

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

# Estrategias para la prevención del suicidio

Fecha de recibido:  
13 de junio de 2022.  
Fecha de aprobación:  
11 de octubre de 2022.

## Suicide prevention strategies / Estratégias de Prevenção do Suicídio

Yuly Paola Suárez Colorado<sup>1</sup>

### RESUMEN

La prevención del suicidio es un imperativo mundial, sin embargo, la divulgación de las medidas universales, selectivas e indicadas no es suficiente sin la evidencia de su efectividad. Esta revisión tiene como objetivo mostrar estrategias de salud pública para la prevención del suicidio, otras que ya son útiles y algunos programas multicomponentes que han dado resultado en ese sentido. El estudio del suicidio es relevante, pero no es posible establecer un único modelo predictivo, en consonancia, las estrategias de salud pública deben ser implementadas desde las características culturales, demográficas, sociales y económicas del entorno. Las políticas de prevención de suicidio alrededor del mundo contemplan diversas medidas, pero se requiere la implementación de las que sean más efectivas en cada contexto. Además, los actores sociales deben reconocer y promover las recomendaciones sobre el tema para la efectividad de la prevención.

**Palabras clave:** suicidio; prevención; salud mental; salud pública

### ABSTRACT

Suicide prevention is a global imperative; however, the dissemination of universal, selective and indicated measures is not enough without evidence of their effectiveness. This review aims to show public health strategies for suicide prevention, others that have already shown to be useful, and some multicomponent programs that have given positive results in this regard. The study of suicide is relevant, but it is not possible to establish a single predictive model. Accordingly, public health strategies must be implemented based on the cultural, demographic, social and economic characteristics of the environment. Suicide prevention policies around the world contemplate various measures, but the implementation of those that are most effective in each context is required. In addition, the social actors must recognize and promote the recommendations on the subject for the effectiveness of prevention.

**Keywords:** suicide; prevention; mental health; public health

### RESUMO

A prevenção do suicídio é um imperativo global, entretanto, a disseminação de medidas universais, seletivas e indicadas não são suficientes sem evidências de sua eficácia. Esta revisão visa mostrar estratégias de saúde pública para a prevenção do suicídio, outras que já são úteis e alguns programas multicomponentes que têm dado resultados nesse sentido. O estudo do suicídio é relevante, mas não é possível estabelecer um único modelo preditivo, portanto, estratégias de saúde pública devem ser implementadas com base nas características culturais, demográficas, sociais e econômicas do ambiente. As políticas de prevenção do suicídio ao redor do mundo contemplan diversas medidas, mas é necessária a implementação daquelas que são mais efetivas em cada contexto. Além disso, os atores sociais devem reconhecer e promover as recomendações sobre o tema para a efetividade da prevenção.

**Palavras-chave:** suicídio; prevenção; saúde mental; saúde pública

Forma de citar este artículo:  
Suárez YP. Estrategias para  
la prevención del suicidio.  
Med UPB. 2023;42(1):76-84.  
DOI:10.18566/medupb.v42n1.a10

<sup>1</sup> Universidad Cooperativa  
de Colombia. Santa  
Marta, Colombia.

Dirección de  
correspondencia:  
Yuly Paola Suárez Colorado.  
Correo electrónico: yuli.  
suarezcol@campusucc.  
edu.co

## INTRODUCCIÓN

La prevención del suicidio es un imperativo mundial fundamentado en la evidencia epidemiológica, las consecuencias negativas en la estructura familiar, las secuelas en las redes de amistad, los costos económicos y la posibilidad de que es prevenible<sup>1</sup>.

El suicidio es prevenible, pero no debe generar sentimientos de culpa en familiares, amigos o profesionales de la salud si no puede evitarse<sup>2</sup>, porque la compleja interacción de factores de riesgo psicológicos, biológicos, culturales, religiosos, sociales, económicos dificulta predecir su ocurrencia<sup>3</sup>. Las estrategias preventivas más frecuentes responden a los factores de riesgos, sin embargo, un factor no puede predecir en sí mismo este fenómeno<sup>4</sup>. Aunque se diseñan e implementan diversas estrategias para la prevención del suicidio en el mundo, es importante reconocer las más efectivas<sup>5</sup>. La revisión tiene como objetivo mostrar estrategias de prevención ante un problema de salud pública como el suicidio, las estrategias efectivas y los programas multicomponentes efectivos.

A continuación, se presentan las estrategias preventivas universales, selectivas e indicadas, diferenciadas por el momento de implementación ante la presencia del riesgo, evento o desenlace; asimismo, se muestra la información disponible sobre la efectividad y los programas de prevención basados en la evidencia. Las estrategias preventivas se fundamentan en la sistematización de organizaciones internacionales de salud, teniendo en cuenta los retos globales en salud pública para la prevención y los riesgos después de la pandemia de 2019-2021.

## TEMA CENTRAL

### Estrategias preventivas: universales, selectivas e indicadas

La prevención de la enfermedad a través de las categorías primaria, secundaria y terciaria ocupa un lugar importante en la epidemiología, medicina preventiva e incluso psicología de la salud<sup>6</sup>. En estos niveles preventivos, las acciones son implementadas antes, en presencia, o para minimizar el deterioro de la enfermedad; no obstante, las categorías primaria, secundaria y terciaria podrían sugerir orden o prioridad, aunque estas solo correspondan a una descripción. Este enfoque propone sustituir las tradicionales categorías a medidas, acciones o intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas<sup>7</sup>.

- Estrategias universales: son acciones para la población general, con dirección variable de un profesional de la salud.

- Estrategias selectivas: son acciones para grupos de alto riesgo, dirigidas por un profesional de la salud.
- Estrategias indicadas: acciones para personas que manifiestan el factor de riesgo a través de un examen o exploración física, dirigidas por un profesional de la salud.

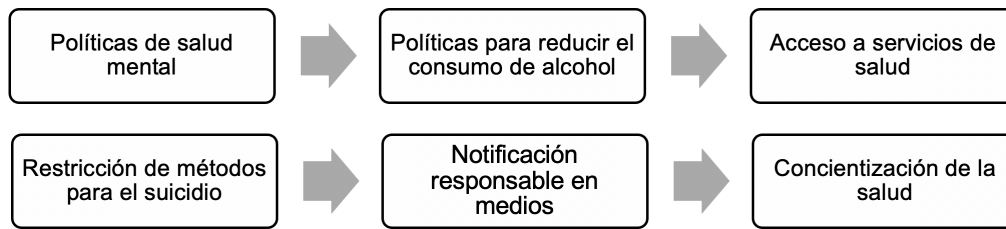
### Estrategias universales para la prevención del suicidio

Las medidas universales están dirigidas a población general para potencializar la salud (Figura 1). Su finalidad es reducir el riesgo para el suicidio a través de políticas de salud mental, políticas para disminuir el consumo de alcohol, acceso a servicios de salud, restricción de métodos para el suicidio, notificación responsable en medios, concientización de la salud, trastornos debido a sustancias y suicidio<sup>1</sup>.

**Políticas de salud mental.** Los países deben diseñar sus políticas de acuerdo con cuatro objetivos: gobernar y liderar de forma eficaz a favor de la salud mental, suministrar los servicios de salud integrales en los entornos comunitarios, implementar estrategias de promoción-prevenición en salud mental y consolidar sistemas de información para el registro de eventos. Las estrategias nacionales de prevención son relevantes en la medida en que convierten la prevención en una prioridad, garantizan implementación independiente de los recursos, comprometen al trabajo intersectorial, reconocen el problema contextual, atienden a la diversidad cultural, recurren a prácticas científicas y requieren de recursos económicos sostenibles. Algunos países no implementan estrategias nacionales, pero sí programas de prevención para entornos específicos, programas dispersos o programas integrados a otras políticas<sup>8</sup>.

Las estrategias están conformadas por la vigilancia epidemiológica, la restricción de métodos, los medios de difusión, acceso a servicios, capacitación/educación a diferentes actores, tratamiento, intervención en crisis, intervención posterior, concientización, reducción del estigma y coordinación del sistema de salud<sup>8</sup>.

**Políticas para reducir el consumo de alcohol.** Las políticas para reducir el consumo problemático o abusivo de alcohol pueden ayudar en la prevención del suicidio. Algunas estrategias fomentan la concientización, las acciones del sistema de salud, acciones comunitarias, políticas de tránsito y movilidad, acceso y comercialización de bebidas alcohólicas, reducción de los daños o riesgo del consumo o intoxicación, vigilancia, acceso a servicios de salud. Las estrategias deben considerar el riesgo específico de la población a la que se van a dirigir las acciones<sup>9</sup>.

**Figura 1.** Estrategias universales para la prevención del suicidio

**Acceso a la atención en salud.** El acceso, la efectividad e inmediatez en la atención a individuos con trastornos mentales y por abuso de sustancias es importante. El tratamiento a las diversas condiciones psicopatológicas relacionadas con el suicidio es una sustancial estrategia de prevención desde el sistema de salud<sup>10</sup>. No obstante, también incluye mejorar las prácticas institucionales para incrementar el conocimiento en los servicios de salud y de la salud mental<sup>11</sup>.

**Restricción de métodos para suicidio.** La restricción a métodos es reconocida en la mayoría de las estrategias nacionales de la salud pública, una medida impartida por los profesionales de salud y una recomendación desde la práctica clínica para la familia. Este mecanismo permite la reflexión del individuo ante la contemplación del suicidio. Los entornos seguros deben proporcionarse a las personas con potencial riesgo de suicidio, a través de la restricción de plaguicidas, armas de fuego, agentes farmacológicos, gases tóxicos, puentes, edificios y ferrocarriles<sup>12</sup>. Las políticas son importantes en la limitación de estos elementos. Algunos países tienen regulaciones en la comercialización y uso de armas, plaguicidas, fármacos y gases, en caso contrario, la educación en la eliminación segura<sup>13</sup>.

**Notificación responsable o difusión.** El manejo adecuado de la información sobre suicidios en los medios de comunicación es una estrategia eficaz. Las noticias deben evitar los detalles del acto suicida, la exaltación de suicidio como salida, informar acerca de las señales de riesgo para el suicidio, los tratamientos y redes de atención o líneas de ayuda<sup>1</sup>. Es necesaria más investigación sobre los mensajes difundidos para la prevención del suicidio,

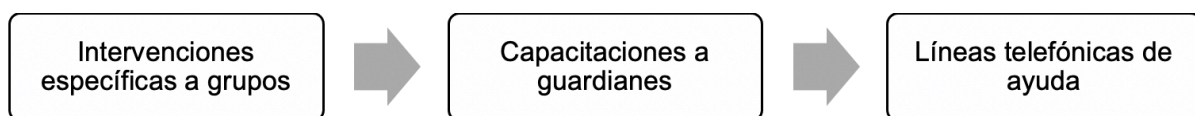
específicamente el efecto en los diferentes grupos de riesgo de suicidio<sup>14</sup>.

**Concientización de la salud, trastornos debido a sustancias y suicidio.** La sensibilización sobre la salud mental puede reducir el estigma/actitudes negativas hacia los trastornos mentales y promueve la búsqueda de ayuda o acceso a la atención en salud<sup>15</sup>. Concientizar no reduce los suicidios, pero favorece las actitudes de la comunidad para abrir espacios de reflexión. Los mensajes para sensibilizar deben ser apropiados de acuerdo con la población y pueden difundirse por televisión, prensa, internet, redes sociales o carteles<sup>16</sup>.

### *Estrategias selectivas para la prevención del suicidio*

Las medidas selectivas están enfocadas en grupos de riesgo o vulnerables con características diferenciales como la edad, sexo, ocupación, antecedentes familiares, biológicos, psicológicos, eventos estresantes, entre otros. Los grupos de riesgo receptores de las medidas selectivas en algunas ocasiones no presentan historial o registro actual de comportamientos suicidas, pero sí manifiestan alto riesgo<sup>1</sup>. Las estrategias selectivas corresponden a intervenciones específicas a grupos, capacitaciones a guardianes y líneas telefónicas de ayuda (Figura 2).

**Intervenciones a grupos vulnerables.** Algunos grupos poblacionales presentan mayor riesgo para el suicidio, aunque es necesario una evaluación acerca de estos individuos ante comportamientos suicidas. A continuación, algunos ejemplos: exposición a la violencia y desastres; refugiados, migrantes, pueblos indígenas, prisioneros; población

**Figura 2.** Estrategias selectivas para la prevención del suicidio.

sexualmente diversa como lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales y familiares; escolares y comunidades cercanas a una víctima de suicidio<sup>1</sup>.

**La exposición a la violencia y desastres.** Las experiencias adversas en la infancia son consistentes factores de riesgo para el suicidio, y pocas veces hay un enfoque de prevención para estos casos. Los grupos caracterizados por únicas o múltiples victimizaciones necesitan intervención centrada en fortalecer los lazos sociales<sup>17</sup>, teniendo en cuenta que las intervenciones generalmente abordan un sistema de ecología social. La prevención del suicidio, ante la exposición a violencia o desastres, demanda de un enfoque integral desde la familia, individuo, escuela, comunidad, organizaciones, entre otros, en particular para mitigar las secuelas negativas de la adversidad temprana<sup>18</sup>.

**Refugiados y migrantes.** Aunque no son frecuentes los registros sistemáticos de estrategias de prevención para los refugiados y migrantes, deben considerarse las diferencias culturales en la comunicación de señales de alerta y la necesidad de intervención a grupos culturales específicos<sup>19</sup>. La alfabetización en salud mental a guardianes (personas que puedan identificar a alguien en riesgo de suicidio) puede ser funcional en grupos de refugiados y migrantes, en especial ante la escasez de profesionales de salud mental en los campamentos de refugiados<sup>20</sup>.

**Pueblos indígenas.** Intervención educativa culturalmente adaptada para reducir sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad al suicidio<sup>21</sup>. La intervención de habilidades para la vida en indios americanos, adaptada para diferentes tribus estadounidenses es reconocida por una práctica basada en la evidencia en el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en Evidencia de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias<sup>22</sup>.

**Prisioneros.** La intervención preventiva en abuso de sustancias psicoactivas, las acciones para mejorar la salud mental y el tamizaje de comportamientos suicidas son pertinentes en contextos carcelarios<sup>23</sup>. Algunos registros informan la importancia del entrenamiento en salud mental para quienes atienden a la población carcelaria. Las prácticas positivas relacionadas con la construcción de vínculos, aunque no se implementan formalmente deben estimarse en los programas de prevención, así como la disminución de barreras para acceder a los servicios de salud mental ante el riesgo de suicidio<sup>24</sup>.

**Población sexualmente diversa.** Intervención en factores de riesgo tales como trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas, estigmatización, prejuicios y discriminación individual e institucional<sup>25</sup>. Las estrategias de prevención en población LGBTI generalmente no tienen prueba de su eficacia<sup>26</sup>.

**Familiares, escuelas, comunidades.** Promoción de la creación de grupos de apoyo e intervención ante los efectos emocionales inmediatos de situaciones difíciles, como depresión, ansiedad y desesperación<sup>27</sup>. Aunque las medidas universales son eficaces, porque un enfoque orientado a la población podría reducir la probabilidad de factores de riesgo significativos a mayor escala<sup>28</sup>, las medidas selectivas en los microsistemas serían más eficaces, al determinar con alta precisión el riesgo de suicidio en individuos específicos<sup>29</sup>.

**Capacitación de guardianes.** Un guardián es toda persona que pueda identificar a alguien en riesgo de suicidio, por ejemplo: proveedores de servicios en salud, docentes, personal de escuelas, líderes comunitarios, militares, oficiales de policías, bomberos, trabajadores sociales, líderes religiosos o espirituales, personal y administradores de recursos humanos<sup>30</sup>.

Los individuos en riesgo de suicidio pocas veces solicitan ayuda, por esta razón los programas que capacitan guardianes son estrategias que promueven conocimientos, actitudes, aptitudes para identificar, evaluar el nivel de riesgo y dirigir hacia la atención por un profesional especializado<sup>1</sup>.

**Líneas telefónicas de ayuda.** El apoyo social y la atención profesional son indispensables, especialmente en momento de crisis. Las líneas telefónicas de ayuda son importantes cuando el individuo no tiene acceso al apoyo social o atención profesional. No son suficientes los estudios para verificar la eficacia de esta estrategia, pero es útil en casos de inminente intencionalidad suicida<sup>31,32</sup>.

### *Estrategias indicadas para la prevención del suicidio*

Las medidas indicadas centran las acciones en individuos vulnerables que manifiestan riesgo para suicidio, por ejemplo: intentos de suicidios previos, autolesiones no suicidas o ideación suicidas, entre otros (Figura 3). En este grupo, las estrategias son el seguimiento, apoyo

**Figura 3.** Estrategias indicadas para la prevención del suicidio.



comunitario, evaluación y manejo de comportamientos suicidas, así como de trastornos debido a sustancias<sup>1</sup>.

**Seguimiento y apoyo comunitario.** El seguimiento a los pacientes posterior a la hospitalización es una estrategia de bajo costo, que permite la supervisión y la adherencia al tratamiento, así mismo, la familia y comunidad pueden participar de la medida preventiva al brindar el apoyo al paciente durante la recuperación<sup>33</sup>. En el seguimiento y apoyo familiar, comunitario y profesional pueden ser útiles las diferentes tecnologías de la información y comunicación (TIC)<sup>34</sup>.

**Evaluación y manejo de trastornos mentales, trastornos debido a sustancias, y comportamientos suicidas.** La evaluación de los trastornos mentales, trastornos debido a sustancias y comportamientos suicidas es prioritaria para la prevención. Así mismo, la evaluación integral es necesaria para reconocer la presencia de trastornos y otros factores de riesgo: asimismo, es fundamental ante el reporte de ideación, plan de ejecución, intencionalidad suicida o lesiones autoinfligidas no suicidas<sup>32</sup>.

Toda la información derivada de entrevistas clínicas debe contrastarse con otros métodos<sup>34</sup>. Para evaluar y manejar estos eventos, los profesionales de la salud necesitan capacitación permanente para apoyar, manejar factores de riesgo, afrontar comportamientos suicidas y evaluar de forma integral a los pacientes en urgencias. Esto con el fin de para fortalecer los conocimientos y experiencia en salud mental, eliminar la estigmatización, apoyar a los psiquiatras y demostrar habilidades para entrevistar<sup>1</sup>.

### *Estrategias efectivas para la prevención del suicidio*

Las estrategias más efectivas de acuerdo con la evidencia son las acciones de políticas de salud pública como la restricción de métodos y la prevención basada en la escuela. Desde el cuidado de la salud, las estrategias más efectivas son el tratamiento farmacológico o psicoterapéutico para la depresión, así también el acceso a la atención en salud<sup>5,35</sup>.

Es importante realizar más investigación sobre la efectividad de otras estrategias de prevención como la educación a médicos de atención primaria, el tamizaje en la atención primaria, entrenamiento a guardianes, capacitaciones a medios de comunicación, intervenciones *online* y líneas de ayuda<sup>5</sup>. A pesar de que faltan estudios, la educación continuada a los médicos ha mostrado ser efectiva para el tratamiento de la depresión<sup>4</sup>.

Algunos modelos multicomponentes efectivos para la prevención del suicidio

**Zero Suicide.** La implementación de medidas basadas en la evidencia es fundamental para alcanzar los objetivos globales para la prevención. A continuación, se describe

el modelo *Zero Suicide* (ZS) de la Alianza de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio en Estados Unidos, diseñado con las mejores prácticas clínicas basadas en los hallazgos<sup>36</sup>.

El modelo ZS presenta un enfoque multinivel para la prevención del suicidio desde el sistema de salud, conformado por cuatro componentes en la atención, los tres más importantes son: evaluar, intervenir, monitorear. Además de tres elementos para entrenar a profesionales de la salud: liderazgo, formación y medición de resultados para la mejora<sup>37</sup>.

**Evaluar.** Corresponde a la identificación del riesgo general para el suicidio. Esta evaluación debe realizarse a través de instrumentos válidos y confiables para la identificación de pensamientos, intentos y autolesiones no suicidas pasadas y actuales, además de discriminar la intensidad o gravedad del riesgo. De igual forma, es relevante la capacidad predictiva de las medidas para predecir los comportamientos suicidas de forma longitudinal y evaluar, a partir de la biografía, factores de riesgo y protectores. De acuerdo con el caso, la evaluación de los comportamientos suicidas y factores de riesgo-protectores demanda un enfoque de seguridad para el paciente<sup>37</sup>.

**Intervenir.** La intervención se realiza a partir de terapias o técnicas ante el riesgo inminente. Las terapias cognitivo-conductual y dialéctica-conductual son tratamientos basados en la evidencia que reducen el riesgo en determinados grupos poblacionales y son eficaces ante la precipitación del acto suicida<sup>38</sup>. La terapia cognitiva-breve es eficaz para la ideación, intentos y repetición de intentos suicidas<sup>39</sup>.

Por otra parte, intervenciones breves como el plan de seguridad, conformado por restricción de métodos, resolución de problemas, habilidades de afrontamiento, apoyo social y acceso a contactos de emergencias, son eficaces en una crisis suicida<sup>40,41</sup>. Así también, la planificación de respuesta ante una crisis como intervención breve puede ser efectiva ante el riesgo inmediato. El individuo deberá registrar en tarjetas los pasos para identificar el riesgo personal, los recursos de afrontamiento, apoyo y servicios al profesional de salud<sup>40</sup>.

En síntesis, este componente integra los planes de seguridad, estrategias de afrontamiento y soporte e intervenciones específicas.

**Monitorear.** Refiere a las acciones de seguimiento al retiro del servicio de urgencias. Intervenciones breves informativas y el contacto de seguimiento o redes multidisciplinarias son efectivos para la repetición de intentos suicidas, reducción de pensamientos suicidas y promoción de la esperanza<sup>42</sup>. El seguimiento por diversos medios como teléfono, postal, correo electrónico, mensaje de texto o en persona demuestra ser positivo.



El monitoreo debe ser flexible, consistente, permanente ante el alto riesgo, y debe involucrar a la familia, pares y asistencia clínica<sup>43,44</sup>.

**Liderazgo, formación y medición.** En las medidas preventivas basadas en evidencia es fundamental la formación de los profesionales de la salud. El liderazgo, el entrenamiento y la mejora son relevantes ante el riesgo fluctuante en el tiempo, por ejemplo, la ideación suicida, desesperanza o soledad pueden ser variables en horas o días; los pensamientos de suicidio pueden ser irregulares antes del intento autolesivo y la persistencia de la ideación puede predecir futuros intentos<sup>45,46</sup>.

Por otra parte, el entrenamiento permanente de los profesionales permite la implementación de técnicas productivas<sup>46</sup>. Los habituales contratos de no suicidio, es decir, el compromiso firmado del paciente de posponer el acto o de buscar ayuda ante la intencionalidad del ejecutar el acto necesitan mayor investigación<sup>47</sup>. A través del entrenamiento, los profesionales pueden implementar protocolos sistemáticos y evaluar los resultados para la mejora continua.

*Life is for everiyone* (LIFE). Para programas multinivel como *Life is for everiyone*, (LIFE) es fundamental mejorar la comprensión del suicidio y la evidencia para la prevención, fortalecer la resiliencia y la autoayuda, generar actividades específicas para la prevención, robustecer las capacidades de las comunidades en la prevención resiliencia, ejecutar acciones coordinadas y medidas de calidad para la prevención.

Este programa propicia redes entre académicos, investigadores, profesionales de la salud, proveedores de servicios, líderes comunitarios, responsables políticos; además, a través de la comunicación estratégica se accede a los recursos para fortalecer las capacidades de estas comunidades en la prevención del suicidio<sup>48</sup>.

*LifeSpan*. Otro programa multinivel es el *LifeSpan*, diseñado por el Black Dog Institute y el Centro Nacional de Investigación en Salud y Medicina del Consejo Australiano de Excelencia en Prevención del Suicidio<sup>37</sup>. *LifeSpan* se fundamenta en las intervenciones y acciones coordinadas de los entes gubernamentales<sup>49</sup>. Está conformado por varios componentes: auditar datos locales, revisar los servicios y actividades, implementar medidas de seguridad (restringir métodos), reconocer el propósito de la difusión en medios, capacitar al personal para identificación de riesgos, mejorar competencia de trabajadores para atender crisis suicidas, capacitar a la comunidades, promover la búsqueda de ayuda y resiliencia en las escuela, utilizar tratamientos basados en la evidencia, fortalecer el seguimiento a casos, establecer soporte durante la recuperación, involucrar a la comunidad, generar oportunidades de cambio y activar acciones coordinadas de los entes territoriales<sup>37</sup>.

Los programas de prevención deben considerar las características evolutivas de la población objetivo, la capacitación del personal profesional, la inversión en materiales y equipos, además de los aspectos culturales de la población objetivo<sup>50</sup>. Sin embargo, diversos autores insisten en la necesidad de mejorar la comprensión de un fenómeno multiforme (riesgo, ideación suicida, autolesión no suicida, intentos de suicidio, suicidio consumado), multifactorial (factores asociados), multicontextual (comunidades diversas), especialmente, en profundizar los vacíos de la trayectoria y los mecanismos de transición entre una forma de comportamiento suicida a otra<sup>51,52</sup>. Este conocimiento podría ayudar a entender las condiciones que predicen los intentos con fines suicidas en tiempo real<sup>53</sup>.

## CONCLUSIONES

Es importante implementar estrategias efectivas para la prevención del suicidio, así como el conocimiento de medidas generales en los diferentes contextos para un abordaje integral e integrador. La prevención es necesaria en el nivel individual, relacional, comunitario y social, por esta razón es necesario recordar algunas recomendaciones generales para actores sociales como consejeros, médicos generales, medios de comunicación, y profesores. La alfabetización en salud mental es inicialmente primordial para una estrategia global de prevención del suicidio.

Los consejeros deben considerar la red de apoyo del paciente, restringir métodos, evaluar el riesgo en la entrevista, clasificar el riesgo y realizar prescripción de acuerdo con la evaluación. Es relevante explorar la letalidad en la idea o intención y tomar decisiones para la gestión de la crisis<sup>54</sup>. Por otra parte, los estudios reflejan que entre el 40%60% de suicidas consultan a un médico el mes anterior. Los médicos generales pueden identificar la ambivalencia, rigidez o aceptación sobre el pensamiento suicida, evaluar el sistema de apoyo, implementar un contrato de no suicidio y remitir al especialista<sup>55</sup>.

Un aspecto relevante en la prevención del suicidio corresponde a la comunicación. El efecto Werther hace referencia a la imitación suicida<sup>56</sup> a través del impacto de las noticias televisivas sobre suicidios de modelos o referentes sociales, diversas estrategias discutidas son útiles para prevenir este efecto. A la hora de implementar estrategias hay que considerar que diversas fuentes, como internet, contiene información que facilita la preparación para ejecutar el plan, aunque otros colaboran a la prevención<sup>57</sup>. Los medios de comunicación deben considerar no publicar fotografías o notas suicidas, no informar detalladamente sobre el método o presentar al suicidio como una dicotomía de valentía o cobardía; por el contrario, pueden publicar información sobre líneas

telefónicas de ayuda y servicios de salud mental, anunciar sobre las señales de riesgo suicida, así como resaltar alternativas diferentes al suicidio<sup>56</sup>.

Los profesores u otros actores educativos deben estar atentos a los cambios como descenso en el rendimiento académico, baja motivación y esfuerzo, comportamiento inadecuado en el salón de clases, ausentismo, consumo de sustancias psicoactivas, individuos que atraviesan experiencias adversas como problemas familiares, separaciones o pérdidas, de amigos, pareja, entre otros, conflictos interpersonales/intrapersonales, presión de grupos, victimización, fracaso escolar, altas exigencias académica, problemas disciplinarios, embarazo no deseado, aborto, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad física grave, desastres naturales, entre otros<sup>58</sup>.

Cuando el suicidio se presenta en el contexto escolar, se recomienda proporcionar apoyo y orientación tanto a la familia como a los miembros de la comunidad<sup>58</sup>. Es indispensable el tamizaje periódico del riesgo en las comunidades educativas, promover la salud mental positiva, fortalecer la expresión emocional, prevenir el acoso escolar, mejorar las habilidades docentes para identificar riesgos, proporcionar información acerca de

los servicios de salud mental, restringir métodos y remitir a un profesional especializado<sup>59</sup>.

Desde un enfoque de salud pública, se requiere implementar medidas efectivas, teniendo en cuenta la ecología social. La efectividad de las estrategias de prevención requiere de continuo estudio, especialmente las estrategias de prevención dirigidas a grupos de riesgo como prisioneros, población sexualmente diversa y refugiados o migrantes, dado que la evidencia es escasa.

Finalmente, los diversos actores deben considerar las recomendaciones generales de prevención. Por su parte, las políticas deben orientar en medidas efectivas en contexto y desde una perspectiva sindémica<sup>60</sup>. Aún más, es necesaria la investigación científica, el desarrollo tecnológico e innovación para responder ¿es el suicidio prevenible? o ¿algunos suicidios son prevenibles?

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Adalberto Campo por sus recomendaciones.

## CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. Ginebra: OMS. 2014. [Consultado 3 junio de 2020]. Disponible en [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/es/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/)
2. Pridmore S, Pridmore W. Not all suicide is preventable. *Asian J Psychiatr*. 2018;36(5):8-9.
3. Arafat SMY. Not all suicide is preventable: a letter to the editor. *Asian J Psychiatr*. 2018;36(7):19.
4. Mann J, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064-74.
5. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017; 27(4):
6. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*. 2011;33(1): 7-11.
7. Gordon Jr, R. S. An operational classification of disease prevention. *Public health reports*. 1983;98(2):107.
8. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [internet]. Ginebra: OMS. 2013. [Consultado 5 de junio de 2020]. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506>
9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [internet]. Ginebra: OMS. 2010. [Consultado 5 de junio de 2020]. Disponible en [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbabcstrategies.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbabcstrategies.pdf)
10. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH, et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *J Prev Med Public Health*. 2013;46(3):147-54.
11. World Health Organization Regional Office for Europe. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: 2013. Recuperado de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
12. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 2012;379(9834):23-93.
13. Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, Fernando R, Hutchinson G, Isbister G, et al. Pesticide poisoning in the developing world—a minimum pesticides list. *Lancet*. 2002;360(9340):1163-167.
14. Ftanou M, Cox G, Nicholas A, Spittal M, Machlin A, Robinson J, et al. Suicide prevention public service announcements (PSAs): Examples from around the world. *Health Commun*. 2017;32(4):493-501.

15. Reynders A, Kerkhof A, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(2): 231–39.
16. Matsubayash T, Sawada Y, Ueda M. The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. *J Affect Disord.* 2014;152(154): 526-29.
17. Jankovic J, Bremner S, Bogic M, Lecic-Tosevski D, Ajdukovic D, Franciskovic T. Trauma and suicidality in war affected communities. *Eur Psychiatry.* 2013;28(8): 514–20.
18. Ports KA, Merrick MT, Stone DM, Wilkins NJ, Reed J, Ebin J, et al. Adverse childhood experiences and suicide risk: Toward comprehensive prevention. *American journal of preventive medicine.* 2017;53(3): 400-3.
19. Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in immigrants: an overview. *Open J Med Psychol.* 2013;2:124–33.
20. Kavalidou K. Brief mental-health training as a suicide intervention in Greek refugee camps. *Scandinavian J Public Health.* 2020;48(6): 581-82.
21. Clifford AC, Doran CM, Tsey KA. Systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous people-es in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC public health.* 2013;13(1):463.
22. LaFromboise TD. Plan de estudios de desarrollo de habilidades para la vida de los indios americanos, Madison, WI, EE. UU.: University of Wisconsin Press. 1996.
23. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(11):1721–31.
24. Cluley E. Preventing prison suicide: Staff perspectives. *Probation Journal.* 2017; 64(2):158-60.
25. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J, et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *J Adolesc Health.* 2011;49(2):115–23.
26. Whitaker K, Shapiro VB, Shields JP. School-based protective factors related to suicide for lesbian, gay, and bisexual adolescents. *Journal of Adolescent Health.* 2016;58(1):63-8.
27. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programmes: A systematic review. *Can J Public Health.* 2011;102(1):18–29.
28. Sher L. Is it time to employ Rose's theorem to prevent suicide? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2019;53: 381–91.
29. Mulder R. Thinking around suicide. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2019;53(4):377-8.
30. Matthieu M. Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high risk population. *Ment Health Subst Use.* 2013;6(4):274–86.
31. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):338–52.
32. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada: versión 1.0 [internet]. Ginebra: OMS. 2011. [Consultado 5 Junio de 2020]. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf)
33. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):703–09.
34. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry.* 2012;27(2):129–41.
35. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(7):646-59.
36. Brodsky B, Spruch-Feiner A, Stanley B. The Zero suicide Model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Front. Psychiatry.* 2018;9(33):1-7.
37. Bakker S, Nicholas J, Shand F, Green R, Christensen H. A comparison of multi-component systems approaches to suicide prevention. *Australas. Psychiatry.* 2018;26(2):128-31.
38. Brown G, Karlin B, Trockel M, Gordienko M, Yesavage J, Taylor C. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for veterans with depression and suicidal ideation. *Arch Suicide Res* 2016;20(4):677-82.
39. Rudd M, Bryan C, Wertemberger E, Peterson A, Young-McCaughan S, Mintz J, et al. Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2015;172(5): 441-9.
40. Florentine J, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *J Health Soc Sci.* 2010;70(10):1626-32.
41. Bryan CJ, Mintz J, Clemans TA, Leeson B, Burch TS, Williams SR, et al. Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in US Army soldiers: A randomized clinical trial. *J Affect Disord.* 2017;212(4):64-72.
42. Chen H, Mishara BL, Liu XX. A pilot study of mobile telephone message interventions with suicide attempters in China. *Crisis.* 2010;31(2):109-12.



43. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*. 2013;34(1):32-41.
44. Kleiman EM, Turner BJ, Fedor S, Beale EE, Huffman JC, Nock MK. Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *J Abnorm Soc Psychol*. 2017;126(6): 726-38.
45. Kleiman EM, Nock MK. Real-time assessment of suicidal thoughts and behaviors. *Curr Opin Psychol*. 2018;22:33-7.
46. Roush JF, Brown SL, Jahn DR, Mitchell SM, Taylor NJ, Quinnett P, et al. Mental health professionals' suicide risk assessment and management practices. *Crisis*. 2017;39: 55-64.
47. McMyler C, Pryjmachuk S. Do 'no-suicide' contracts work? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15(6):512-22.
48. Australian Government Department of Health and Ageing. *Living is For Everyone (LIFE): A framework for prevention of suicide in Australia*. Canberra: Commonwealth of Australia. 2007.
49. Black Dog Institute. *LifeSpan annual report* [internet]. 2016. [Consultado 5 junio de 2020]. Disponible [www.lifespan.org.au/wp-content/uploads/2017/03/LifeSpanAnnualReport\\_V4.compressed.pdf](http://www.lifespan.org.au/wp-content/uploads/2017/03/LifeSpanAnnualReport_V4.compressed.pdf)
50. Arias A. Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Rev Vanguard Psicol*. 2012;3(2):215-25.
51. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U, Gadola E, Bopp M, Lauber C, et al. Changing times: A longitudinal analysis of international firearm suicide data. *Am J Public Health*. 2006;96(10):1752-5.
52. Naifeh JA, Ursano RJ, Kessler, RC, Zaslavsky AM, Nock MK, Dempsey CL, et al. Transition to suicide attempt from recent suicide ideation in US Army soldiers: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Depression and Anxiety*. 2019;36(5):412-22.
53. Nock MK, Ramirez F, Rankin O. Advancing our understanding of the who, when, and why of suicide risk. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(1):11-2.
54. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio: recurso para consejeros* [internet]. Ginebra: OMS. 2006. [Consultado 6 junio de 2021]. Disponible [https://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf)
55. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas*. [internet]. Ginebra: OMS. 2001a. [Consultado 6 junio de 2020]. Disponible en [https://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1)
56. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación* [internet]. Ginebra: OMS. 2001b. [Consultado 6 junio de 2020]. Disponible [https://www.who.int/mental\\_health/media/media\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf)
57. Dunlop S, More E, Romer D. Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(10):1073-9.
58. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra: OMS. 2001c. [Consultado 6 junio de 2020]. Disponible en [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/63.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf)
59. Thompson EA, Eggert LL, Herting JR. Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30(3):252-71.
60. Campo-Arias A, Suárez-Colorado Y. Es el suicidio un evento prevenible. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2019;51(3):197-9.