng=pt</p>	<p>SciELO</p>	<p>Se realizó un estudio descriptivo y transversal para evaluar la calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en el Policlínico "Mario Muñoz Monroy" de Santiago de Cuba durante el 2007, teniendo en cuenta el desempeño científicotécnico y la satisfacción de los usuarios. Mediante la creación de un grupo de expertos se establecieron criterios explícitos, descriptivos y normativos, así como se construyeron indicadores y prefijaron estándares. Se constató que la estructura no garantizaba un idóneo cumplimiento del Programa y existía insuficiente competencia profesional de los prestatarios del Sector, debido a la poca capacitación e insatisfacción con respecto a su contenido, todo lo cual pudo influir en los resultados</p>

						inadecuados de los indicadores previstos.
Paniagua, R., González, C. & Rueda, S. (2014). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. <i>Revista Facultad Nacional De Salud Pública</i> , 32(3), 314-321.	Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia	Español	Artículo de investigación	https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/18138	SciELO	El riesgo de orientación suicida es un estado que antecede a la ideación suicida que puede conducir a un intento de suicidio y posiblemente a un suicidio consumado; para la Salud Pública es un tema de interés por su magnitud y por la presión que ejerce sobre los sistemas de salud. Objetivo: el estudio buscó determinar la asociación del riesgo de orientación suicida con variables sociodemográficas y los indicadores de salud mental: dominios de depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín, 2010. Metodología: se realizó un estudio de corte transversal con una muestra aleatoria de 604 estudiantes. Se utilizaron los instrumentos: Inventario de orientación suicida (ISO); Inventario de depresión en niños y adolescentes (CDI-LA); ¿Cómo es tu Familia?; Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CICI II) y el Apgar familiar. Se realizaron un análisis factorial confirmatorio y una regresión logística. Resultados: existe asociación del riesgo de orientación suicida en un adolescente escolarizado con los indicadores: acumulación de tensiones en la familia, escasa búsqueda de apoyo, mal funcionamiento familiar, vulnerabilidad en valores morales y la presencia de sintomatología depresiva. Conclusión: el buen funcionamiento de la familia es una estrategia inmediata

						muy importante para la salud mental del adolescente escolarizado.
Rodríguez, M., Rodríguez, N., Gempeler, J. & Garzón, D. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 43(S1), 19-26.	Bogotá, Colombia	Español	Artículo de investigación	https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.007	SciELO	El intento de suicidio (IS) y los comportamientos de autolesión no suicida (CALNS) se han descrito en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y se relacionan con una mayor morbilidad y peor pronóstico. Objetivos: Explorar la presentación de IS y CALNS en pacientes consultantes a un programa de tratamiento ambulatorio para TCA, evaluar las variables asociadas y explorar la correlación entre ambos tipos de comportamientos. Materiales y métodos: Se estudiaron 908 pacientes de ambos sexos que consultaron el Programa Equilibrio, de Bogotá. El antecedente de IS y CALNS fue explorado sistemáticamente en la elaboración de la historia clínica mediante preguntas estructuradas directas y corroboradas durante las entrevistas con la familia. Además, se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas, y antecedentes de experiencias traumáticas. Se calcularon frecuencias simples, se realizó un análisis bivariado entre el IS y el CALNS, y las otras variables de estudio. Finalmente, para el análisis multivariado se construyeron 2 modelos de asociación con las variables de importancia clínica y significación estadística. Resultados: El 13% de los pacientes reportaron IS en algún momento de su vida y el 26%, CALNS. Las variables asociadas con IS fueron trastorno bipolar (OR: 3,86; IC 95% 2,4-6,1), personalidad límite, subtipo purgativo del TCA y autolesiones. Con los

						CALNS se encontró asociado abuso sexual (OR: 3,48; IC 95% 2,2-5,4), trastorno bipolar, tricotilomanía e intento de suicidio.
Piedrahita, L., Paz, K. & Romero, A. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: La escuela como contexto. <i>Revista Hacia la Promoción de la salud</i> , 17(2), 136-148.	Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.	Español	Artículo de investigación	https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126826010.pdf	Redalyc	Objetivos: Proyecto de intervención educativa cuyo objetivo fue fomentar conductas protectoras a partir de los factores de riesgo para intento de suicidio, identificados en adolescentes y promover el conocimiento de los factores de riesgo y dotarles de herramientas para el abordaje inicial a educadores y padres de familia. Materiales y Métodos: La muestra estuvo conformada por 30 estudiantes entre 9 y 14 años, matriculados en una institución educativa de la ciudad de Cali entre septiembre de 2009 y junio de 2010. Y siete adultos entre educadores y padres. Se diseñó la intervención en cuatro fases: una inicial, buscaba identificar en los estudiantes los factores de riesgo. En la segunda fase, se elaboró el programa educativo. En la tercera fase, se implementó el programa bajo los principios de educación en salud. Y una cuarta fase, donde se evaluó el impacto de las actividades realizadas. Resultados: Los hallazgos evidenciaron el desconocimiento de los adultos respecto al suicidio. A partir de los resultados después de la intervención educativa, se evidenció más precisión respecto a los conceptos básicos de suicidio y de las intervenciones a realizar con adolescentes en riesgo. Conclusiones: La intervención educativa, posibilitó la identificación de los factores de riesgo en los adolescentes y mostró una significativa efectividad al aumentar el

						nivel de conocimientos en los padres y educadores. Una mayor información posibilita la identificación y tratamiento oportuno lo cual conlleva a la disminución del evento en este grupo poblacional. Se resalta el papel de la escuela como contexto apropiado para la realización de las intervenciones.
Córdova, M., Cubillas, M. & Román, R. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. <i>Pensamiento Psicológico</i> , 9(17), 21-32.	Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia	Español	Artículo de investigación	https://www.redalyc.org/pdf/801/80122596002.pdf	Redalyc	Objetivo: Evaluar un programa de prevención secundaria de comportamientos de riesgo suicida en adolescentes escolarizados y sus familias, utilizando el enfoque de democratización familiar. Método: Estudio exploratorio, prospectivo, en el que se empleó metodología participativa (talleres de reflexión-acción) y evaluación pre y post-prueba de 81 estudiantes de educación media superior y sus familias. Concretamente, se aplicaron escalas de depresión, ideación suicida, ansiedad y relación con los padres. Resultado: En un análisis desagregado por niveles se observó que algunos participantes mejoraron tanto sus niveles de ideación suicida como de depresión. Sólo los niveles de ansiedad antes y después de la implementación del programa resultaron estadísticamente significativos ($p < .001$). Conclusión: Padres de familia y adolescentes evaluaron de manera positiva su participación en los talleres. Se recomienda extender la duración de los mismos, así como emplear otro conjunto de medidas de prevención que involucre a los padres de familia.
Feliciano-López, V., Ortega-Guzmán, J., Jiménez-Chafey, M., Duarté-Vélez,	Asociación de Psicología de	Español	Artículo de investigación	https://www.redalyc.org/pdf/233	Redalyc	El suicidio es un problema serio de salud pública y es imperativo desarrollar estrategias para prevenirlo. Los/as

<p>Y., Chárriez-Cordero, M. & Bernal, G. (2017). Exposición y conocimiento sobre la prevención del suicidio, estigma, estrategias de afrontamiento y recursos en estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. <i>Revista Puertorriqueña de Psicología</i>, 28(1), 46-61.</p>	<p>Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.</p>			<p>2/233255999004.pdf</p>		<p>universitarios/as, en especial los/as de nuevo ingreso, pudieran estar en mayor riesgo debido a las demandas de la vida universitaria. La campaña de concientización es una de las estrategias para llevar el mensaje de prevención. El objetivo de esta investigación fue evaluar la exposición y conocimiento sobre la prevención del suicidio, estigma, estrategias de afrontamiento y recursos en estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. La mayoría reportó no haber estado expuestos a la campaña, solo el 23.4% conoce sobre los recursos de servicios de salud mental para referir a una persona en riesgo suicida. Los/as estudiantes reportan mayor estigma público, mientras los varones reportan más estigma personal y público; y diferencia por sexo en las estrategias de afrontamiento ante eventos estresantes. La mayoría recurriría a su novio/a o pareja, padres y otro familiar, al confrontar un problema emocional o pensamientos suicidas, mientras un 19% o más no recurrirían a nadie. Es imperativo desarrollar estrategias para mejorar el bienestar emocional y la búsqueda de ayuda profesional de estos/as jóvenes cuando es necesario.</p>
<p>Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, SINERGIAS—Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social (2012). <i>Intervenciones en suicidio, Revisión crítica de la literatura.</i></p>	<p>Bogotá, Colombia.</p>	<p>Español</p>	<p>Reporte de investigación documental</p>	<p>https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Intervenciones-suicidio-revision-</p>	<p>https://www.minsalud.gov.co</p>	<p>N/A</p>

				critica- literatura.pdf		
Navarrete, E., Herrera, J. & León, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , 39(135), 193-214.	Equipo de tratamiento asertivo comunitario de Gran Canaria. Hospital Juan Carlos I. Las Palmas de Gran Canaria	Español	Artículo de revisión	https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000100011	SciELO	La prevención del suicidio es uno de los puntos principales y más controvertidos en las políticas de salud que se han desarrollado en la última década. Nuestro objetivo es revisar, desde una perspectiva crítica, las estrategias preventivas que se han propuesto y las limitaciones que aparecen en su diseño, implementación y efectividad, así como reflexionar sobre las consecuencias potencialmente iatrogénicas de estas intervenciones y recomen-dar otros abordajes más integradores de la cuestión.
Ayuso-Mateos, J., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P., Saiz, J. & Grupo RECOMS (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. <i>Revista de Psiquiatría y Salud Mental</i> , 5(1), 8-23.	Barcelona, España.	Español	Artículo de revisión	https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001	Google Académico	El suicidio es un problema importante de salud pública que constituye una de las principales causas de años de vida perdidos por enfermedad y la tercera causa de mortalidad en adultos jóvenes. El objetivo de este proyecto iniciado por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica fue preparar un documento que, a partir de la evidencia disponible y la opinión de los expertos, realizara unas recomendaciones sobre la prevención y el manejo del comportamiento suicida.
Baader, T., Urra, E., Millán, R. & Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. <i>Revista Médica Clínica Las Condes</i> , 22(3), 303-309.	Clínica Las Condes, Chile	Español	Artículo de revisión	https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8	Google Académico	Las conductas suicidas son un problema de Salud Pública en Chile y en el mundo, dentro de ellas se incluyen el intento de suicidio y el suicidio. En este artículo se realizará una revisión general del problema en Chile, pero se centrará en la conducta clínica y de intervención en crisis. Es necesario realizar un diagnóstico adecuado de la conducta suicida, el cual

						<p>debe basarse en la evaluación de cinco aspectos principales, según el modelo sugerido por la Escuela de Medicina de Harvard, el cual es detallado en el presente artículo.</p> <p>Finalmente, debemos tener presente que el eje central del enfrentamiento de un paciente evaluado por intento de suicidio es la intervención en crisis, la cual debe ser realizada por el primer médico que tenga contacto con el paciente.</p>
<p>García de Alba, J., Quintanilla, R., Sánchez, L. Morfín, T. & Cruz, J. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. <i>Revista Colombiana de Psicología</i>, 20(2), 167-179.</p>	<p>Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de investigación</p>	<p>https://www.redalyc.org/pdf/804/80421265002.pdf</p>	<p>Redalyc</p>	<p>Este estudio buscó identificar la estructura semántica del dominio cultural, el promedio de conocimiento y el grado de consenso cultural manifestado por los adolescentes sobre el intento de suicidio. Fue un estudio cualitativo de listas libres, con un muestreo propositivo no aleatorizado de 27 adolescentes entre 13 y 18 años. Los resultados evidenciaron un solo modelo semántico. En lo estructural se identificó el problema familiar como una causa importante del intento suicida; las categorías depresión y tristeza se consideraron como signos y síntomas previos a esta tentativa y no como causas. Como estrategias de prevención, se consideró recibir información mediante pláticas o establecer conversaciones sobre los problemas. Este modelo permite proponer estrategias de prevención que privilegien el núcleo familiar.</p>
<p>Aguilar, I., Louro, I. & Perera, L. (2012). Ejecución del programa de prevención y control de la conducta suicida en</p>	<p>Ciudad de la Habana, Cuba</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de investigación</p>	<p>http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n1/spu08112.pdf</p>	<p>SciELO</p>	<p>Introducción: el suicidio se ubica entre las 10 primeras causas de muerte en el mundo. La OMS estima que al menos 1110 personas se suicidan cada día y lo intentan cientos de miles,</p>

<p>Nueva Paz. <i>Revista Cubana de Salud Pública</i>, 38(1), 74-83.</p>					<p>independientemente de la geografía, cultura, religión, etnia, y alerta además, sobre el incremento de las tasas de suicidio como una tendencia creciente sobre todo en la población joven.</p> <p>Objetivo: valorar la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en el municipio de Nueva Paz en el año 2010.</p> <p>Métodos: estudio descriptivo y transversal. Se aplicaron cuestionarios, entrevistas, guías de observación y exploración de conocimientos sobre el Programa por un grupo de 65 trabajadores de la salud. Se establecieron criterios, indicadores y estándares para la evaluación de las variables de estructura, proceso y resultado.</p> <p>Resultados: el suicidio ocupó la séptima causa de muerte en el municipio y los intentos suicidas incidieron en el sexo femenino y en los grupos de 60 años y más y de 10 a 19 años. No existió un adecuado funcionamiento del Centro Comunitario de Salud Mental ni de los Equipos de Salud Mental. No se realizaron actividades de capacitación sobre el Programa y eran insuficientes los conocimientos para ejecutarlo. Las tarjetas de Enfermedades de Declaración Obligatoria carecían de calidad y el flujo de información era inadecuado. Se realizaba una deficiente <i>dispensarización</i> de los pacientes, en lo que incidía la baja calidad de la primera consulta, la no realización de interconsultas y la no periodicidad establecida en las visitas de terreno.</p>
---	--	--	--	--	--

						Conclusiones: las deficiencias encontradas en la estructura y el proceso conllevaron a que la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en Nueva Paz en el 2010, fuera inadecuada.
Navas, W. (2013). Abordaje del suicidio en atención primaria. <i>Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica</i> , 70(606), 219-225.	Costa Rica	Español	Artículo de revisión	https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcscen/rmc-2013/rmc132e.pdf	Google Académico	El suicidio es el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada. El suicidio en la comunidad es un serio problema de salud. Es un fenómeno complejo, catalogado como un problema de salud pública, que convoca a especialistas de diferentes áreas para su estudio e investigación. En el presente artículo se realiza una revisión sobre los aspectos más importantes en torno al suicidio. El médico de atención primaria tiene un papel clave en la identificación y el tratamiento del riesgo de suicidio, ya que por su estrecha vinculación con la comunidad, está en mejores condiciones de detectar al presunto suicida y ejercer las acciones de salud que impidan este acto. El objetivo de esta revisión, es resaltar los principales factores asociados con el suicidio y proveer información sobre la identificación y el manejo de pacientes suicidas para el abordaje desde atención primaria.
Reijas, T., Ferrer, E., González, A. & Iglesias, F. (2013). Evaluación de un programa de intervención intensiva en conducta suicida. <i>Actas Españolas de Psiquiatría</i> , 41(5), 279-286.	Unidad de Salud Mental A Ponte, España	Español	Artículo de investigación	https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/85/ESP/15-85-ESP-279-286-816367.pdf	Google Académico	El suicidio es un problema de salud pública. El suicidio consumado asciende a 1 millón de casos al año en el mundo y se estima que el número de intentos de suicidio es 10 o 20 veces superior. El objetivo del presente trabajo es la evaluación de la efectividad en la reducción de reintentos de suicidio en un Programa de prevención de conducta

						suicida: el Programa de Intervención Intensiva (PII).
Muñoz, J., Sánchez, M., Palacios. B. & Franco, M. (2014). Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: Resultados del proyecto EUREGENAS. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 48(spe2), 139-147.	Universidad de Salamanca y la Universidad Pontificia de Salamanca, España	Español	Artículo de investigación	https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800021	SciELO	Según la OMS y la Unión Europea, consideran el suicidio un problema de primer orden y una de las principales causas de muerte no natural. En España, la tasa ha aumentado un 12% desde 2005(1). El Proyecto de Investigación <i>European Regions Enforcing Actions against Suicide</i> (EUREGENAS) financiado por <i>Health Program</i> 2008-2013, tiene como principal objetivo describir un modelo integrado de Salud Mental orientado a la prevención de suicidio. A través de una estrategia metodológica cualitativa y mediante la elaboración de grupos de discusión con distintos colectivos profesionales de la salud se describen e interpretan las diferencias que permiten discriminar el significado de la prevención de conductas suicidas. Los resultados ponen en evidencia las diferencias existentes entre los diferentes profesionales de la salud más relacionados con este problema y la coincidencia en considerar el suicidio como una prioridad en el ámbito de la salud.
Cruz, E., Valdayo, B. & Martín, R. (2017). Investigación enfermera sobre las manifestaciones clínicas y la prevención en la conducta suicida en la adolescencia. <i>Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology</i> , 2(1), 221-228.	España	Español	Artículo de revisión	https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.934	Google Académico	El suicidio, se considera la segunda causa de muerte, según la OMS, en la edad de la adolescencia. Aunque no suele ser muy común en edades infantiles, en edades comprendidas dentro de la estimación adolescente, suele haber un aumento del suicidio ya que esta edad se trata de una época en la que existen grandes conflictos interiores y dónde hay que desarrollar el instinto de resiliencia, responsabilidad y afrontar de forma más óptima su desarrollo académico. Es una

						<p>época en la que sitúa su identidad sexual establece relaciones sociales, necesidad de ser más independientes. En fin, como comentamos antes, se trata de una etapa de muchos cambios, que es pasar de la infancia a la edad adulta. También, se incluyen factores de riesgos que hagan precipitar al adolescente a la ideación/planeación suicida, como son alteraciones mentales, cambios bruscos en su vida como puede ser la separación de los padres, cambios económicos, etc. La prevención es una buena herramienta para evitar un fatal desenlace de la persona que tiene ideaciones suicidas. Para ello, se recomienda vigilar el estado deprimible que tiene el joven, realizar escucha activa, acudir a ayuda profesional, uso de la empatía y acompañamiento de sus sentimientos, ayuda a la introducción social y realización de deporte, entre otros.</p>
<p>Chesin, M. & Stanley, B. (2015). Evaluación del riesgo e intervenciones psicosociales para pacientes suicidas. <i>RET: Revista de Toxicomanías</i>, 74, 22-32.</p>	España	Español	Artículo de revisión	<p>https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5503750</p>	Dialnet	<p>El suicidio es una de las principales causas de muerte en los EE.UU. Aunque los factores que incrementan el riesgo de suicidio a largo plazo son conocidos e incluyen el trastorno bipolar, los signos de riesgo de suicidio inminente son difíciles de estudiar y no están bien especificados. Se deben hacer determinaciones del riesgo agudo para determinar el nivel de atención adecuado para proteger a los pacientes. Para aumentar la seguridad de los pacientes en riesgo a corto plazo y para reducir el riesgo a largo plazo, se han desarrollado intervenciones psicosociales para prevenir el suicidio y se han probado en centros ambulatorios y en unidades de agudos.</p>

<p>Barrón, E. & Krmpotic, C. (2016). La prevención del suicidio juvenil: entre la enunciación y la acción. <i>Revista Katálysis</i>, 19(1), 43-52.</p>	<p>Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de revisión</p>	<p>https://doi.org/10.1590/1414-49802016.0010005</p>	<p>SciELO</p>	<p>El artículo expone las estrategias argumentativas que explican al suicidio juvenil, sus características y las formas de prevención posibles a partir de la recopilación, lectura y análisis de contenido transversal de publicaciones de cuatro grupos: profesionales de la salud, sociólogos, filósofos existencialistas y teólogos que escribieron sobre la temática entre 1990 y 2011. Se analiza la relevancia de los factores de riesgo como matriz explicativa y cuestiona su eficacia para operacionalizar servicios sociosanitarios oportunos y de calidad.</p>
<p>Cruz, A., Balam, M., Gómez, L. & Pool, R. (2017). PLACE para la prevención y detección del riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. <i>Cuidarte</i>, 6(11), 34-43.</p>	<p>Universidad Nacional Autónoma de México, México</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de investigación</p>	<p>http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2017.6.11.69135</p>	<p>Google Académico</p>	<p>El suicidio es un problema de salud mental que ha cobrado relevancia a nivel mundial. La magnitud es mayor en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 25 años de edad, afectando a la persona, familia y sociedad; por ello, es necesario que la enfermería como profesión en constante interacción con la sociedad, implemente intervenciones innovadoras que mejoren la calidad de vida de la población.</p>
<p>Soto-Sanz, V., Ivorra-González, J., Castellvi, P., Rodríguez-Marín, J. & Piqueras, J. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. <i>Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes</i>, 6(3), 1-14.</p>	<p>España</p>	<p>Español</p>	<p>Artículo de revisión</p>	<p>https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.1</p>	<p>Google Académico</p>	<p>Durante los últimos años ha habido un aumento en el suicidio en población de 12 a 25 años, siendo la segunda causa de fallecimiento en este grupo etario. La aplicación de programas de prevención en esta población es posible y eficaz. Hasta la fecha se han llevado a cabo diferentes programas de prevención en población adolescente comunitaria, la mayoría con cierta heterogeneidad en los resultados. Por ello, el presente artículo aborda una revisión de los programas de prevención a nivel</p>

						internacional en esta población, con la finalidad de conocer su eficacia.
Sáiz, P., Rodríguez-Revuelta, J., González-Blanco, L., Burón, P., Al-Halabí, S., Garrido, M., García-Álvarez, L., García-Portilla, P. & Bobes, J. (2014). Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). <i>Revista de Psiquiatría y Salud Mental</i> , 7(3), 131-138.	España	Español	Artículo de investigación	http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.001	Google Académico	La prevención del comportamiento suicida es una prioridad en la salud pública de la Unión Europea. La tentativa suicida previa es el mejor predictor de riesgo de futuras tentativas suicidas y de suicidio consumado. El principal objetivo de este artículo es describir el protocolo de un estudio controlado diseñado para prevenir la recurrencia de comportamientos suicidas que propone el manejo de casos, e incluye un programa psicoeducativo, en comparación con la intervención clínica habitual (PSyMAC).
Cárdenas, J., Santelices, D., Fredes, A. & Florenzano, R. (2012). Protocolo de manejo del intento suicida en el Hospital del Salvador en Santiago de Chile. <i>Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría</i> , 50(4), 249-254.	Hospital del Salvador, Santiago de Chile	Español	Artículo de revisión	http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000400007	SciELO	El suicidio es un problema social y de salud pública en todo el mundo. Acarrea importantes consecuencias emocionales para las personas cercanas al fallecido y también consecuencias económicas y emocionales para el resto de la comunidad. De ahí la importancia de detectar tempranamente los potenciales casos y utilizar intervenciones adecuadas. El presente protocolo se estructuró como una manera de estandarizar y jerarquizar las intervenciones entregadas a pacientes con riesgo suicida en el Hospital del Salvador.
Ley 1438 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.	Ministerio de salud y protección social, Colombia	Español	Ley estatutaria	https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf	www.minsalud.gov.co	N/A
Ley 1616 Del 2013. Por Medio De La Cual Se Expide La Ley De Salud Mental	Ministerio de salud y	Español	Ley estatutaria	https://www.minsalud.gov.co/sit	www.minsalud.gov.co	N/A

Y Se Dictan Otras Disposiciones. El Congreso De Colombia, Ministerio De Salud y Protección Social.	protección social, Colombia			es/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf		
Ley 1751 2015. Por Medio De La Cual Se Regula El Derecho Fundamental A La Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones. El Congreso De Colombia, Ministerio De Salud y Protección social.	Ministerio de salud y protección social, Colombia	Español	Ley estatutaria	https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf	www.minsalud.gov.co	N/A
Decreto 0280 de 2015. Por el cual se crea la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS. 18 de febrero de 2015.	Presidencia de la República, Colombia	Español	Decreto	http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETOS%20280%20DEL%2018%20DE%20FEBRERO%20DE%202015.pdf	http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos	N/A
Resolución 429 de 2016 [Ministerio de Educación Nacional]. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. 17 de febrero de 2016.	Ministerio de salud y protección social, Colombia	Español	Resolución	https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf	www.minsalud.gov.co	N/A
Resolución 3202 de 2016 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAs, se adopta un grupo de Rutas	Ministerio de salud y protección social, Colombia	Español	Resolución	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf	www.minsalud.gov.co	N/A

Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. 25 de julio de 2016.						
Resolución 780 de 2014 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se establecen los lineamientos técnicos para la implementación de los programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en desarrollo de lo dispuesto en el Decreto número 3046 de 2013 y se dictan otras disposiciones. 13 de marzo de 2014.	Ministerio de salud y protección social, Colombia	Español	Resolución	https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200780%20de%202014.pdf	www.minsalud.gov.co	N/A
Resolución 2626 de 2019 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE. 27 de septiembre de 2019.	Ministerio de salud y protección social, Colombia	Español	Resolución	https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf	www.minsalud.gov.co	N/A
Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2013). Programa nacional de prevención del suicidio: Orientaciones para su implementación.	Ministerio de Salud, Gobierno de Chile	Español	Documento electrónico	https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf	https://www.minsal.cl	N/A
Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021.	Ministerio de salud y protección social, Colombia	Español	Documento electrónico	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/concortacion-	https://www.minsalud.gov.co	N/A

				intersectorial-plan-conducta-suicida-2017-2021.pdf		
Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud (2015). Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida: Manual para profesionales de la salud.	Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud, 2015	Español	Documento electrónico	http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES	http://medicina.udea.edu.co	<p>Presentación</p> <p>Este manual para la atención con calidad a las personas que presentan conductas suicidas contiene orientaciones técnicas dirigidas a los profesionales de la salud que laboran en instituciones, programas o proyectos de salud de la ciudad de Medellín. Contiene elementos útiles para la evaluación y atención integrales de las personas con conducta suicida, según la clasificación del riesgo.</p> <p>El propósito es contribuir a mejorar la capacidad resolutoria desde la atención primaria: fortalecer las capacidades del personal de salud en la atención a las personas que presentan conductas suicidas, sensibilizar frente al tema, motivar a conocer y apropiarse de los aspectos relacionados con la salud mental, optimizar el talento humano en nuestro sistema de salud y aportar a la salud de la población.</p> <p>La premisa de este manual es que tanto en entornos hospitalarios como no hospitalarios donde se cuente con personal entrenado, como profesionales de enfermería, psicólogos, médicos, nutricionistas, entre otros se puede detectar tempranamente un riesgo y hacer una contención inicial, ofrecer los primeros auxilios psicológicos, acompañar a la persona y a su familia, brindar una atención cálida, comprensiva y humana, desde el punto de vista</p>

						<p>psicoafectivo, y segura, desde el punto de vista clínico.</p> <p>Este documento está estructurado en cuatro partes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aspectos básicos del manual. 2. Generalidades de la conducta suicida y aspectos epidemiológicos. 3. Valoración y atención integral de las personas que presentan conductas suicidas. 4. Rutas de atención.
<p>Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2017). Boletín información para la acción, BIA. Prevención del suicidio: Un imperativo global.</p>	<p>Gerencia de Salud Pública de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia</p>	<p>Español</p>	<p>Documento electrónico</p>	<p>https://www.dssa.gov.co/images/BIA_Intento_Suicidio_31Julio2017.pdf</p>	<p>https://www.dssa.gov.co/</p>	<p>El Boletín información para la acción, BIA, de la Gerencia de Salud Pública de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, es un boletín epidemiológico que tiene como objetivo difundir la información de un evento específico, los lineamientos técnicos vigentes para la acción, y algunas recomendaciones que se deben impulsar por los diferentes actores, en cada uno de los municipios de Antioquia, con el fin de reducir el riesgo de enfermar, complicarse y morir por un evento de interés en salud pública. La fuente de información es la notificación de los casos por las unidades notificadoras municipales (UNM) al Sivigila y complementada por la gestión y las recomendaciones técnicas, realizadas por los referentes técnicos del ente departamental.</p>
<p>Carmona, J., Jaramillo, J., Tobón, F. & Areiza, Y. (2010). Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas ¿Qué hacer en casos de suicidio consumado,</p>	<p>Fundación Universitaria Luis Amigó, Universidad de San</p>	<p>Español</p>	<p>Documento electrónico</p>	<p>https://fliphtml5.com/hhsq/rpqi/basic</p>	<p>https://www.funlam.edu.co</p>	<p>El propósito de los autores es aportar a los lectores herramientas de prevención basadas en los hallazgos de la suicidología y la psicología social. Así mismo, el enfoque elegido reconoce el valor de los hallazgos de la psicología</p>

intento de suicidio o ideación suicida de nuestros estudiantes? Medellín: Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó FUNLAM, pp. 48.	Buenaventura, Colciencias.					clínica y de la psiquiatría de la prevención y la intervención con menores de edad en riesgo de suicidio.
Instituto Nacional de Salud (2014). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Intento de suicidio.	Grupo de enfermedades no transmisibles equipo de salud mental. Colombia.	Español	Documento electrónico	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-intento-suicidio.pdf	https://www.minsalud.gov.co	N/A
Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2019) Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales.	Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Chile	Español	Documento electrónico	https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf	https://www.minsal.cl	N/A
de la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).	Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM), España	Español	Documento electrónico	https://pavlov.psyencia.com/2014/08/protocolo_ideacion_suicida.pdf	https://www.uam.es	N/A

Anexo 2: Formato de clasificación del material

Referencia	Reportes investigativos	Lineamientos normativos	Programas de prevención
Castañeda, N. (2016). Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. <i>Psicogente</i> , 19(36), 336-346.	X		
Jiménez-López, J. & Arenas, J. (2017). Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. <i>Revista Colombiana de Ciencias Sociales</i> , 8(1), 226-240.	X		
Cañón, S., Castaño, J., Mosquera, A., Nieto, L., Orozco, M. & Giraldo, W. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). <i>Diversitas: Perspectivas en Psicología</i> , 14(1), 27-40.	X		
Flores, P. (2017). El lugar de la psicología en las investigaciones empíricas del suicidio en Argentina: Un estudio bibliométrico. <i>Interdisciplinaria</i> , 34(1), 25-37	X		
Bahamón, M. & Alarcón-Vásquez, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos. <i>Universitas Psychologica</i> , 17(4), 1-15	X		
Barrios-Acosta, M., Ballesteros-Cabrera, M., Zamora-Vázquez, S., Franco-Agudelo, S., Gutiérrez-Bonilla, M., Tatis-Amaya, J., Sarmiento-López, J., Cuspoca, D., Castillejo-Cuellar, A. & Rodríguez-Melo, C. (2017). Universidad y conducta suicida: respuestas y propuestas institucionales, Bogotá 2004-2014. <i>Revista de Salud Pública</i> , 19(2), 153-160.	X		
Luna, M. & Dávila, C. (2018). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. <i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i> , 17(34), 1-12.	X		
Dávila-Cervantes, C. (2019). Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016. <i>Universidad y Salud</i> , 21(3), 235-239.	X		

Bustamante, F. & Florenzano R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. <i>Revista chilena de neuro-psiquiatría</i> , 51(2), 126-136.	X		
Martínez, J. & Robles, A. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales. <i>Informes Psicológicos</i> , 16(2), 53-68.	X		
Gamarra, E., de la Torre, J., Pérez, L. & Sánchez, N. (2016). Análisis y diseño intervencionista de la conducta suicida en población con dificultades socio-económicas. Enfoque preventivo desde la Psicología Positiva. <i>Documentos de Trabajo Social</i> (57), 100-124.	X		
Arias, H. (2013). Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. <i>Vanguardia Psicológica</i> , 3(2), 215-225	X		
Rodríguez, F., Mok, Y., Cuervo, L. & Rodríguez, O. (2013). Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba. <i>MEDISAN</i> , 17(1), 101-108.	X		
Bustamante, F., Urquidi, C., Florenzano, R., Barrueto, C., Hoyos, J., Ampuero, K., Terán, L., Figueroa, M., Farías, M., Rueda, M. & Giacaman, E. (2018). El programa RADAR para la prevención del suicidio en adolescentes de la región de Aysén, Chile: resultados preliminares. <i>Revista chilena de pediatría</i> , 89(1), 145-148.	X		
Soler, R., Castillo, B., Brossard, M. & Peña, C. (2010). Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. <i>MEDISAN</i> , 14(5).	X		
Paniagua, R., González, C. & Rueda, S. (2014). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. <i>Revista Facultad Nacional De Salud Pública</i> , 32(3), 314-321.	X		
Rodríguez, M., Rodríguez, N., Gempeler, J. & Garzón, D. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 43(S1), 19-26.	X		

Piedrahita, L., Paz, K. & Romero, A. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: La escuela como contexto. <i>Revista Hacia la Promoción de la salud, 17(2)</i> , 136-148.	X		
Córdova, M., Cubillas, M. & Román, R. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. <i>Pensamiento Psicológico, 9(17)</i> , 21-32.	X		
Feliciano-López, V., Ortega-Guzmán, J., Jiménez-Chafey, M., Duarte-Vélez, Y., Chárriez-Cordero, M. & Bernal, G. (2017). Exposición y conocimiento sobre la prevención del suicidio, estigma, estrategias de afrontamiento y recursos en estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. <i>Revista Puertorriqueña de Psicología, 28(1)</i> , 46-61.	X		
Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, SINERGIAS—Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social (2012). Intervenciones en suicidio, Revisión crítica de la literatura.	X		
Navarrete, E., Herrera, J. & León, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 39(135)</i> , 193-214.	X		
Ayuso-Mateos, J., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P., Saiz, J. & Grupo RECOMS (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. <i>Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 5(1)</i> , 8-23.	X		
Baader, T., Urra, E., Millán, R. & Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. <i>Revista Médica Clínica Las Condes, 22(3)</i> , 303-309.	X		
García de Alba, J., Quintanilla, R., Sánchez, L. Morfín, T. & Cruz, J. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio	X		

en adolescentes. <i>Revista Colombiana de Psicología</i> , 20(2), 167-179.			
Aguilar, I., Louro, I. & Perera, L. (2012). Ejecución del programa de prevención y control de la conducta suicida en Nueva Paz. <i>Revista Cubana de Salud Pública</i> , 38(1), 74-83.	X		
Navas, W. (2013). Abordaje del suicidio en atención primaria. <i>Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica</i> , 70(606), 219-225.	X		
Reijas, T., Ferrer, E., González, A. & Iglesias, F. (2013). Evaluación de un programa de intervención intensiva en conducta suicida. <i>Actas Españolas de Psiquiatría</i> , 41(5), 279-286.	X		
Muñoz, J., Sánchez, M., Palacios, B. & Franco, M. (2014). Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: Resultados del proyecto EUREGENAS. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 48(spe2), 139-147.	X		
Cruz, E., Valdayo, B. & Martín, R. (2017). Investigación enfermera sobre las manifestaciones clínicas y la prevención en la conducta suicida en la adolescencia. <i>Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology</i> , 2(1), 221-228.	X		
Chesin, M. & Stanley, B. (2015). Evaluación del riesgo e intervenciones psicosociales para pacientes suicidas. <i>RET: Revista de Toxicomanías</i> , 74, 22-32.	X		
Barrón, E. & Krmpotic, C. (2016). La prevención del suicidio juvenil: entre la enunciación y la acción. <i>Revista Katálysis</i> , 19(1), 43-52.	X		
Cruz, A., Balam, M., Gómez, L. & Pool, R. (2017). PLACE para la prevención y detección del riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. <i>Cuidarte</i> , 6(11), 34-43.	X		
Soto-Sanz, V., Ivorra-González, J., Castellvi, P., Rodríguez-Marín, J. & Piqueras, J. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de	X		

población comunitaria. <i>Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes</i> , 6(3), 1-14.			
Sáiz, P., Rodríguez-Revuelta, J., González-Blanco, L., Burón, P., Al-Halabí, S., Garrido, M., García-Álvarez, L., García-Portilla, P. & Bobes, J. (2014). Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). <i>Revista de Psiquiatría y Salud Mental</i> , 7(3), 131-138.	X		
Cárdenas, J., Santelices, D., Fredes, A. & Florenzano, R. (2012). Protocolo de manejo del intento suicida en el Hospital del Salvador en Santiago de Chile. <i>Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría</i> , 50(4), 249-254.	X		
Ley 1438 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. 19 de enero de 2011.		X	
Ley 1616 Del 2013. Por Medio De La Cual Se Expide La Ley De Salud Mental Y Se Dictan Otras Disposiciones. El Congreso De Colombia, Ministerio De Salud Y Protección Social. 21 de enero de 2013.		X	
Ley 1751 2015 Por Medio De La Cual Se Regula El Derecho Fundamental A La Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones. El Congreso De Colombia, Ministerio De Salud Y Protección social. 16 de febrero de 2015.		X	
Decreto 0280 de 2015. Por el cual se crea la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS. 18 de febrero de 2015.		X	
Resolución 429 de 2016 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. 17 de febrero de 2016.		X	
Resolución 3202 de 2016 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de		X	

Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud — PAIS y se dictan otras disposiciones. 25 de julio de 2016.			
Resolución 780 de 2014 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se establecen los lineamientos técnicos para la implementación de los programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en desarrollo de lo dispuesto en el Decreto número 3046 de 2013 y se dictan otras disposiciones. 13 de marzo de 2014.		X	
Resolución 2626 de 2019 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE. 27 de septiembre de 2019.		X	
Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2013). Programa nacional de prevención del suicidio: Orientaciones para su implementación.			X
Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021.			X
Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud (2015). Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida: Manual para profesionales de la salud.			X
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2017). Boletín información para la acción, BIA. Prevención del suicidio: Un imperativo global.			X
Carmona, J., Jaramillo, J., Tobón, F. & Areiza, Y. (2010). Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas ¿Qué hacer en casos de suicidio consumado, intento de suicidio o ideación suicida de nuestros estudiantes? Medellín: Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó FUNLAM, pp. 48.			X

Instituto Nacional de Salud (2014). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Intento de suicidio.			X
Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2019) Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales.			X
de la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).			X

Anexo 3: Formato de análisis del contenido para reportes investigativos

Título	Objetivos	Delimitación espacial y temporal	Sujetos investigados	Metodología	Descripción de la estrategia	Conclusiones
Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios	Conocer algunos factores de riesgo asociados al suicidio y su prevención desde algunas posturas psicológicas y neuropsicológicas	Revisión de artículos entre 2008 y 2015	N/A	Revisión en literatura científica	Exploración en base de datos electrónicas y buscadores como el Centro Nacional para la Información Biotecnológica, la <i>U.S. National Library of Medicine</i> , PubMed Central, MedlinePlus, Scielo, Redalyc y EBSCO.	El suicidio representa una de las principales causas de muerte en estudiantes universitarios. A pesar de que los factores de riesgo al respecto son numerosos y diversos, es posible identificar los más relevantes y prevenirlos desde la Psicología y la Neuropsicología. La identificación que se presenta en este artículo es producto de una revisión literaria realizada con base en criterios establecidos para población universitaria y enmarca ámbitos como el social, personal-familiar, psicológico y académico, en los que la Psicología y la Neuropsicología hacen aportes preventivos con algunas técnicas y recomendaciones básicas para estos factores.
Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción	Mejorar la salud mental de los médicos residentes en periodo de adiestramiento	2000 - 2009	Médicos residentes que inician su adiestramiento en el Hospital de	Entrevistas a médicos residentes		Este programa de atención de residentes está cumpliendo con el objetivo que le dio origen (disminución de muerte

de la salud mental para médicos residentes			Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico La Raza			por suicidios prevenibles), ya que desde su creación no se han presentado suicidios consumados. También ha cumplido con objetivos secundarios al detectar residentes vulnerables y proporcionar tratamiento oportuno a aquellos con trastorno mental (la prevalencia no se ha modificado sustancialmente desde su creación). Finalmente, existe una publicación producto de investigación en la CSM-MR (Jiménez-López et al, 2015). Los autores de este artículo nos unimos a las recomendaciones sobre la necesidad de crear programas de salud mental dirigidos a especialistas en formación, y a la importancia de publicar investigaciones realizadas en este campo.
Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia)	Realizar una intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes entre los grados 6º a 8º de un colegio de la ciudad de Manizales, en el departamento	Manizales, 2018	103 participantes entre los grados 6º a 8º de un colegio de secundaria de la ciudad de Manizales (Colombia).	Investigación con estudio cuasi experimental	Las variables que se cuantificaron en la población de estudio fueron: la edad, género, estrato socioeconómico, tipo de familia, año escolar y práctica religiosa. Adicionalmente, se aplicaron la escala	Como conclusión, la investigación resaltó la importancia de que los jóvenes reconocieran y fortalecieran las habilidades sociales, tengan comunicación asertiva y destrezas intelectuales con el fin de reducir el riesgo suicida en la población estudiantil.

	de Caldas, Colombia.				de Riesgo Suicida de R. Plutchik (Plutchik, 1989; Rubio, <i>et al.</i> ,1998) para identificar factor de riesgo suicida (FR suicida), encuesta mito o realidad, escala de Asertividad de Rathus (León, 2009) para determinar la asertividad y Escala de autoestima de Rosenberg (Martínez, Trujio, Díaz & Osma, 2011) para valorar la autoestima.	
El lugar de la psicología en las investigaciones empíricas del suicidio en Argentina: Un estudio bibliométrico	Verificar la producción empírica sobre el suicidio en Argentina, haciendo especial énfasis en el lugar de la Psicología en dicha producción.	Argentina y otros países latinoamericanos en los últimos 10 años	N/A	Búsqueda en bases de datos bibliográficas	Se analizaron los siguientes datos descriptivos: cantidad de artículos de cada país, cantidad de artículos por país en función del año, colaboración internacional de Argentina, colaboración internacional de Argentina considerando el año, idioma de publicación de los artículos y áreas temáticas implicadas.	Los resultados permiten concluir que la producción empírica sobre el suicidio en los principales países de Sudamérica es muy baja; más aún si se considera solamente la región argentina. Otra conclusión importante tiene que ver con la menor implicancia de la ciencia psicológica en el abordaje empírico del suicidio, en comparación con los aportes desde un enfoque médico.

					Finalmente, para el análisis de los datos se utilizaron los softwares <i>Open Office Base</i> , <i>Open Office Calc</i> , <i>Kettle-Spoon</i> y <i>Excel</i> .	
Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos	Construir y validar una escala para la evaluación del riesgo suicida en adolescentes	Instituciones educativas de la ciudad de Barranquilla, 2018	537 adolescentes entre 13 y 18 años con una media de 15.2 (DE = 1.1) de edad. 268 hombres (49.9 %) y 269 (50.1 %) mujeres.	Para la evaluación de la consistencia interna se utilizaron el alfa de Cronbach y el Omega de McDonald. Seguidamente, se realizaron análisis factoriales de tipo exploratorio a través del método de componentes principales con rotación VARIMAX. Se analizaron las correlaciones entre las dimensiones con la escala global mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, se llevó a cabo análisis factorial confirmatorio.	Se utilizaron diferentes instrumentos: Escala para la evaluación del riesgo suicida (ERS), el Inventario de riesgo suicida IRIS de Hernández-Cervantes y Gómez-Maqueo (2006), la <i>Symptom Check List 90</i> (SLC-90)	Una vez obtenida la agrupación de los ítems en cuatro factores, se hallaron correlaciones significativamente altas entre las subescalas con el puntaje global (0.749**a a 0.868**). En conclusión, el instrumento constituye una medida válida y confiable para la evaluación del riesgo suicida en adolescentes colombianos.
Universidad y conducta suicida: respuestas y propuestas	Analizar las respuestas institucionales frente a la conducta suicida	Bogotá, 2004-2014	66 agentes universitarios	Estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo	Consulta a la memoria de 66 agentes universitarios quienes aportaron	Los suicidios consumados de estudiantes le han servido a las universidades para reflexionar sobre esta problemática y a partir de

<p>institucionales, Bogotá 2004-2014.</p>	<p>de estudiantes de cinco universidades de Bogotá y su relación con los lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental (PNSM), de la Atención Primaria Integral en Salud (APS) y los planes establecidos para su abordaje y, a partir de estos, formular recomendaciones para la acción.</p>				<p>acerca del hecho suicida y sus características, y sobre las respuestas y propuestas institucionales asumidas en cinco universidades de Bogotá. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas.</p>	<p>ello se ha hecho más visible el problema de la deshumanización en la formación, el papel del bienestar universitario y los servicios de salud. Emerge con fuerza el tema de la conveniencia de las redes de trabajo interinstitucional e intersectorial, la psicoeducación, la corresponsabilidad, así como la activa participación de los jóvenes en la discusión y formulación de enfoques y programas orientados hacia su bienestar.</p>
<p>Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México</p>	<p>Analizar los factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes mexicanos.</p>	<p>México, 2012</p>	<p>21509 adolescentes de diez a diecinueve años</p>	<p>Estudio observacional, de corte transversal y descriptivo</p>	<p>Se analizaron los factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes mexicanos en tres momentos: los doce meses previos a la encuesta, antes de doce meses y en algún momento de la vida. Se ajustaron modelos de regresión logística binomial y se exploró el método del intento con un análisis de correspondencias múltiples.</p>	<p>La prevención del suicidio se debe enfocar en el intento, que es su principal factor de riesgo, y se debe dirigir hacia las mujeres más jóvenes, adolescentes con rezago educativo, que fumen o consuman alcohol o que sufrieron recientemente violencia.</p>

<p>Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016</p>	<p>Analizar los factores sociodemográficos asociados con la mortalidad por suicidio en México entre 2012 y 2016.</p>	<p>México, 2012-2016</p>	<p>N/A</p>	<p>Estudio de tipo observacional y transversal</p>	<p>Se estudió los fallecimientos oficiales registrados entre 2012-2016. Se realizó un análisis descriptivo bivariado para identificar los fallecimientos por suicidios y los factores sociodemográficos asociados, usando tablas de contingencia y la prueba de independencia Ji-Cuadrado. La variable bajo estudio fue si la causa de muerte fue suicidio o no. Las características sociodemográficas analizadas fueron: sexo, edad, escolaridad, situación de unión y condición de actividad. Se ajustó un modelo de regresión logística binomial (MRLB) para analizar qué factores sociodemográficos se asocian con la posibilidad de que las personas hayan</p>	<p>Se espera que este estudio aporte mayor evidencia para generar políticas de prevención y atención oportuna que disminuyan el impacto de este evento en la sociedad.</p>
--	--	--------------------------	------------	--	---	--

					fallecido por suicidio en México.	
Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura	Realizar una revisión de la literatura de los programas de prevención de suicidio en adolescentes escolares.	Chile, 2000-2013	N/A	Búsqueda bibliográfica	Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pub-Med, Medline y Scielo utilizando las siguientes palabras claves: "SUICIDE PREVENTION", "SCHOOL PROGRAM", "ADOLESCENT SUICIDE". Además, se realizó un filtro de búsqueda que incluyera las publicaciones solamente comprendidas desde el año 2000 en adelante.	Podemos concluir que existen varios programas que logran disminuir los factores de riesgo de conducta suicida en escolares, mientras que otros efectivamente disminuyen el número de suicidios en este grupo poblacional. Al parecer, mientras mayor número de intervenciones a distintos niveles incluya el programa, más efectivos son sus resultados.
Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales	Determinar la percepción de los diferentes actores sociales sobre la conducta suicida en la ciudad de Valledupar (Cesar-Colombia).	Valledupar, Colombia, 2016	55 personas de las cuales 20 fueron adolescentes entre 15-17 años de edad, 10 padres de familia entre 45-50 años, 15 fueron representantes de diferentes instituciones de la ciudad pertenecientes al Comité de Salud Mental del municipio entre	Diseño de tipo exploratorio	La técnica que se utilizó fue los grupos focales, donde se generó un espacio de opinión para identificar los sentimientos y pensamientos de los individuos, buscando explicaciones de la conducta suicida para obtener datos cualitativos	El suicidio es un evento originado por múltiples variables de índole individual, social, familiar y cultural. Finalmente, se discute cómo estas variables deben ser incluidas en los planes de prevención e intervención de la política de Salud Mental.

			28-45 años, y los otros 10 fueron líderes comunales entre 35-50 años			
Análisis y diseño intervencionista de la conducta suicida en población con dificultades socio-económicas. Enfoque preventivo desde la Psicología Positiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Describir el perfil de riesgo suicida de personas usuarios de servicios sociales de Málaga. 2. Establecer los recursos personales que pueden proteger a esta población del riesgo suicida. 3. Diseñar un programa de prevención primaria para esta población que pueda ser implementado por agentes sociales. 	Málaga, España	95 personas con dificultades socio-económicas usuarias de servicios sociales	Estudio exploratorio con un programa de intervención longitudinal con seguimiento.	Se realizó un procedimiento de selección de muestra de tipo no probabilístico por conveniencia debido a que la población seleccionada pertenece a una categoría sociodemográfica de nivel bajo-medio. La selección de los sujetos del estudio es accesible a la investigación gracias a que son usuarios de los servicios sociales.	Este hallazgo permite hacer una propuesta de programa de prevención, basado en Psicología Positiva, de carácter grupal, que puede ser implementado por profesionales de Trabajo Social en Centros de Servicios Sociales Comunitarios.
Factores de éxito en programas de prevención del suicidio	Exponer las experiencias que refieren ser exitosas en la prevención del suicidio	Bogotá, Colombia	N/A	Revisión bibliográfica	Se realizó una revisión de algunos de los artículos publicados entre 2000 y 2011, los cuales reportaron ser experiencias exitosas en mayor o menor medida, o que a pesar de no cumplir con el objetivo principal pueden promover el éxito en la	Entre las conclusiones se encontró que la delimitación de poblaciones con características específicas, la utilización de estrategias psicoeducativas respecto a factores de riesgo y protección, la utilización de estrategias combinadas y de la intervención en diferentes niveles de prevención son las características que

					prevención del suicidio. Dichos artículos fueron analizados a la luz de los criterios que han sido estipulados como elementos clave de un programa de prevención y factores relacionados con el éxito de dichos programas	mejor se relacionan con el éxito de dichos programas.
Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba	Identificar las dificultades presentes en las acciones de prevención del suicidio en la adolescencia a partir de las estrategias propuestas en el Programa Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida e identificar las necesidades del personal de salud implicado en el Programa.	Santiago de Cuba, 2011-2012	Personal sanitario: una psicóloga y seis médicos de familia	Investigación de alcance exploratorio	Se efectuó una investigación de alcance exploratorio en algunos miembros del personal de salud perteneciente al área del Policlínico Universitario "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba, de enero de 2011 a marzo de 2012, por presentar los índices más elevados de intento de suicidio en la adolescencia durante el 2011, con vistas a determinar las dificultades existentes en la	El trabajo realizado ante la conducta suicida en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Julián Grimau García" mostró dificultades, a saber: la atención psicológica no presentaba un adecuado enfoque preventivo y comunitario, existían irregularidades en la atención de psiquiatría, el grupo terapéutico "cerrado" retrasaba la participación oportuna del adolescente, había poco interés de los jóvenes hacia la terapia grupal, poca implicación de la familia en las estrategias preventivas y completa desvinculación de la escuela de estas. Asimismo, se evidenció la necesidad de aprendizaje y la escasez de tiempo por funciones laborales, la

					<p>prevención de esa conducta en los adolescentes de dicha área sanitaria.</p> <p>A través de la exploración se intentó lograr el esclarecimiento y la delimitación de problemas no bien definidos, de modo que se aportaran conocimientos a partir de sus resultados.</p>	<p>poca sensibilización de los médicos de familia hacia el problema del suicidio en la adolescencia, la carencia de locales adecuados para el desarrollo de acciones preventivas y terapéuticas, así como la falta de un equipo completo de salud mental.</p>
<p>El programa RADAR para la prevención del suicidio en adolescentes de la región de Aysén, Chile: resultados preliminares.</p>	<p>Dar a conocer los resultados preliminares del programa comunitario RADAR (Red para la Atención y Derivación de Adolescentes en Riesgo suicida).</p>	<p>Aysén, Chile, 2016</p>	<p>409 participantes (entre alumnos, profesores de los colegios, apoderados y profesionales de la salud).</p>	<p>Estudio exploratorio</p>	<p>Se invitó a los alumnos de I a IV medio (15 a 18 años) a contestar una encuesta online con instrumentos para pesquisa de riesgo suicida con los siguientes instrumentos: 1) la escala breve para adolescente "¿Cómo es tu familia?" validado por la Organización Panamericana de la Salud para países de Latino América; 2) la escala de Autoconcepto del adolescente de Piers Harris; 3) la escala de</p>	<p>Estos resultados muestran la alta proporción de adolescentes en riesgo suicida que no son visibilizados por el sistema de salud y la factibilidad de implementar RADAR en la comunidad como una intervención preventiva efectiva.</p>

					<p>Capacidades y Dificultades (SDQ-cas) en su versión para adolescentes; 4) la escala de Suicidalidad de Okasha; 5) el cuestionario de Conductas de Riesgo de Adolescentes (ECRA) y la escala de Calidad de Vida con respecto a la salud (EQ- 5D-5L). Además, se agregaron dos preguntas libres de anclaje para riesgo inminente de suicidio. En base a la escala de Okasha y a las dos preguntas libres se programó un algoritmo de respuestas que activan un sistema de alarma de riesgo suicida la cual notifica en tiempo real al coordinador general de RADAR, quien notifica al gatekeeper del colegio.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

<p>Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida</p>	<p>Evaluar la calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en el Policlínico "Mario Muñoz Monroy" de Santiago de Cuba durante el 2007, teniendo en cuenta el desempeño científicotécnico y la satisfacción de los usuarios.</p>	<p>Santiago de Cuba, 2007</p>	<p>20 médicos y 33 enfermeras de la familia que se encontraban laborando en el área cuando se realizó el estudio y los 22 pacientes que fueron notificados por medio de las tarjetas de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), con conducta suicida, durante el 2007, así como los 237 pacientes con riesgo, dispensarizados.</p>	<p>Estudio descriptivo y transversal</p>	<p>La identificación de los casos fue de base institucional y los tipos de criterios fueron explícitos normativos y descriptivos e implícitos en el momento de la evaluación. Se confeccionaron criterios, indicadores y estándares, se seleccionaron los métodos evaluativos y crearon los instrumentos a utilizar. Las dimensiones de calidad a estudiar fueron la científicotécnica, la competencia profesional de los proveedores de salud y la satisfacción de los pacientes respecto a la atención profesional y todos los servicios de salud recibidos. La investigación fue concurrente para la estructura y el proceso, y retrospectiva para</p>	<p>Resultaron evidentes, en esta investigación, las deficiencias en la calidad de la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en el Policlínico "Mario Muñoz Monroy". Fueron notables la inadecuada estructura con que cuenta el área e insuficiente competencia profesional del personal de salud para desarrollar las acciones, lo cual pudiera estar influyendo en los resultados desfavorables de los indicadores seleccionados e impidiendo el logro de los objetivos del Programa.</p>
--	--	-------------------------------	---	--	---	---

					los resultados del Programa.	
Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia.	Determinar la asociación del riesgo de orientación suicida con variables sociodemográficas y los indicadores de salud mental: dominios de depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín, 2010	Medellín, Colombia, 2014	Participaron 604 adolescentes escolarizados de los cuales 290 (48,0%) eran hombres y 314 mujeres (52,0%), con promedio de edad de catorce años (de = 1,9) para ambos sexos.	Estudio de corte transversal.	El estudio estuvo dirigido para determinar la asociación del riesgo de orientación suicida con indicadores de salud mental sobre depresión, vulnerabilidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y funcionamiento familiar, en adolescentes del municipio Medellín Zona Noroccidental, matriculados en básica secundaria y nivel media en el año 2010.	El buen funcionamiento de la familia es una estrategia inmediata muy importante para la salud mental del adolescente escolarizado.
Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario	Explorar la presentación de IS y CALNS en pacientes consultantes a un programa de tratamiento ambulatorio para TCA, evaluar las variables asociadas y	Bogotá, 2013.	De un total de 1.139 pacientes de ambos sexos que consultaron de modo consecutivo el Programa Equilibrio para Trastornos	El antecedente de IS y CALNS fue explorado sistemáticamente en la elaboración de la historia clínica, mediante preguntas estructuradas directas y	Los datos fueron procesados con el paquete estadístico STATA 1330. Se calcularon frecuencias simples y posteriormente se realizaron análisis bivariados entre el IS y el	Los pacientes con TCA que presentan antecedentes de episodios afectivos recurrentes de aparición temprana, experiencias traumáticas y múltiples manifestaciones de impulsividad, tienen alto riesgo de suicidio y otras conductas de autolesión.

	<p>explorar la correlación entre ambos tipos de comportamientos.</p>		<p>del Comportamiento Alimentario entre 1997 y julio de 2013, en Bogotá, se seleccionaron 908 que reunían la información completa de las variables de estudio.</p>	<p>corroboradas durante las entrevistas con la familia. Además, se estudiaron variables sociodemográficas, subtipo del TCA, cronicidad de los síntomas alimentarios, IMC, antecedentes de abuso sexual, maltrato físico y otras experiencias traumáticas previas al TCA, como amenazas contra la vida, extorsión o secuestro del paciente o algún familiar cercano, suicidio y homicidio de algún amigo o pariente, aborto provocado; adicionalmente, se exploraron otras patologías psiquiátricas actuales y previas.</p>	<p>CALNS, y las otras variables de estudio. Se analizó la estadística 2, estableciendo un nivel de significación $< 0,05$. Finalmente, se construyeron 2 modelos de asociación: para IS se construyó el modelo tomando el trastorno bipolar como principal variable de exposición y las otras covariables que mostraron asociación estadística significativa en el análisis bivariado. Para CALNS, se tomó el antecedente de abuso sexual como principal variable de exposición. Se evaluaron posibles interacciones entre trastorno bipolar y personalidad límite, personalidad límite y abuso de sustancias, y personalidad</p>	<p>Los IS son más frecuentes en los subtipos purgativos de la enfermedad. El riesgo de IS va aumentando con la edad, mientras el riesgo de CALNS es mayor en adolescentes y se reduce con la edad. Ambos tipos de comportamientos están relacionados entre sí. Mientras que el IS se asocia significativamente con trastorno bipolar y personalidad límite, los CALNS están significativamente asociados con experiencias traumáticas, como el abuso sexual y la tricotilomanía. En estos sujetos se debe explorar la existencia de otras patologías mayores asociadas, con el fin de ofrecer la intervención psicoterapéutica y farmacológica específica. La existencia de IS y/o CALNS debe alertar al personal tratante, dado el alto riesgo de mortalidad por suicidio que se ha informado.</p>
--	--	--	--	--	---	---

					límite y abuso sexual. Se reportaron los riesgos relativos indirectos (odds ratios [OR]) con sus respectivos IC del 95%.	
Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: La escuela como contexto.	Fomentar conductas protectoras a partir de los factores de riesgo para intento de suicidio, identificados en adolescentes y promover el conocimiento de los factores de riesgo y dotarles de herramientas para el abordaje inicial a educadores y padres de familia.	Ciudad de Cali entre septiembre de 2009 y junio de 2010.	La muestra estuvo conformada por 30 estudiantes entre 9 y 14 años, matriculados en una institución educativa de la ciudad de Cali	Se realizó un proyecto de intervención el cual se diseñó en cuatro fases	<p><i>Fase inicial:</i> Selección de muestra no probabilística y aplicación de instrumento.</p> <p><i>Segunda fase:</i> Elaboración del programa educativo con educadores y padres de familia.</p> <p><i>Tercera fase:</i> Implementación del programa mediante las intervenciones educativas.</p> <p><i>Cuarta fase:</i> Aplicación del instrumento de valoración inicial y contrastación.</p>	La adolescencia es un período del desarrollo con cambios muy importantes. Para algunos adolescentes, estos cambios a veces acompañados por otros hechos o situaciones específicas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores. Y aunque la presencia de estos aspectos anteriormente mencionados, no es causante directa de los intentos suicidas sí nos indica que puede haber mayor posibilidad de ocurrencia, constituyéndose este grupo poblacional en un grupo de riesgo para el intento de suicidio, en el cual se hace necesario trabajar por el fortalecimiento de conductas protectoras y de afrontamiento positivo a las situaciones difíciles de la vida. La prevención del suicidio, requiere de la

						<p>participación coordinada y articulada de diferentes actores: las familias, las secretarías de salud, las secretarías de educación, las secretarías de recreación y cultura, Bienestar Familiar y otras instituciones en un trabajo conjunto. Dentro de este trabajo articulado, es de resaltar el papel de la escuela como formadora, como campo de información y formación y como contexto apropiado y facilitador para la realización de las intervenciones. Es imposible desconocer que el papel de los padres en la formación de los hijos es fundamental, pero igual de importante es el papel que nos concierne a los educadores y a los profesionales de salud para orientar a toda la comunidad respecto a la prevención del suicidio. Es importante aumentar las intervenciones y estudios de esta índole, teniendo en cuenta que el suicidio se constituye en un importante problema de salud pública, y aprovechando los espacios académicos en colegios y escuelas, teniendo en</p>
--	--	--	--	--	--	--

						cuenta que para crear una estrategia efectiva en la disminución de suicidios e intento de suicido en adolescentes es necesario capacitar a los educadores y padres de familia en la identificación de factores de riesgo. Se recomienda realizar otros estudios ya que el tema es de gran importancia para profesionales de salud, educadores y padres.
¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato.	El objetivo del presente estudio fue evaluar, a nivel exploratorio, un programa de intervención para reducir la depresión y las ideas suicidas, aplicando el enfoque de democratización familiar que ha sido utilizado en diversos contextos y tipos de problemas como la violencia intrafamiliar (Schmukler y Alonso, 2009). Este programa de intervención se eligió por su naturaleza	Hermsillo, Sonora, México. Entre octubre de 2007 a abril de 2008.	Para seleccionar los grupos de trabajo se eligió un grupo por escuela, teniendo como criterio el que presentara un mayor número de estudiantes con al menos un síntoma de ideación suicida. Se trabajó con adolescentes de dos escuelas públicas de nivel medio superior, aplicando una prueba de tamizaje a 161 de primer semestre matutino de cuatro grupos (escuela 1) y 236 estudiantes de tercer semestre vespertino distribuidos en seis grupos (escuela	Exploratorio, prospectivo con evaluación pre y post intervención. Se empleó metodología participativa para trabajar con los grupos.	El estudio constó de las siguientes etapas: 1. Aplicación inicial de instrumentos de evaluación cuantitativa y cualitativa, identificación de indicadores (ideación suicida, depresión, autoestima, dinámica familiar, estrés cotidiano familiar). El desempeño de los participantes en las anteriores escalas se empleó como prueba de tamizaje para identificar a los estudiantes,	Padres de familia y adolescentes evaluaron de manera positiva su participación en los talleres. Se recomienda extender la duración de los mismos, así como emplear otro conjunto de medidas de prevención que involucre a los padres de familia.

	<p>participativa y estimulación de procesos reflexivos, que promueven la modificación de actitudes, como las asociadas a factores desencadenantes del suicidio.</p>		<p>2). La muestra de estudiantes que participaron en los talleres quedó conformada por 81 estudiantes de 14 a 19 años, de ambos sexos; los cuales asisten a dos escuelas de educación media superior de Hermosillo, Sonora. Además, se contó con 21 padres/madres de familia quienes respondieron a la invitación para participar voluntariamente en los talleres de reflexión-acción</p>		<p>por grado y turno, con mayor prevalencia de pensamientos suicidas. 2. Realización de talleres de reflexión-acción con los adolescentes y sus familias, donde se aplicaron las siguientes actividades: 1) Mensajes de la familia. 2) Dramatizaciones de problemas cotidianos dentro de la dinámica familiar. 3) Buzón de secretos. 4) Lo que me gusta y me disgusta de mi familia. 5) Empatía. 6) Resolución de problemas de manera pacífica. 7) Democracia familiar. 8) Asertividad. 9) Expresión de sentimientos. 3. Aplicación posterior de instrumentos de evaluación cualitativa y cuantitativa para</p>	
--	---	--	---	--	---	--

					<p>contrastar con los indicadores iniciales.</p> <p>4. Reflexiones grupales con padres y/o madres y sus hijos/hijas sobre la experiencia vivida y su impacto en la familia.</p>	
<p>Exposición y conocimiento sobre la prevención del suicidio, estigma, estrategias de afrontamiento y recursos en estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.</p>	<p>El propósito de este estudio fue explorar el conocimiento sobre la campaña de prevención del suicidio, el nivel de estigma personal y público, las estrategias de afrontamientos ante eventos adversos, y recursos relacionados a la prevención y al suicidio en los/as jóvenes universitarios/as de primer año.</p>	<p>Puerto Rico, 2013-2014.</p>	<p>1,221 jóvenes universitarios de primer año</p>	<p>Aplicación del Cuestionario de Exposición y Conocimiento sobre la Prevención del Suicidio (SPEAKS por sus siglas en inglés)</p>	<p>El programa estadístico utilizado para este estudio fue "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) versión 23 para el procesamiento y análisis de datos. En este estudio, se calcularon, primeramente, estadísticas descriptivas y distribuciones de frecuencias de cada una de las contestaciones a las preguntas en el cuestionario administrado. Se dividió la muestra por sexo (mujeres y varones). Se utilizó el estadístico de Kolmogorov –</p>	<p>Los hallazgos de esta investigación sugieren que, las estrategias de prevención en jóvenes universitarios/as, nuevo ingreso, deben tomar en consideración las diferencias por sexo. El personal universitario de apoyo al estudiantado necesita conocer los factores de riesgo y los factores protectores para crear estrategias efectivas que faciliten el desempeño académico y profesional, pero sobre todo la salud mental de los/as estudiantes. Si bien es fundamental reconocer la importancia de proyectos de prevención del suicidio a nivel nacional y en las universidades, a su vez es relevante conocer las características de los/as jóvenes para mejorar las estrategias a utilizar en</p>

					Smirnov para verificar el supuesto de normalidad en las diferentes distribuciones.	programas de prevención y asegurar así servicios de ayuda directa. Evidentemente se necesita implementar estrategias de prevención que tomen en consideración el estigma, las estrategias de afrontamiento y los recursos de los/as jóvenes. Este es un primer paso para evaluar algunas características que pudieran influir como factores protectores y de riesgos de los/as estudiantes de nuevo ingreso al recinto. Las estrategias deben ser más personalizadas a las características de los/as estudiantes en Puerto Rico y la población latina en los Estados Unidos que están a riesgo, lo que es crucial para su efectividad, así como la evaluación de la eficacia de las mismas para estas poblaciones.
Intervenciones en suicidio: Revisión crítica de la literatura	Realizar una revisión crítica, basada en la evidencia, de la literatura nacional e internacional acerca de intervenciones efectivas para la prevención e	Bogotá, octubre de 2012.	N/A	Para la presente revisión se analizaron publicaciones disponibles en las bases de datos WHOLIS, BIREME, PUBMED y SCIELO, delimitando la búsqueda a metaanálisis, guías de práctica clínica y	En la construcción de la presente revisión se utilizaron los criterios de la OMS para la identificación de las acciones eficaces en la prevención y atención de las	Un Plan Nacional para la Prevención e Intervención de la Conducta Suicida debe combinar acciones de acuerdo a los ejes que han sido identificados por la literatura como útiles; una vez se diseñen las estrategias para desarrollar estos ejes, se deben buscar mecanismos para que el

	intervención de la conducta suicida.			<p>artículos originales relacionados con intervenciones útiles en la prevención y atención de la conducta suicida. Con base en estos primeros documentos, se revisaron otras referencias bibliográficas y se exploraron publicaciones recomendadas por expertos en el tema, planes y estrategias de prevención y atención de suicidio de otros países, trabajos de investigación de instituciones estatales y no gubernamentales o grupos académicos identificados en la red. Este último material hace parte de la literatura gris que usualmente no está disponible en las bases de datos mencionadas sino reseñada en documentos institucionales, en portales como el Observatorio Nacional de Salud</p>	<p>conductas suicidas^{1,6}. Así, la información recolectada se organizó de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Identificación de personas en riesgo y promoción del acceso a los servicios. * Educación a los "gatekeepers". * Limitación del acceso a métodos letales. * Mejora del tratamiento de enfermedades mentales. * Atención a las necesidades de los dolientes del suicida. * Educación a la población en general e intervenciones comunitarias. * Adopción de protocolos de reporte de casos de suicidio en los medios de comunicación. <p>Adicionalmente se incluyó la recomendación de desarrollar un sistema de</p>	<p>plan recoja la voz de la comunidad y actúe de acuerdo a las particularidades de ella; llámense raza, género, ciclo vital, etnia, situación de discapacidad, entre otras.</p> <p>El paso siguiente es considerar los recursos y barreras existentes en el territorio para implementar el plan; luego, se definirán los responsables de dichas acciones y los mecanismos de trabajo intersectorial. La acción coordinada y articulada de los responsables buscará generar resultados positivos, no sólo en términos de reducción de tasas de suicidio e intentos suicidas sino en el bienestar y la salud mental de la población colombiana y su satisfacción con las condiciones de vida.</p>
--	--------------------------------------	--	--	---	---	---

				Mental o por expertos en el tema.	vigilancia epidemiológica de las conductas suicidas que permita caracterizar estos comportamientos e identificar grupos de alto riesgo, individuos y situaciones.	
Los límites de la prevención del suicidio.	Nuestro artículo pretende abrir un espacio para la reflexión sobre las limitaciones de las intervenciones preventivas de las conductas suicidas y las consecuencias, cuando menos inciertas -si no, negativas o costosas-, para los usuarios y para los servicios de salud mental. Se trata de examinar, desde la perspectiva autocrítica y racional de la prevención cuaternaria, si estamos abordando de forma correcta el problema que representa la prevención del	Hospital Juan Carlos I, Las Palmas de Gran Canaria, 2019.	N/A	N/A	N/A	Considerar que el suicidio responde casi exclusivamente a una enfermedad diagnosticable, prevenible y tratable/curable es una falacia que zanja un debate histórico y filosófico complejo, y más bien satisface nuestro narcisismo y alivia la angustia existencial y profesional. Últimamente todos los partidos e instituciones sitúan los planes de prevención del suicidio en el centro mismo de su discurso cuando abordan las políticas de salud, y el ruido que hacen es tan ensordecedor que no deja que escuchemos la voz de las personas que realmente tienen algo que contar: los afectados, las personas vulnerables que sufren ideas o intentos suicidas y los allegados de aquellos que consuman el

	suicidio en todas sus vertientes.					suicidio. Con frecuencia se acusa a la psiquiatría de medicalizar indebidamente las dificultades y malestares de la vida cotidiana, pero al mismo tiempo se nos exige pronunciarnos y dar respuesta a problemas sociales y éticos en el contexto confuso en el que vivimos. Si verdaderamente creemos que la prevención del suicidio es “un imperativo global”, habría que tratarlo como una prioridad mundial e institucional, sin partidismo político, de manera evaluable, con intervenciones multidimensionales, multisectoriales, multidisciplinarias y coordinadas que logran implicar no solo a Sanidad, sino a Educación, Trabajo, Justicia y Bienestar social.
Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España	Desarrollar unas recomendaciones para la prevención y manejo del comportamiento suicida. Para ello, se llevaron a cabo reuniones con expertos en las cuales se revisó la	España, 2012.	N/A	En este trabajo se resume la revisión de la evidencia disponible sobre la magnitud e impacto epidemiológico de la conducta suicida, los factores de riesgo y factores protectores, los instrumentos de evaluación del riesgo de conducta suicida,	Para la elaboración de las recomendaciones para la prevención y manejo del riesgo de suicidio, los coordinadores del proyecto (JB, JS, JG) en representación de la Sociedad	1. El abordaje del fenómeno del suicidio es una prioridad en el campo de la salud mental ya que el suicidio es la primera causa de muerte por causas no naturales en España. El patrón demográfico del suicidio en nuestro medio se caracteriza por un mayor número de suicidios

	<p>evidencia disponible acerca de la epidemiología, factores de riesgo, evaluación y programas de prevención e intervención del suicidio. Esta información fue la base para la elaboración de unas recomendaciones que se sintetizaron en un decálogo final.</p>			<p>los protocolos preventivos existentes a nivel internacional y local, las intervenciones preventivo-educativas a nivel de los profesionales de la salud, y las posibles intervenciones sobre poblaciones de riesgo.</p>	<p>Española de Psiquiatría Biológica, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, establecieron en una primera reunión los objetivos del proyecto y seleccionaron a un pequeño grupo de expertos que se encargaría de dicha revisión. Además, decidieron la realización de una encuesta entre psiquiatras en España para evaluar cuáles eran los patrones de actuación de dichos profesionales ante la presencia de pacientes con riesgo de conducta suicida; los resultados de esta encuesta han sido objeto de otra publicación.</p>	<p>consumados en hombres y en mayores de 65 años. España ha evolucionado en los últimos veinte años de ser un país con riesgo de suicidio bajo a riesgo moderado (criterios OMS).</p> <p>2. En concreto en población joven es importante el abordaje del suicidio dado que es la tercera causa de muerte en este grupo de edad (15-30 años) en España, tras los accidentes de tráfico y los fallecimientos relacionados con procesos oncológicos.</p> <p>3. Los dos principales factores de riesgo de suicidio consumado son el intento de suicidio -más prevalente en la mujer- y la presencia de un trastorno psiquiátrico. Es necesario establecer programas de atención, evaluación y seguimiento en los pacientes que realizan un intento de suicidio. Los casos atendidos e identificados en los servicios de urgencias hospitalarios representan una oportunidad para iniciar estos programas.</p> <p>4. La prevención del suicidio debe incluir una adecuada detección, diagnóstico y tratamiento</p>
--	--	--	--	---	---	---

						<p>de los trastornos depresivos, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el consumo de tóxicos y los trastornos de la personalidad, entre otros trastornos.</p> <p>5. En nuestro entorno apenas se dispone de programas específicos de prevención, protocolos de intervención ni de registros acumulativos de casos, y, además, cuando existen, es infrecuente su evaluación tanto interna como externa. Es recomendable promover registros sectoriales mediante convenios con los Institutos de Medicina Legal.</p> <p>6. Es necesaria una mayor profundidad y sistemática a la hora de evaluar la conducta suicida en la clínica, así como registrar en la historia la evaluación del riesgo de suicidio.</p> <p>7. El clínico deberá favorecer el control, la autoestima, la capacidad de hacer frente a los problemas propios del individuo y promover una mayor participación e integración en el entorno familiar y social.</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>8. Las estrategias más efectivas para prevenir suicidios incluyen la prescripción de medicamentos antidepresivos a pacientes que padecen depresión y el control del acceso a las formas de cometer suicidio. La clozapina y el litio han demostrado un efecto protector sobre el suicidio en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, respectivamente. En cualquier caso, en los pacientes con trastornos mentales y riesgo de suicidio debe asegurarse una continuidad de cuidados y asistencia, así como un tratamiento correcto que incluya la verificación del cumplimiento farmacológico a dosis plenas.</p> <p>9. Los programas dirigidos a médicos para mejorar su competencia en la identificación de los trastornos mentales y su manejo, así como la coordinación entre asistencia primaria y especializada han demostrado ser eficaces para disminuir las tasas de comportamientos suicidas.</p>
--	--	--	--	--	--	--

						10. En los últimos años los programas educativos multinivel que, además de a los médicos de asistencia primaria, están dirigidos a población general y agentes sociales (maestros, bomberos, fuerzas del orden...), han demostrado también ser efectivos.
Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento	El presente artículo no pretende abarcar toda la complejidad de la conducta suicida, pues el tema implica considerar múltiples factores de influencia que provienen de una mirada antropológica, sociológica, epidemiológica, psicopatológica, clínica y de las neurociencias. Se realizará una revisión general del problema en Chile con referencias internacionales y nacionales, pero se centrará principalmente en la conducta clínica y de intervención en crisis.	Chile, 2011.	N/A	N/A	N/A	La conducta suicida es compleja y multicausal. Debe siempre considerarse una intervención de emergencia y hay una serie de otros aspectos a considerar en el proceso inicial, como definir los niveles de seguridad a los que debe someterse el paciente para su cuidado intrahospitalario, o las medidas de protección a considerar al definir la derivación a su casa, si no cumple con criterios de gravedad. En el presente artículo sólo hemos hecho referencia a los criterios básicos de la intervención inicial y definición de hospitalización de un paciente que concurre a un servicio de urgencia o refiere en la evaluación ambulatoria en la consulta ideas asociadas a la intención suicida, que trascienden toda la medicina y especialidades,

						debiendo ser de conocimiento básico de todo médico y no sólo de la especialidad en psiquiatría.
Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes	El objetivo de este estudio fue identificar la estructura semántica del dominio cultural, el promedio de conocimiento y el grado de consenso cultural que manifiestan los adolescentes sobre las causas, síntomas y las medidas de prevención del intento de suicidio.	Bogotá, Colombia, 2011.	La muestra estuvo conformada por adolescentes, estudiantes en escuelas públicas de nivel secundario y medio superior (bachillerato) de la ciudad de Guadalajara, México. La muestra se integró por 27 adolescentes (24 mujeres), con un rango de edad de 13 a 18 años (Media: 15.70 años, DE: 1.73), con escolaridad media de preparatoria, sin antecedentes de intento de suicidio. Los estudiantes aceptaron participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado por escrito de sus padres y de ellos mismos. De los participantes, 25 pertenecían a una familia nuclear con 5.7 miembros promedio, y de estas familias en el 63% de	En el presente estudio se empleó un diseño cualitativo y descriptivo. Mediante el uso de entrevistas semiestructuradas individuales se obtuvieron listas libres sobre un dominio cultural, el cual fue analizado con ayuda del software Anthropac® (Borgatti, 1994), para estudios de antropología cognitiva.	Instrumento Se diseñó una entrevista semiestructurada con las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las causas por las cuales un adolescente intenta suicidarse? ¿Cuáles son los signos y síntomas previos del suicidio? ¿Qué siente, piensa y hace un adolescente antes de intentar suicidarse? ¿Cuáles serían las medidas de prevención que propones para el intento de suicidio? En cada respuesta se profundizó sobre los conceptos dados, buscando siempre ampliar los contenidos. Procedimiento La entrevista se realizó en la escuela a la cual asistían los adolescentes, en	Los resultados de este estudio, razonablemente, deben limitarse al grupo sociocultural estudiado (estudiantes de nivel secundario y bachillerato de la ciudad de Guadalajara). Adicionalmente, es necesario tener presente que la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres, lo que puede generar un sesgo en los resultados encontrados. El sesgo informativo de los investigadores fue subsanado por la técnica de listas libres, lo que permitió a los participantes en el estudio expresarse sin limitaciones sobre el dominio cultural del intento de suicidio, sus causas, signos y síntomas, así como sobre las estrategias de prevención. Sería relevante para estudios posteriores evaluar el consenso cultural en padres de adolescentes, así como en adolescentes que cometieron previamente intento de suicidio. La

			<p>los casos el jefe de familia era el padre. Veintidós jóvenes señalaron profesar la religión católica y 10 manifestaron no tener privacidad en su hogar (no tener una habitación individual).</p>		<p>un sitio con privacidad, respetando los siguientes principios para realizar el análisis de consenso cultural: (a) un dominio cultural unificado, (b) preguntas estructuradas y simples, y (c) respuestas individuales e independientes. La Duración aproximada de cada entrevista fue de 15 a 20 minutos.</p>	<p>aportación metodológica de este tipo de estudios cualitativos consiste en un acercamiento científico a las concepciones culturales de la población, en la que de manera simple y de libre expresión se tiene acceso fácil a los conceptos y creencias de los participantes sobre un dominio cultural.</p>
<p>Ejecución del programa de prevención y control de la conducta suicida en Nueva Paz</p>	<p>Valorar la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en el municipio de Nueva Paz en el año 2010.</p>	<p>Nueva Paz, Cuba, 2010</p>	<p>El grupo de investigación estuvo constituido por 65 trabajadores de la salud, 23 médicos y 30 enfermeras de consultorios médicos de la familia (CMF), 3 técnicos de recursos humanos, 3 técnicos de estadísticas y 6 integrantes del Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) que se encontraban laborando en el municipio cuando se realizó el estudio.</p>	<p>Se realizó un estudio descriptivo y transversal sobre el Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en el municipio de Nueva Paz en el año 2010.</p>	<p>Se aplicaron cuestionarios a trabajadores del departamento de recursos humanos, CCSM, estadísticas, miembros de los equipos básicos de salud. Además se emplearon guías de revisión documental para las historias clínicas individuales, familiares, tarjetas de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) y actas de reuniones</p>	<p>Podemos concluir que las deficiencias encontradas en la estructura y el proceso conllevaron a que la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en el municipio Nueva Paz en el 2010, se evaluara como inadecuada. Tales deficiencias son los elementos esenciales que trajeron por consecuencia que los objetivos del Programa no se cumplieran en el período analizado, y donde la competencia y el desempeño médico debieron jugar una función</p>

					de la Comisión de Salud Mental. Se aplicó un cuestionario de identificación de necesidades de aprendizaje a médicos y enfermeras de la familia y trabajadores del CCSM sobre el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida, validado por expertos. Todo ello responde a una evaluación de estructura, proceso y resultados.	fundamental. Se hace necesario perfeccionar el flujo de información.
Abordaje del suicidio en atención primaria	El objetivo de esta revisión, es resaltar los principales factores asociados con el suicidio y proveer información sobre la identificación y el manejo de pacientes suicidas para el abordaje desde atención primaria.	Costa Rica, 2013	N/A	N/A	N/A	El suicidio representa una entidad compleja y sus estrategias de valoración, detección de riesgo y prevención se dificultan por el desconocimiento de una definición y clasificación consensuadas. El médico de atención primaria es clave en la identificación de usuarios con riesgo suicida y en su abordaje.
Evaluación de un programa de intervención intensiva en conducta suicida	El objetivo del presente estudio es la evaluación de la	Provincia de Orense, España, 2013	Los sujetos que forman parte del estudio son los pacientes atendidos	Se realiza un estudio en el que se compara una cohorte de pacientes expuestos	Para ambos grupos de estudio se siguió la definición	Los resultados muestran que los sujetos que recibieron tratamiento en

	<p>efectividad en la reducción de reintentos de suicidio tras un intento índice en pacientes a seguimiento en el Programa de Intervención Intensiva en conducta suicida.</p>		<p>en el servicio de urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), tras un intento de suicidio, que han necesitado o no ingreso hospitalario y que fueron posteriormente derivados para tratamiento ambulatorio y acudieron al menos a la primera consulta. La muestra está formada por una cohorte de pacientes a tratamiento en PII entre abril de 2009 y junio de 2010 con un total de 89 pacientes, y otra cohorte de pacientes que reciben tratamiento convencional desde enero de 2007 a diciembre de 2007, con un total de 102 pacientes.</p>	<p>a la intervención en PII con otra cohorte de pacientes no expuestos y sometidos a terapia convencional.</p>	<p>de Silverman^{35,36} de intento de suicidio recogiendo todos aquellos casos que se ajustan a los tipos: con o sin intencionalidad, con o sin lesiones, pero sin resultado fatal. Entrando en el estudio las autolesiones, conducta suicida no determinada y los intentos de suicidio.</p>	<p>el Programa de Intervención Intensiva (PII) recaen menos, necesitan ingresar menos, y el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento y el primer reintento -caso de producirse- es mayor. Estos resultados son consistentes con los encontrados en otros estudios en los que se evalúa la efectividad de la misma terapia cognitiva breve en la prevención de la conducta suicida: los pacientes que recibieron dicha terapia tenían el 50% menos de probabilidad de recaída durante el periodo de seguimiento frente a los que recibían tratamiento convencional.</p>
<p>Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España:</p>	<p>Los objetivos generales del proyecto son la puesta en marcha actividades de sensibilización con</p>	<p>España, 2008-2013</p>	<p>Profesionales de la salud que engloban psicólogos, psiquiatras, personal de atención primaria y urgencias.</p>	<p>La metodología utilizada para el presente estudio es un análisis de tipo cualitativo realizado por el equipo de investigación de la</p>	<p>Para saturar el espacio discursivo con respecto al constructo de prevención se utilizó la técnica del grupo de</p>	<p>Los resultados de este estudio constituyen un gran aporte en la detección, tratamiento y prevención de las conductas suicidas. Nuevos proyectos de investigación</p>

<p>resultados del proyecto EUREGENAS</p>	<p>agentes locales y comunitarios, de cara a la creación de una red en detección del riesgo de suicidio; la formación a los médicos de atención primaria; y el apoyo a los supervivientes de suicidio (familiares y allegados de la persona que ha cometido suicidio).</p>			<p>Universidad de Salamanca y la Universidad Pontificia de Salamanca.</p>	<p>discusión. Mediante estas entrevistas grupales obtenemos información sobre un tema focalizado en un contexto social, donde las personas pueden considerar sus visiones en interacción con los demás. Tomamos como categoría para el diseño de los grupos la variable personal sanitario, formada por cuatro modalidades: psicólogos, psiquiatras, personal de urgencias, y personal de atención primaria. La captación de los participantes se realizó en el área de salud de Zamora y en los diferentes centros de la fundación INTRAS. Estructuramos los grupos de forma que quedaran equilibrados en estratos según la</p>	<p>en este campo son necesarios. El conjunto de los profesionales que han participado en esta investigación coinciden en señalar la gran importancia que se otorga al suicidio como problema de salud pública y en considerar como insuficientes los recursos para su abordaje. Las dificultades existentes para su detección y manejo evidencian la necesidad de crear programas de prevención y estrategias de intervención en este campo. En este sentido, el proyecto EUREGENAS supone un gran avance en la prevención del suicidio en Europa y abre las puertas para el desarrollo de futuros proyectos de intervención en este campo a nivel europeo.</p>
--	--	--	--	---	--	---

					variable de selección. La duración de las sesiones oscilaba entre 1 hora y 1,5 horas, y fueron grabadas en video y audio digitales, previa autorización firmada de los participantes. Los grupos entrevistados fueron cinco, con un número de personas que oscilaba entre siete y diez, lo que a juicio del equipo de investigación, y a la luz de los resultados de los análisis de datos, saturó el espacio discursivo.	
Investigación enfermera sobre las manifestaciones clínicas y la prevención en la conducta suicida en la adolescencia	Analizar las manifestaciones ante la conducta del suicidio en la adolescencia y medidas de prevención de la misma.	España, 2017	Adolescentes	Se realizó una revisión sistemática para hacer un estudio con una posterior recogida de información en la base de datos de Scielo, Cochrane y Cuiden. Limitándose a la búsqueda de artículos publicados en español con los descriptores: conducta suicida, suicidio,	Para una mayor exactitud de la búsqueda se realizó los operadores booleanos "and" y "or". La búsqueda se restringió a los artículos y libros publicados entre el año 1999 y 2016. Seleccionándose unas 12 referencias para la realización de dicha actividad.	La conducta suicida en adolescentes, es una de las temáticas más difícil de abordar, ya que se trata de una situación muy extrema y grave en la que vivencia el joven. Esto puede deberse a multitud de factores de riesgo que suelen actuar como desencadenante de esta conducta suicida, y sobre todo por el paso que existe en su etapa de la vida, es decir, el paso entre la

				<p>adolescencia, enfermera, prevención y factores de riesgo.</p>	<p>inmadurez a la edad adulta, dónde se presenta una serie de problemas o situaciones que resolver que hacen que desarrolle su madurez y responsabilidad.</p> <p>Habilidades que han tenido que ser aprendidas desde la infancia y la que tiene que poner en marcha en esta etapa. En definitiva, se encuentran en una edad complicada, en la que viven nuevas experiencias sin el respaldo de los suyos, dónde aún no tienen ningún empleo, y se encuentra en la búsqueda de ello, ya sea a través de la formación como a la espera de tener la edad para comenzar a trabajar.</p> <p>Otro indicativo que detectamos es en la red social en la que vivimos actualmente. Nos dejamos llevar constantemente por la información que nos transmiten los medios de comunicación insana y las redes sociales, dónde existen enormes bulos que puede llevar a la juventud de crear confusión y tomar estilos de vida que no son saludables. Todo esto sin olvidar el tema que está a la orden del día, que hace toda persona que lo sufra</p>
--	--	--	--	--	---

						<p>le lleve algún momento plantear una mente suicida, esto se trata del bullying, método de maltrato físico, psicológico entre otros que lleva a la desesperación del sufriente y a la indignación de no poder realizar una vida social totalmente normal por culpa de los maltratadores que los instigan. Por todo ello, se ha considerado que la prevención en estos temas es beneficiaria, teniendo a la familia como eje central, ya que se trata del pilar fundamental de cualquier persona y para ello necesita que sean comprendidos ya que en la prevención hay que enseñarla y ponerla en práctica. Pero para esto, se requiere que todos prestemos ayuda ante una persona que desarrolla esta condición, sin juzgar su decisión. Aquí la enfermería no sólo juega un papel fundamental, sino que también otras disciplinas que pienso que se deben volcar más, como son los educadores y también otras disciplinas que puedan servir de ayuda.</p>
--	--	--	--	--	--	--

<p>Evaluación del riesgo e intervenciones psicosociales para pacientes suicidas</p>	<p>El propósito de este trabajo es revisar los factores de riesgo y las señales de alarma de suicidio, para tratar las consideraciones en la evaluación del riesgo de suicidio clínico, y para proporcionar información sobre las intervenciones psicosociales en crisis suicida, así como las intervenciones psicosociales a más largo plazo para reducir el riesgo de suicidio. El objetivo es ayudar a los profesionales en la toma de decisiones en riesgo de suicidio, proporcionar información sobre intervenciones psicosociales aceptables y eficaces en la prevención del suicidio y sugerir áreas en las que esté indicada la</p>	<p>España, 2015</p>	<p>Población adulta y adolescente</p>	<p>Se realizó una revisión bibliográfica y sintetizamos la información sobre los factores de riesgo a largo plazo e inminentes para el suicidio, la evaluación clínica y actuarial del riesgo de suicidio, la práctica de directrices para la evaluación del riesgo de suicidio y las intervenciones de prevención del suicidio.</p>	<p>Para capturar más sistemáticamente las intervenciones psicosociales de prevención del suicidio, se realizaron búsquedas bibliográficas de los artículos identificados durante la revisión narrativa y se buscó en PubMed, utilizando las palabras clave suicidio e intervención y breve o aguda o ambulatorio. La revisión se limitó a estudios de poblaciones adultas y adolescentes.</p>	<p>En la última década, se han identificado los factores de riesgo que colocan a las personas en situación de riesgo de suicidio a largo plazo, pero sigue siendo escaso el conocimiento sobre las señales de alarma de riesgo de suicidio inminente. <i>Nock et al.</i> Utilizaron recientemente una Evaluación Ecológica Momentánea (EEM) para determinar los factores interpersonales, intrapersonales y contextuales proximales a la autolesión no suicida entre los adolescentes. La extensión de los métodos EEM para el estudio de la conducta suicida podría mejorar la comprensión de los factores desencadenantes y de las señales de alarma de la suicidalidad aguda. Tal comprensión, a su vez, ayudaría a desarrollar intervenciones específicas para la prevención del suicidio. Hasta la fecha, se han completado pocos estudios de resultados de intervenciones de prevención del suicidio. Tal estudio es por tanto una dirección para la investigación futura. La evaluación e intervención</p>
---	---	---------------------	---------------------------------------	--	---	---

	investigación adicional.					<p>con pacientes con tendencias suicidas presupone que los individuos suicidas acuden a los profesionales antes de suicidarse. En realidad, muchos (es decir, la mitad) no lo hacen. Cuando los individuos suicidas acuden, es más probable que lo hagan a centros de asistencia primaria o a servicios de urgencias que a proveedores de salud mental.</p> <p>Desafortunadamente, a menudo (alrededor de dos tercios de las ocasiones), los proveedores de salud no preguntan acerca de las tendencias suicidas cuando está clínicamente indicado.</p> <p>Por tanto, es necesario formar a los proveedores de servicios de atención primaria y de urgencias en materia de evaluación y gestión del riesgo de suicidio. Por último, está actualmente disponible una intervención psicosocial no validada que aborda la suicidalidad en individuos con trastorno bipolar. Como el suicidio y el intento de suicidio son problemas prevalentes entre estos individuos, existe la necesidad de desarrollar esfuerzos de</p>
--	--------------------------	--	--	--	--	--

						prevención del suicidio para esta población. La comparación de los resultados entre los individuos con trastorno bipolar con los de otras poblaciones psiquiátricas que reciben tratamiento, es decir, la evaluación del diagnóstico como moderador del resultado del tratamiento, es otro enfoque para valorar una intervención de prevención del suicidio para personas con este trastorno.
La prevención del suicidio juvenil: entre la enunciación y la acción	En la Argentina contemporánea el suicidio juvenil se ha convertido en un fenómeno creciente, que contraría las expectativas que la sociedad y el Estado construyen en torno a los jóvenes a través de los sistemas de incentivos. Por lo tanto, es objetivo de esta contribución recuperar los diferentes abordajes disciplinares que han construido explicaciones acerca del suicidio, a fin de	Argentina, 1990-2011	Adolescentes y jóvenes	La búsqueda de las creencias y sus fundamentos se desarrolló a partir de la recopilación, lectura y análisis de contenido de materiales publicados provenientes de cuatro grupos: los profesionales de la salud, los sociólogos, los filósofos existencialistas y teólogos. Tomando como caso para este último grupo a los bautistas, representativos de religión y cura, sobre el que se realizó además una acabada etnografía (PIÑUEL	Para seleccionar las publicaciones se empleó el criterio de muestreo teórico, teniendo en cuenta la información que cada material aporta a la comprensión del suicidio juvenil, desde las diferentes disciplinas investigadas. El muestreo se realizó a partir de su contenido como así también considerando la frecuencia con la que eran citados en otros materiales. Para el	¿Cuáles son las condiciones necesarias para pasar de la enunciación a la acción en la mortalidad juvenil?, pues retomando la reflexión de Krmpotic (2005) ¿será acaso que en los propios argumentos disciplinares se hallan los límites para la acción? Si bien estas muertes jóvenes producen una ruptura de sentido no llegan a movilizar suficientemente decisiones políticas. La intervención en adolescentes y jóvenes – comparativamente con la de niños y los ancianos– presenta un carácter marginal que si bien afecta a un grupo social numeroso, se desenvuelve con acciones puntuales, fragmentadas y escasas, y

	<p>identificar el entramado de creencias que sostienen que el suicidio puede evitarse y que la prevención es la única intervención posible. Para operacionalizar esta convicción, un servicio sociosanitario oportuno y de calidad en la prevención del suicidio es definitivamente necesario en la comunidad. Si bien en su problematización se identifican tres nociones-clave, factores de riesgo, enfermedad mental y muerte, focalizaremos en los primeros dado que son los que estructuran la lógica preventiva.</p>			<p>RAIGADA y GAITÁN MOYA, 1995; ROBSON, 2002; SHUTZ, 1972). El corpus de documentos escritos se conformó a partir de la selección de materiales publicados (en soporte electrónico y papel) que presentaban argumentaciones sobre el suicidio en general y el suicidio juvenil en particular, como así también referidas a problemas asociados como las enfermedades mentales y adicciones, la mortalidad juvenil, la violencia relacionada con adolescentes y jóvenes, la masculinidad y la salud pública.</p>	<p>trabajo con los textos, se trabajó con la técnica de análisis de contenido, que se orientó hacia la búsqueda y comparación de los patrones de argumentación sobre el suicidio en los cuatro grupos mencionados, hasta el punto de saturación a los fines de evitar repeticiones innecesarias. A partir de un análisis de contenido transversal seleccionamos muestras textuales del corpus en las que se expresan las creencias acerca del suicidio, para luego analizarlas teniendo en cuenta sus contextos de producción. Se procedió luego a una lectura intensiva, selección de emergentes y elementos significativos, que en este material sólo focalizaremos en aquellos</p>	<p>con un énfasis llamativo en la inserción laboral como llave para resolución de todos los conflictos. Como otras tantas muertes en la trayectoria del país, pensar en la historia del suicidio como en una historia social del dolor es una metáfora elocuente. El sufrimiento que se genera frente a la ocurrencia del suicidio es social. Las pérdidas que se producen afectan a la sociedad en su conjunto. Su medición a través del índice de AVPP (años de vida potencialmente perdidos) dice del problema en algunos aspectos, pero tiene implicancias cualitativas mucho más complejas de ponderar en frecuencia e intensidad. Los estudios sobre factores de riesgo dan cuenta de algunos aspectos del fenómeno, por lo que se justifica el esfuerzo en desarrollar herramientas de evaluación realistas, dinámicas, que amplíen fundamentalmente los convencionales factores sociales tan pobremente descriptos pero tan determinantes dada la condición aceptada de desencadenantes. No se</p>
--	--	--	--	---	---	--

					referidos a las creencias sobre los factores de riesgo y, por lo tanto, a través de las expresiones fundamentalmente de los profesionales de la salud en un contrapunto con los pastores bautistas y los manuales pastoralistas a fin de dar cuenta – aunque mas no sea brevemente– del diálogo entre las explicaciones religiosas y científicas.	trata de reificar factores, muy por el contrario, de superar la ambigüedad interpretativa que presentan en el caso de la prevención del suicidio. El Trabajo Social en particular, tienen en este sentido mucho para aportar, con profesionales preparados para el abordaje de la complejidad en la interacciones entre los sujetos, lo institucional y lo comunitario, así como para comprender las intersecciones entre los modos de vida, la episteme –es decir las reglas y presuposiciones que rigen los discursos científicos, políticos, religiosos– y la cultura.
PLACE (Plan de Cuidados de Enfermería) para la prevención y detección del riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes	Diseñar un plan de cuidados con intervenciones basadas en la evidencia científica, dirigidas a la prevención y detección oportuna del riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes.	México, 2016	Adolescentes y adultos jóvenes	Se realizó un plan de cuidados estandarizado, el cual es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas previsibles relacionados con un diagnóstico concreto o una enfermedad. Para el diseño del PLACE, se organizó un equipo de trabajo	La construcción de los diagnósticos de enfermería se realizó de acuerdo a la identificación en la revisión de la literatura, las respuestas humanas del riesgo de suicidio que pueden presentar los adolescentes o adultos jóvenes de la población en estudio, así como factores personales,	A pesar de que se realizan acciones para prevenir o detectar el riesgo de suicidio, hace falta que todos los profesionales de la salud intervengan en la detección y actúen ante los factores de riesgo; además, disminuir la morbilidad no depende de cuántas intervenciones se lleven a cabo, sino de cuan eficaces sean y tengan la característica de ser aplicables en todos los niveles de atención y de

				<p>integrado por profesionales de enfermería expertos en el área de conocimiento metodológico para la estructuración de diagnósticos de enfermería; se estructuraron diagnósticos de enfermería y preguntas clínicas a responder sobre el riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes; se realizó revisión de la literatura en español, inglés y portugués, en las bases de datos PubMed, BIREMELILACS, Cochrane, EBSCO, Trip-database.</p>	<p>familiares, sociales, ambientales y biológicos. Para su construcción se utilizó como guía la Taxonomía “North American Nursing Diagnosis Association” (NANDA). En la selección de resultados se incluyeron los prioritarios utilizando como guía la Nursing Outcomes Classification (NOC). Se seleccionaron las intervenciones de enfermería prioritarias basadas en las evidencias científicas alineadas a los resultados y factores relacionados de cada diagnóstico de enfermería, identificándose también las intervenciones prioritarias de la Nursing Interventions Classification (NIC).</p>	<p>los sistemas de salud en México, así como en otros países. En síntesis, es necesario en el proceso de prevención y detección de riesgos de suicidio, la facilitación por parte de los profesionales de la salud de la aplicación de todo tipo de programas preventivos y la promoción de una mayor atención investigadora y clínica a los grupos de riesgo. Minimizando de esta forma los índices de suicidio en este grupo de población</p>
--	--	--	--	--	--	---

<p>Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria</p>	<p>En el presente artículo se realiza una revisión sistemática de los programas de prevención del suicidio dirigidos a adolescentes que se están implementando a nivel global. Anteriormente ya se han realizado revisiones similares, pero con limitaciones metodológicas, tales como: inclusión únicamente de muestra clínica, rango de edad más acotado, inclusión sólo de artículos revisados por pares o artículos solo en inglés. (Calear et al., 2016; Cooper & Clements, 2011; Miller, Eckert, & Mazza, 2009; Robinson et al., 2018). Por tanto, con esta revisión se espera actualizar la información sobre la evidencia de la</p>	<p>España, 2019</p>	<p>Niños y adolescentes</p>	<p>Los artículos seleccionados para la realización de la presente revisión se recopilaron a través de una exhaustiva búsqueda bibliográfica en mayo del 2018 en las siguientes bases de datos: Ovid MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Cochrane, PubMed y Psicodoc.</p>	<p>Dado que el español es la segunda lengua más hablada del mundo, surge la necesidad de reunir, en un mismo documento, los programas de prevención del suicidio de artículos tanto en inglés como en español. Además, dichas revisiones se centran casi exclusivamente en población adolescente y el rango de años de publicaciones es menor, por lo que en este estudio se incluyen programas dirigidos tanto a niños como adolescentes (de 0 a 20 años), desde el nacimiento hasta la adolescencia tardía según los términos de la OMS (1986), y se incluyen todos los estudios realizados hasta 2018. Asimismo, se recogen todo tipo de programas de</p>	<p>Finalmente, tras estudiar los trabajos publicados sobre tratamientos de prevención en el suicidio en adolescentes de muestra comunitaria, cabe destacar que falta mucho que investigar en el plano de la prevención del suicidio y en las diferentes formas para abordar el problema y evaluar su eficacia. Esta revisión pretende servir de base para poder crear futuros planes de prevención en base a los resultados previos obtenidos. Sin embargo, aunque estos programas pueden servir de apoyo, es necesario añadir mejoras para lograr reducciones eficaces, basándonos en los nuevos datos sobre factores de riesgo y protectores, asociados al suicidio. Concretamente en España, todavía falta mucho por lo que hacer, empezando por establecer un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Además, hay que tener en cuenta que la mejor forma para hacer frente al problema y reducir su prevalencia es trabajando con los niños desde muy pequeños para la detección y el</p>
--	---	---------------------	-----------------------------	---	--	---

	<p>eficacia de la prevención del suicidio en adolescentes a nivel internacional con programas preventivos que se hayan publicado en español y en inglés desde cualquier fecha hasta 2018 para aportar información sobre la eficacia de dichos tratamientos.</p>				<p>prevención primaria (universal, selectiva e indicada), excluyendo la prevención secundaria y terciaria con población clínica por tratarse de actuaciones centradas en personas que ya presentan ideación y actuación suicida, y en cuyos casos la actuación preventiva iría encaminada a la consecución de otro tipo de objetivos.</p>	<p>afrontamiento directo del suicidio, siendo con ello clave la intervención de los colegios desde temprana edad y la participación de los padres en el manejo de los hijos.</p>
<p>Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC)</p>	<p>El principal objetivo de este artículo es describir el protocolo de un estudio controlado diseñado para prevenir la recurrencia de comportamientos suicidas que propone el manejo de casos, e incluye un programa psicoeducativo, en comparación</p>	<p>España, 2014</p>	<p>Se ofreció participar en el estudio a todos los pacientes que acudieron, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 30 de junio de 2013, al Servicio de Urgencias del HUCA, hospital de referencia del área IV de Salud de Asturias (Oviedo), tras haber realizado una tentativa suicida.</p>	<p>Estudio abierto, controlado y multicéntrico para examinar la efectividad de un protocolo de intervención, centrado en el manejo de casos, en pacientes que demandan atención en un servicio de urgencias tras haber realizado una tentativa suicida.</p>	<p>Los pacientes se asignaron de manera aleatoria a un grupo que recibía una atención continuada basada en el manejo de casos incluyendo participación periódica en un programa psicoeducativo (grupo experimental) o a un grupo control que recibía los cuidados clínicos</p>	<p>El PSyMAC propone intervenciones de bajo coste y fácilmente adaptables al entorno clínico habitual que pueden ayudar a suplir la carencia de protocolos específicos de actuación y de programas preventivos de comportamiento suicida existente en nuestro país. La evaluación de resultados del PSyMAC permitirá determinar su efectividad real en el manejo y reducción del riesgo de suicidio.</p>

	con la intervención clínica habitual (PSyMAC).				habituales. El objetivo principal es determinar si el período de tiempo hasta la recurrencia del comportamiento suicida es significativamente diferente en el grupo experimental y en el grupo control.	
Protocolo de manejo del intento suicida en el Hospital del Salvador en Santiago de Chile	El presente protocolo se estructuró como una manera de estandarizar y jerarquizar las intervenciones entregadas a pacientes con riesgo suicida en el Hospital del Salvador.	Santiago de Chile, Chile, 2012	Población en general	Se realizó una búsqueda en Medline y en la Database Cochrane utilizando los términos "suicide", "suicidal ideation" y "suicide, attempted".	Se seleccionaron los artículos más pertinentes, tanto originales como guías clínicas, preferenciando a aquellos en que se evaluaban distintas estrategias de intervención. Se buscaron especialmente publicaciones chilenas y de la información entregada, así como del consenso clínico entre los especialistas de los Servicios de Psiquiatría y de Urgencias del Hospital del Salvador, un hospital general en Santiago de Chile, se preparó un	La evaluación del riesgo suicida es compleja, puesto que exige la integración de múltiples factores que oscilan de persona a persona. Su carácter fluctuante, así como las variaciones en el contexto psicosocial, puede inducir a error. La investigación en este campo se encuentra limitada por tamaños muestrales pequeños y grupos diagnósticos heterogéneos, por lo que se requieren más estudios para elaborar estrategias más eficaces en la prevención, y así poder mejorar la calidad de cuidados requerida. En la situación actual, una de las más efectivas y accesibles herramientas de que dispone el tratante es el adecuado establecimiento de una alianza terapéutica,

					<p>documento de trabajo que fue revisado por los encargados de preparación de protocolos clínicos en dicho Hospital. Este trabajo expone las principales recomendaciones del protocolo.</p>	<p>que facilita las estimaciones del riesgo, y mejora la adherencia a tratamiento. Esto, asociado a tratamientos enérgicos de los cuadros psiquiátricos de base y al abordaje oportuno de los principales estresores en la vida del paciente, en un marco que privilegie la integridad física se constituyen en el eje de un adecuado manejo del riesgo suicida. En futuras comunicaciones esperamos adjuntar datos obtenidos a partir de la aplicación de este protocolo en nuestro centro para su análisis y discusión.</p>
--	--	--	--	--	---	---

Anexo 4: Formato de análisis del contenido para lineamientos normativos

Título del documento	Tipo de norma	Fecha de emisión de la norma	Objeto de la norma	Delimitación espacial y temporal	Población que atiende	Referencias o indicaciones para la prevención del suicidio
Ley 1438 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Ley estatutaria	19 de enero de 2011	Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía	Colombia, 2011	El Sistema General de Seguridad Social en salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida	N/A

			de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.			
Ley 1616 Del 2013 Por Medio De La Cual Se Expide La Ley De Salud Mental Y Se Dictan Otras Disposiciones.	Ley estatutaria	21 de enero de 2013	El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos,	Colombia, 2013	Niños, niñas y adolescentes	El Ministerio de. Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y

			territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.			alimentaria, entre otras.
Ley 1751 2015 Por Medio De La Cual Se Regula El Derecho Fundamental A La Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones.	Ley estatutaria	16 de febrero de 2015	La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.	Colombia, 2015	La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.	
Decreto 0280 de 2015. Por el cual se crea la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS.	Decreto	18 de febrero de 2015	La Comisión tendrá por objeto el alistamiento y la efectiva implementación de los ODS a través de políticas públicas, planes, acciones y programas, con planificación prospectiva, y el monitoreo, seguimiento y evaluación de estos objetivos, con sus respectivas metas	Colombia, 2015	Toda la población en general	La Comisión Interinstitucional podrá conformar comités técnicos y grupos de trabajo, tanto sectoriales como territoriales, para lo cual podrá invitar a otros Ministros del Despacho, a otras autoridades que representen entidades del orden Nacional o Territorial, así como a miembros de la sociedad civil, la academia o el sector privado, entre otros.

<p>Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud</p>	<p>Resolución</p>	<p>17 de febrero de 2016</p>	<p>De la Política de Atención Integral en Salud- PAIS, La Política de Atención Integral en Salud -PAIS-, la cual se adopta mediante el presente resolución, junto con su anexo técnico , el cual hace parte integral de la misma, atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano. El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo</p>	<p>Colombia, 2016</p>	<p>La presente resolución se aplicará a la población residente en el territorio y su implementación es responsabilidad de las Entidades Territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta; entidades del sector salud y de otros sectores, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento,</p>	<p>N/A</p>
---	-------------------	------------------------------	--	-----------------------	---	------------

			de la gestión de la salud pública, de los Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.		rehabilitación y paliación y muerte digna.	
Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.	Resolución	25 de julio de 2016	La presente resolución adopta el "Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS" así como unas Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, se establecen disposiciones en relación con la implementación de las RIAS y las responsabilidades de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS.	Colombia, 2016	Las disposiciones contenidas en la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción, los Regímenes Especiales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción,	N/A

					mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS.	
Resolución 780 de 2014. Por la cual se establecen los lineamientos técnicos para la implementación de los programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en desarrollo de lo dispuesto en el Decreto número 3046 de 2013 y se dictan otras disposiciones.	Resolución	17 de marzo de 2014	Establecer los lineamientos técnicos que deberán observar las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que pretendan ejecutar los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, para la implementación de los programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en desarrollo de lo dispuesto en el Decreto número 3046	Colombia, 2014	Población en general.	Implementar estrategias de formación y articulación intersectorial e interinstitucional encaminadas al fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud mental, prevención del embarazo adolescente, consumo de

			de 2013, lineamientos contenidos en el anexo técnico 1, que hace parte integral de la presente resolución.			alcohol y sustancias psicoactivas, prevención de suicidio, prevención y atención a las violencias basadas en género y promoción de estilos de vida saludables.
Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE	Resolución	27 de septiembre de 2019	<ul style="list-style-type: none"> *Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental de la salud en territorios. *Fortalecer la autoridad sanitaria territorial. *Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud. *Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones. *Mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo. 	Colombia 2019	Población en general	N/A

Anexo 5: Formato de análisis del contenido para programas de prevención

Título	Métodos	Técnicas	Objetivos	Temas para trabajar	Población objeto	Recursos físicos	Planes de seguimiento y evaluación
Programa nacional de prevención del suicidio: Orientaciones para su implementación (2013)	El tratamiento de la persona en riesgo o con intento de suicidio es variable, pero en general, se basa en el uso de psicofármacos y la psicoterapia cognitivo-conductual en forma combinada. Cuando existe una enfermedad mental asociada, el manejo terapéutico se debe enfocar al tratamiento de ésta. En la terapia farmacológica se utilizan antidepressivos y ansiolíticos, teniendo siempre presente el riesgo tóxico en caso de sobredosis. También se utilizan las sales de litio por sus efectos antidepressivos y sus	La psicoterapia cognitivo-conductual es útil cuando el objetivo es modificar los comportamientos y pensamientos. Entre las técnicas que utiliza están la asertividad, la relajación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales y el manejo de contingencias. En algunos casos, la terapia electroconvulsiva (TEC), se utiliza como tratamiento rápido y eficaz para prevenir el riesgo de suicidio, en	* Instalar en cada Secretaría Regional Ministerial de Salud -SEREMI y en forma paulatina, los 6 componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del riesgo suicida (1. Instalación de un Sistema de estudio de casos; 2. Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio; 3. Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud; 4. Incorporación de programas	1. Factores de riesgo suicida. 2. El Desencadenamiento de la Crisis Suicida. 3. Métodos para Consumar el Suicidio. 4. Mitos Sobre el Suicidio. 5. Detección del Riesgo Suicida. 6. Manejo del Riesgo Suicida	Población en general	- Entrevista estructurada autopsia psicológica. - Ficha información intentos de suicidio. - Orientaciones para profesionales de los medios de comunicación. - Instrumentos de detección del riesgo suicida. - Recomendaciones generales a los equipos de salud para la pesquisa y manejo del riesgo suicida en adolescentes.	- Determinar la existencia de factores de riesgo de la conducta suicida, descartando psicopatología, por tratarse del factor de riesgo más importante. - Determinar la existencia e intensidad de la ideación suicida. - Identificar los probables factores que contribuyeron a la aparición de la ideación suicida. - Conocer la historia de desarrollo y funcionamiento global actual del paciente; Identificar factores potenciales individuales, familiares, o ambientales que puedan influir aminorando o acentuando la ideación.

	propiedades serotoninérgicas y anti impulsivas, que reducen el riesgo suicida.	personas con trastornos depresivos muy graves con síntomas de melancolía.	preventivos en los establecimientos educacionales; 5. Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis; 6. Apoyo técnico para una correcta Cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio). * Involucrar a los distintos sectores sociales y a la comunidad en la prevención del suicidio. * Contribuir al logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.				- Evaluar y determinar si existe el riesgo de un intento a corto plazo. - Solicitar la colaboración del grupo familiar y derivar.
Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021. Subdirección de enfermedades no transmisibles	La metodología propuesta para la construcción del plan es la sala situacional. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la sala situacional como: "Aquellas espacios virtuales o físicos de trabajo matricial, en donde se conjugan	N/A	Definir un marco de acción intersectorial que oriente las intervenciones del estado y la sociedad en su conjunto a nivel nacional y territorial para la prevención y atención integral de la conducta	- Atención integral en salud mental. - Sensibilización, educación a la comunidad y participación comunitaria. - Formación y capacitación al talento humano.	Profesionales de la salud y población en general	N/A	- Fortalecer la Vigilancia epidemiológica del intento suicida en todo el territorio nacional. - Realizar salas situacionales para la caracterización del evento y la formulación de los planes territoriales para la prevención y atención a la conducta suicida.

	<p>diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, llevar a cabo análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas”</p>		<p>suicida en Colombia, para el periodo comprendido entre los años 2018 a 2021.</p>	<p>- Gestión del conocimiento.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la articulación y cooperación entre las entidades territoriales y grupos de investigación en salud mental, en el marco de los procesos de gestión de la salud pública. - Impulsar la realización de informes anuales sobre conducta suicida en el territorio que orienten la toma de decisiones en salud pública. <ul style="list-style-type: none"> - Conformar mesas territoriales o comités intersectoriales para el monitoreo y seguimiento del Plan de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. - Desarrollar investigaciones sobre efectividad de las intervenciones, factores de riesgo y protección en grupos poblacionales específicos y el impacto de nuevas tecnologías de la información y comunicación en las conductas suicidas. - Priorizar necesidades territoriales de conocimiento en torno a la conducta suicida y otros eventos de salud mental conexos. - Desarrollar procesos de gestión de recursos de carácter nacional y
--	--	--	---	------------------------------------	--	---

							<p>territorial para la generación de conocimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementar la vigilancia epidemiológica comunitaria del intento suicida en zonas dispersas. - Conformar redes de gestión del conocimiento a nivel territorial, que vincule las universidades y centros de educación, grupos o centros de investigación u observatorios que trabajan la temática de salud mental y que permita la construcción y aplicación del conocimiento en esta área, participación en investigaciones multicéntricas, divulgación de los resultados, estudio de nueva evidencia para la toma de decisiones, la socialización de experiencias exitosas y posicionar la salud mental en la agenda pública.
Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida: Manual para profesionales de la salud (2015).	Se sugiere el trabajo en articulación con profesionales de diferentes disciplinas con los que cuente la institución de salud: médicos generales y especialistas, profesionales de enfermería, auxiliares de	N/A	Brindar al personal de la salud fundamentos teóricos y herramientas para identificar y atender integral y oportunamente a las personas en riesgo o que presentan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generalidades de la conducta suicida, definiciones y aspectos epidemiológicos. 2. Valoración y atención integral de la persona que presenta conducta suicida. 3. Rutas de 	Profesionales de la salud	N/A	La evaluación de la conducta suicida debe ser realizada por personal capacitado. En ella se debe tomar en cuenta aspectos básicos como: hacer contacto empático, examinar las dimensiones del problema, explorar posibles soluciones, ayudar a tomar una acción

	<p>enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, pedagogos, personal administrativo y auxiliares, promotores de salud y promotores de saneamiento, nutricionistas, químicos de farmacia, entre otros.</p>		<p>conducta suicida y a sus familias, de manera que se favorezca una atención con calidad.</p>	<p>atención de las personas que presentan conducta suicida.</p>		<p>concreta, y hacer seguimiento para comprobar la evolución de la situación y posibles necesidades de acompañamiento. Igualmente, dependiendo de los resultados de la evaluación debe realizarse un plan de emergencia que incluya, a la persona que tiene la ideación o ha intentado suicidarse y, en lo posible, a su familia u otros que puedan apoyar el proceso.</p> <p>Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un profesional que demuestre interés, puede ser suficiente. No obstante, la posibilidad de un seguimiento posterior debe dejarse abierta, especialmente si la persona tiene un inadecuado apoyo social. En la ciudad de Medellín se cuenta con la Línea Amiga de Ayuda y Orientación en Salud Mental y Farmacodependencia, teléfono: 444 44 48, a la cual puede llamar</p>
--	--	--	--	---	--	--

							<p>cualquier persona, para recibir orientación y soporte especialmente en momentos de crisis.</p> <p>Los posibles escenarios para la evaluación de la conducta suicida son: el servicio de urgencias, cuando se realizó un intento de suicidio; los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad durante la atención a población general o personas, con historia de trastorno mental o que manifiesten síntomas depresivos e ideación de muerte o suicidio; finalmente, en consulta externa, aunque la persona consulte por otra causa.</p> <p>La evaluación debe integrar la información obtenida de la persona, la valoración de la historia previa, los antecedentes personales y familiares, para determinar el riesgo de repetir los intentos de suicidio en un plazo corto.</p>
<p>Prevención del suicido: Un imperativo global: Boletín información para la acción, BIA (2017).</p>	<p>Análisis descriptivo retrospectivo de la información notificada al SIVIGILA en el año 2016. Con base en la información obtenida de la</p>	N/A	<p>* Aproximarse por municipio a la medición de la conducta suicida en: riesgo alto, medio, bajo y crítico.</p>	<p>1. Situación del intento de suicidio en el Departamento de Antioquia, 2016. 2. Normatividad vigente en la</p>	Población en general	N/A	<p>Se sugiere realizar y documentar un análisis epidemiológico mensual, de los casos de intento de suicidio de alto impacto como son los ocurridos en población menor de 18 años, mujeres gestantes,</p>

	<p>notificación al SIVIGILA 2016, se conforma la base de datos que se depura, descartando los duplicados, y casos que no cumplen con la definición de caso de acuerdo al protocolo del INS, además se cruza con la base de datos de la intoxicación por sustancias químicas con el fin de verificar que todos los casos de intención suicida se incluyan en la base de intoxicaciones y a su vez los casos notificados por intoxicación con intención suicida se capten para el evento conducta suicida. Igualmente se hace un mapa de riesgo utilizando la metodología de Rothman, que permite hacer semaforización de los riesgos por medio del cálculo de la partición estadística por cuartiles, para realizar el mapa de riesgo se utiliza</p>		<p>* Caracterizar el comportamiento de la conducta suicida de acuerdo a las variables socio demográficas. * Socializar el comportamiento de la conducta suicida ante diferentes actores, con el fin de visibilizar este evento de interés en salud pública. * Divulgar la normatividad vigente en la prevención de conducta suicida. * Brindar elementos de acción para los actores municipales.</p>	<p>prevención de la conducta suicida. 3. Definiciones del suicidio. 4. Líneas de trabajo para alcanzar las metas.</p>		<p>reincidentes y población indígena. También se recomienda hacer una socialización de la información acerca de los casos de intento suicida en los diferentes espacios con el objeto de que los involucrados distingan el problema y sean partícipes en su abordaje</p>
--	---	--	---	---	--	--

	<p>teniendo como referencia para el riesgo bajo el 25% de los datos que corresponden al primer cuartil, para el riesgo medio se utilizó la distribución entre el 25 y el 50% de los datos, para riesgo alto se tuvieron en cuenta los datos que se ubicaron entre el 50 y el 75% y para determinar los municipios críticos se tomaron los datos que se encontraban por encima del 75%. Con esta medida se elaboró la respectiva tabla, luego estos datos se procesan en el programa de georreferenciación ArcGis, para elaborar el mapa con el color que corresponde a cada una de las categorías.</p> <p>La semaforización permite identificar los municipios que se deben priorizar la gestión para las intervenciones por parte del equipo de la dimensión</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

	convivencia social y salud mental.						
Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas ¿Qué hacer en casos de suicidio consumado, intento de suicidio o ideación suicida de nuestros estudiantes? (Sin fecha).	N/A	La charla, el taller, la conversación, el dibujo, el relato, la dramatización.	Aportar herramientas útiles para intervenir de manera pertinente en tres eventos que se presentan, cada vez con mayor frecuencia, en nuestras instituciones educativas: el suicidio, el intento de suicidio y la ideación suicida.	* ¿Qué hacer si un estudiante se ha suicidado? * ¿Qué hacer si un estudiante ha intentado suicidarse? * ¿Qué hacer en el caso de un estudiante con ideaciones suicidas? * Mitos sobre el suicidio y recomendaciones al respecto	Docentes y directivos	* Guía de entrevista individual con alumnos que presentan ideaciones suicidas. * Guía para tutores emocionales y líderes afectivos. * Pautas para una carta del rector a los padres de familia en caso de un suicidio consumado. * Guía para conversar con estudiantes afectados por el suicidio de un compañero.	N/A
Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Intento de suicidio. (2014)	N/A	N/A	* Determinar la frecuencia y distribución del intento de suicidio. * Detectar oportunamente los cambios en los patrones de ocurrencia del evento. * Guiar el desarrollo de	N/A	Población en general mayor de 15 años.	N/A	Acciones individuales: 1. Alerta a la EPS de cada caso identificado, para promover la intervención oportuna y el seguimiento. Dicha alerta será emitida por el ente departamental correspondiente. 2. En los casos de riesgo alto, se realizarán dos seguimientos, el primer seguimiento dentro del primer mes posterior al

			acciones colectivas en salud encaminadas a reducir o controlar el riesgo de intento de suicidio.				<p>intento de suicidio y el segundo dos meses después. Dichos seguimientos deben ser llevados a cabo por profesionales de salud mental (psicólogo o psiquiatra) preferiblemente con entrenamiento en intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos o el profesional a cargo de la vigilancia.</p> <p>Acción colectiva:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la coordinación interinstitucional entre las ESE, EPS, Secretarías de Salud Municipales y Departamentales, Redes de Urgencias. 2. Sensibilizar y educar a la comunidad sobre los problemas y factores de riesgo más frecuentes, su identificación temprana y manejo 3. Promover la generación de familias y comunidades protectoras de la salud mental que contribuyan en la identificación temprana y canalización de los casos.
Recomendaciones para la prevención de la conducta	N/A	N/A	Sensibilizar, educar y entregar herramientas a directivos,	* Clima escolar protector. * Prevención de problemas y	Directivos, docentes, asistentes de la educación	*Programa Nacional de Prevención del Suicidio	Protocolo de actuación tras un intento suicida en un o una estudiante:

<p>suicida en establecimientos educacionales (2019).</p>			<p>docentes, asistentes de la educación y equipos de salud, para el despliegue de una estrategia integral de prevención del suicidio, que incluya la promoción de un clima escolar protector, la prevención de problemas de salud mental, la educación y sensibilización en el tema, la detección y adecuado manejo frente a señales de alerta y el suicidio, y por último la coordinación con la red de salud</p>	<p>trastornos de salud mental. * Educación y sensibilización sobre suicidio. * Detección de estudiantes en riesgo. * Pasos a seguir frente a un intento o suicidio y acciones de postvención. * Coordinación y acceso a la red de salud.</p>	<p>y equipos de salud.</p>	<p>Ministerio de Salud, 2013. Chile. *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional Organización Mundial de la Salud, 2001. Ginebra. *Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar EUREGENAS, 2014. Unión Europea. *Best Practices in School-based Suicide Prevention: A Comprehensive Approach Healthy Child Manitoba Office - Manitoba Education and Training, 2014. Canadá. *Preventing Suicide: A</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contactar a los padres y estudiante. 2. Organizar reuniones con el equipo escolar. 3. Organizar una charla en clase. 4. Preparar la vuelta a clases.
--	--	--	--	--	----------------------------	--	--

						<p>Toolkit for High Schools SAMHSA, 2012. Estados Unidos. *Preventing Youth Suicide: A Guide for Practitioners Child and Youth Mental Health Policy Branch, 2016. Canadá. *Vive yo te ayudo Facultad de Medicina Universidad Austral de Chile, 2015. Chile.</p>	
<p>Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). (2013)</p>	N/A	N/A	<p>* Explicación del análisis funcional al cliente (también familiares si se considera necesario) para ayudarle a comprender por qué ha llegado a sentirse o pensar de esa forma y normalizando el malestar que vive de acuerdo a sus circunstancias/creencias. * Priorización del buen manejo y control de la</p>	<p>* Análisis funcional de la conducta suicida. * Pautas de actuación: árbol de decisiones para el control del riesgo de suicidio. * Papel y recursos del terapeuta en la evaluación y control del riesgo de suicidio.</p>	Población en general	N/A	<p>A lo largo del tratamiento, el cliente habrá adquirido las habilidades necesarias para lidiar con situaciones que le provoquen malestar y llegue un momento que sea capaz de resolver los problemas cotidianos. En las últimas fases del tratamiento, se deberá hacer especial énfasis en el autocontrol para que sepan cómo valorar ellos mismos su situación con respecto al problema y su gravedad, así como qué estrategias poner en marcha en caso de que vuelvan a aparecer los</p>

			<p>conducta suicida en los momentos de malestar hasta que se instauren conductas alternativas más funcionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Reducir ánimo depresivo hasta conseguir que se participe en actividades a un nivel similar al que realizaba antes de presentar ideación suicida (número, variedad, nivel de agrado). * Reducción de la desesperanza y falta de expectativas positivas hasta alcanzar niveles normales. * Identificación y reestructuración del pensamiento disfuncional hasta reducir los pensamientos suicidas. * Ampliación de las alternativas de solución hasta que perciba más salidas que el suicidio. * Reflexión sobre sus valores y 			<p>pensamientos o signos de alarma que le pueden predisponer a las conductas problema. Asimismo, se incidirá en lo posible para afrontar las situaciones de crisis mediante la orientación hacia las habilidades sociales y búsqueda de vínculos afectivos (familiares y amigos) que potencien su integración social y reduzcan el aislamiento. El plan de generalización del programa de tratamiento se ha de iniciar cuando el individuo ha logrado un cambio objetivo y subjetivo evidente en las conductas objetivo del tratamiento acordadas tras el análisis funcional. En el caso de la ideación suicida, requiere que el plan se inicie cuando ya no aparezcan pensamientos suicidas o autolesivos (nivel de riesgo 0) al menos durante un mes y que el cliente maneje adecuadamente sus pensamientos y conductas ante las condiciones habituales de la vida. En esta fase, se pretende comprobar que el individuo se expone a situaciones más o menos</p>
--	--	--	---	--	--	--

			<p>enriquecer/reequilibrar su vida, así como fortalecer relaciones y mejorar apoyo social hasta que se muestre competente afrontando situaciones sociales difíciles.</p> <p>* Prevención de recaídas, ayudando al cliente a cambiar la espiral disfuncional o suicida por la funcional/adaptativa, trabajando en la resolución de pequeñas dificultades que puedan producirse con la ayuda de las habilidades adquiridas durante el tratamiento.</p>			<p>difíciles sin ayuda del psicólogo y tratamiento, siendo capaz de demostrar control y dominio ante el tipo de eventos o estímulos que al inicio del tratamiento generaban las conductas problema. En sesión se llevan a cabo conversaciones con el individuo sobre las dificultades que han aparecido (también con familiares si precisa) y registros de las conductas problema en días alternos y, a medida que se avanza en el seguimiento, pueden ser semanales, quincenales o mensuales. A medida que no ocurran las conductas problema, se recomienda de forma progresiva espaciar las sesiones del siguiente modo: sesiones a los 15 días, a los 21 días, al mes, a los 3 meses y a los seis meses. Si apareciera alguna conducta problema, tras identificar la magnitud y explicación/hipótesis, se recuperaría la frecuencia de sesiones anterior al menos durante dos sesiones (por ejemplo, si a los 21 días se identifican pensamientos suicidas u otra conducta problema</p>
--	--	--	--	--	--	--

							<p>relevante, se volverá a concertar sesiones a los 15 días y al mes), para confirmar qué ha cambiado y preparar un plan que mantenga los cambios hasta comprobar que se puede continuar con el distanciamiento de sesiones de seguimiento. No se dará por finalizado el tratamiento hasta al menos seis meses sin ideación suicida y riesgo 0.</p> <p>No se debe olvidar finalizar el tratamiento en congruencia con otros tipos de tratamiento en los que participe el cliente. En este sentido, debido a que la mayoría de los clientes habrán estado bajo control farmacológico, conviene realizar un seguimiento de la reducción de la medicación y reforzar su seguimiento hasta su terminación. Finalmente, conviene considerar la existencia de otro tipo de formato terapéutico (grupos de apoyo, centros de día) que podría favorecer el afianzamiento de logros en la persona.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---