



Prevención del suicidio:

Paquete técnico de políticas,
programas y prácticas

National Center for Injury Prevention and Control
Division of Violence Prevention





Prevención del suicidio:

Paquete técnico de políticas, programas y prácticas

Autores:

Deb Stone, ScD, MSW, MPH

Kristin Holland, PhD, MPH

Brad Bartholow, PhD

Alex Crosby, MD, MPH

Shane Davis, PhD

Natalie Wilkins, PhD

2017

División de Prevención de la Violencia
Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Atlanta, Georgia



Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Anne Schuchat, MD (RADM, USPHS), directora interina

Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones
Debra E. Houry, MD, MPH, directora

División de Prevención de la Violencia
James A. Mercy, PhD, director

Citación sugerida:

Stone, D.M., Holland, K.M., Bartholow, B., Crosby, A.E., Davis, S., and Wilkins, N. (2017). *Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices*. Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.



Contents

| | |
|---|----|
| Agradecimientos | 5 |
| Revisores externos | 5 |
| Reseña | 7 |
| Fortalecimiento de los apoyos económicos | 15 |
| Fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación | 19 |
| Creación de ambientes protectores | 23 |
| Fomento de la conexión | 27 |
| Enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas | 31 |
| Identificación de personas en riesgo y provisión de apoyo | 35 |
| Reducción de daños y prevención de riesgos futuros | 41 |
| Participación de los sectores | 43 |
| Monitoreo y evaluación | 45 |
| Conclusión | 47 |
| Referencias | 49 |
| Apéndice: Resumen de estrategias y enfoques para la prevención del suicidio | 58 |





Agradecimientos

Deseamos agradecer a las siguientes personas, que contribuyeron de maneras específicas con la preparación de este paquete técnico. Agradecemos en particular a Linda Dahlberg por su visión, orientación y apoyo a lo largo de la creación de este paquete. Asimismo, agradecemos a los directivos de la división, el centro y los CDC por su cuidadosa revisión y las útiles observaciones que nos brindaron en las versiones anteriores de este documento. Le agradecemos a Alida Knuth por su pericia en el formateo y diseño. Y por último, queremos dar las gracias y expresar nuestra gratitud a todos los revisores externos por sus útiles observaciones, el apoyo que nos mostraron y el ánimo que nos dieron para la creación de este recurso.

Revisores externos

Casey Castaldi
Prevention Institute

Carmen Clelland
Oficina de Apoyo Estatal, Tribal, Local y Territorial
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Amalia Corby-Edwards
Asociación Estadounidense de Psicología

Rachel Davis
Prevention Institute

Pamela End of Horn
Sede del Servicio de Salud para Indígenas

Craig Fisher
Asociación Estadounidense de Psicología

Keita Franklin
Departamento de Defensa

Jill M. Harkavy Friedman
Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio

Jarrod Hindman
Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado

Linda Langford
Education Development Center, Inc.

Richard McKeon
Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias

Doreen S. Marshall
Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio

Christine Moutier
Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio

Jason H. Padgett
Education Development Center, Inc.

Jerry Reed
Education Development Center, Inc.

Dan Reidenberg
Suicide Awareness Voices for Education (SAVE)

Christine Schuler
Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Morton Silverman
Education Development Center, Inc.

Ellyson Stout
Education Development Center, Inc.

Hope M. Tiesman
Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Se cita el nombre de los expertos anteriores con la afiliación que tenían al momento de la revisión de este documento.





Reseña

Este paquete técnico presenta un grupo selecto de estrategias basadas en la mejor evidencia disponible, para ayudar a las comunidades y los estados a centrar su enfoque en las actividades de prevención que tienen el mayor potencial para prevenir el suicidio. Estas estrategias incluyen el fortalecimiento de los apoyos económicos; el fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación; la creación de ambientes protectores; el fomento de la conexión; la enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas; identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo; y reducción de los daños y prevención del riesgo futuro. En este paquete se incluyen estrategias que se enfocan en prevenir el riesgo de suicidio en primer lugar, así como enfoques cuyo objetivo es reducir los daños inmediatos y a largo plazo del comportamiento suicida en las personas, las familias, las comunidades y la sociedad. Las estrategias contenidas en este paquete técnico apoyan las metas y los objetivos del informe *Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio*¹ y la prioridad de fortalecer la prevención a nivel de comunidad conferida por la Alianza Nacional de Acción para la Prevención del Suicidio.² La implementación exitosa de este paquete se puede lograr mediante el compromiso, la cooperación y el liderazgo de diversos sectores, entre ellos, los de salud pública, educación, justicia, atención médica, servicios sociales, comercio, trabajo y gobierno.

¿En qué consiste un paquete técnico?

Un paquete técnico es la recopilación de un conjunto básico de estrategias para reducir un factor de riesgo o resultado específico y mantener esa reducción.³ Los paquetes técnicos ayudan a las comunidades y a los estados a dar prioridad a las actividades de prevención con base en la mejor evidencia disponible. Este paquete técnico tiene tres componentes. El primer componente son las **estrategias** (o la dirección o medidas preventivas) para lograr la meta de prevenir el suicidio. El segundo componente son los **enfoques**. Los enfoques incluyen las formas específicas de impulsar las estrategias. Este impulso se puede lograr a través de *programas, políticas y prácticas*. Y como tercer componente se incluye para cada enfoque la **evidencia** sobre la prevención del suicidio o los factores de riesgo relacionados. Este paquete tiene el objetivo de servir como recurso para orientar y fundamentar la toma de decisiones relativas a la prevención, tanto en las comunidades como en los estados.

La prevención del suicidio es una prioridad

El suicidio, conforme la definición de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), es parte de una clase más amplia de comportamientos denominada *violencia autoinfligida*. Se entiende por violencia autoinfligida un comportamiento dirigido hacia uno mismo, cuyo resultado deliberado es la lesión o el *potencial* de causar una lesión.⁴ Esta violencia autoinfligida puede ser de carácter *suicida* o *no suicida*. Para los fines de este documento, nos referimos solamente a aquellos comportamientos que tienen por objetivo el suicidio:

- **Suicidio** es la muerte causada por un comportamiento perjudicial dirigido hacia uno mismo, adoptado con la intención de morir a causa de dicho comportamiento.
- **Intento de suicidio** se define como un comportamiento *no mortal*, potencialmente perjudicial, dirigido hacia uno mismo, adoptado con la intención de morir a causa de dicho comportamiento. Los intentos de suicidio pueden o no tener como resultado una lesión.

La prevalencia del suicidio es alta. El suicidio presenta un desafío importante para la salud pública en los Estados Unidos y en el mundo. Contribuye a la muerte prematura, la morbilidad, la pérdida de productividad y a costos en términos de atención médica.^{1,5} En el 2015 (el año más reciente para el cual se tienen datos de muertes), el suicidio fue responsable de 44 193 muertes en los Estados Unidos, lo cual se traduce a aproximadamente 1 muerte cada 12 minutos.⁶ También en el 2015, el suicidio fue la 10.^a causa principal de muerte y ha estado entre las 12 principales desde 1975 en los Estados Unidos.⁷ Las tasas de suicidio en general aumentaron el 28 % entre el 2000 y el 2015.⁶ El suicidio es un problema que afecta a las personas durante toda la vida; es la tercera principal causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 14 años, la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 24 años y las de 25 a 34, la cuarta entre las personas de 35 y 44 años, la quinta entre las personas de 45 a 54 años y la octava entre las personas de 55 y 64 años.⁶



Las tasas de suicidio varían por raza u origen étnico, edad y otras características poblacionales. Entre los grupos poblacionales con las tasas de suicidio más altas durante toda la vida se encuentran el de indoamericanos y nativos de Alaska (AI/AN) no hispanos y el de personas blancas no hispanas. Las tasas de suicidio para estos dos grupos en el 2015 fueron 19.9 y 16.9 por cada 100 000 personas respectivamente.⁶ Otros grupos poblacionales que se vieron afectados desproporcionadamente son el de adultos de mediana edad (cuya tasa aumentó el 35 % entre el 2000 y el 2015, con aumentos pronunciados tanto entre los hombres [29 %] como entre las mujeres [53 %] de 35 a 64 años);⁶ el de veteranos y otro personal militar (cuya tasa de suicidio casi se duplicó entre el 2003 y el 2008 y, por primera vez en décadas, superó la de suicidio entre civiles);^{8,9} el de trabajadores de ciertos grupos ocupacionales;^{10,11} y el de jóvenes sexuales de minorías que, comparados con los no sexuales de los mismos grupos, mostraron mayor ideación y comportamiento suicida.¹²⁻¹⁴

Las tasas de suicidio reflejan solamente una porción del problema.¹⁵ Hay una cantidad considerablemente más alta de personas que terminan en el hospital por comportamientos suicidas no mortales (o sea, intentos de suicidio) que de personas con lesiones mortales, y una cantidad aun más alta que recibe tratamiento en un entorno ambulatorio (por ejemplo, en la sala de emergencias) o que no recibe ningún tratamiento.¹⁵ Por ejemplo, durante el 2014, entre los adultos de 18 años o mayores, por cada uno que se suicidó hubo 9 que recibieron tratamiento en una sala de emergencias por lesiones autoinfligidas, 27 que reportaron haber intentado suicidarse y más de 227 que reportaron haberlo considerado seriamente.^{6,16}

El suicidio se asocia a varios factores de riesgo y de protección. Al igual que los otros comportamientos humanos, el suicidio no tiene una causa determinante única. Ocurre como respuesta a la interacción de varias influencias biológicas, psicológicas, interpersonales, ambientales y sociales, generalmente, a lo largo del tiempo.^{1,5} El modelo ecológico social, que abarca varios niveles de enfoque —individual, relacional, comunitario y social—, es un marco útil para el análisis y la comprensión del riesgo de suicidio y de los factores de protección que se han identificado en la literatura.¹⁷ Existen factores de riesgo y de protección en cada uno de estos niveles. Los factores de riesgo incluyen, por ejemplo:^{1,5}

- **En el nivel individual:** antecedentes de depresión y de otras enfermedades mentales, desesperanza, abuso de sustancias, ciertas afecciones, intentos de suicidio anteriores, ser víctima o perpetrador de violencia, y determinantes genéticos y biológicos.
- **En el nivel relacional:** relaciones altamente conflictivas o violentas, sensación de aislamiento y de falta de apoyo social, antecedentes de suicidio de un familiar o ser querido, estrés financiero o laboral.
- **En el nivel comunitario:** inadecuada conexión con la comunidad, barreras para la atención médica (por ejemplo, falta de acceso a proveedores y medicamentos).
- **En el nivel social:** disponibilidad de medios letales para cometer el suicidio, representaciones del suicidio en los medios de manera no segura, estigma relacionado con buscar ayuda y con la enfermedad mental.

Es importante reconocer que la gran mayoría de las personas que están deprimidas, que intentan suicidarse o que tienen otros factores de riesgo, *no* mueren por suicidio.^{18,19} Asimismo, la relevancia de cada factor de riesgo puede variar por edad, raza, género, orientación sexual, lugar geográfico de residencia y estatus sociocultural y económico.^{1,5}



La exposición a la violencia se asocia a un mayor riesgo de depresión, trastorno por estrés postraumático (TEPT), ansiedad, suicidio e intentos de suicidio.

También se pueden encontrar factores de protección, o sea, influencias que amortiguan el riesgo de suicidio, en cada nivel del modelo social ecológico. Entre los factores de protección que se han identificado en la literatura se incluyen las destrezas eficaces para la superación y resolución de problemas, las objeciones morales al suicidio, una relación fuerte y de apoyo con la pareja, los amigos y la familia; la conexión con la escuela, la comunidad y otras instituciones sociales; la disponibilidad de atención médica física y mental de calidad y continua; y un acceso reducido a medios letales.^{1,5} Estos factores de protección pueden, contrarrestar un factor de riesgo determinado o actuar como amortiguadores contra un número de riesgos que se asocian al suicidio.

El suicidio tiene relación con otras formas de violencia. La exposición a violencia (por ejemplo, a maltrato y abandono infantil, acoso, violencia de semejantes, violencia en las relaciones sentimentales, violencia sexual y violencia en la pareja íntima) se asocia a un mayor riesgo de depresión, trastorno por estrés postraumático (TEPT), ansiedad, suicidio e intentos de suicidio.²⁰⁻²⁶ Las mujeres expuestas a violencia en la pareja tienen 5 veces más probabilidades de intentar suicidarse que las no expuestas a esta violencia.²⁶ La exposición a experiencias adversas en la infancia, como al abandono y maltrato físico, sexual y emocional, y vivir en un hogar con problemas de violencia, salud mental, abuso de sustancias y otras formas de inestabilidad, se asocian también a un mayor riesgo de suicidio e intentos de suicidio.^{22,27} Los efectos sicosociales de la violencia en la infancia y la adolescencia pueden observarse décadas después, e incluyen problemas graves con las finanzas, la familia, el trabajo y de estrés, los cuales son factores que pueden aumentar el riesgo de suicidio. El suicidio frecuentemente tiene los mismos factores de riesgo individuales, relacionales, comunitarios y sociales que otras formas de violencia, lo cual parece indicar que los esfuerzos para prevenir la violencia interpersonal podrían también ser útiles para prevenir el suicidio.²⁸⁻³⁰ Los CDC han creado paquetes técnicos para las distintas formas de violencia interpersonal a fin de ayudar a que las comunidades identifiquen estrategias y enfoques adicionales (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pub/technical-packages.html>). De la misma manera que el suicidio puede compartir factores de riesgo con la violencia interpersonal, los factores de protección también se pueden superponer. Por ejemplo, para una persona, el hecho de estar conectada con su comunidad,³¹ escuela,³² familia,³³ adultos interesados por su bienestar,^{34,35} y semejantes prosociales³⁶ puede mejorar su resiliencia y ayudar a reducir su riesgo de suicidio y de otras formas de violencia.



Las consecuencias derivadas del suicidio en la economía y la salud son considerables. El suicidio y los intentos de suicidio tienen consecuencias profundas en las personas, las familias y las comunidades.³⁷⁻⁴⁰ En un estudio inicial, Crosby y Sacks⁴¹ estimaron que el 7 % de la población adulta de los Estados Unidos, o sea, 13.2 millones de adultos, conocía a alguien que había muerto por suicidio en los 12 meses anteriores. También estimaron que por cada suicidio, 425 adultos estaban expuestos o sabían de la muerte.⁴¹ En un estudio más reciente, en un estado, Cerel et al⁴² hallaron que el 48 % de la población había conocido a lo largo de su vida a al menos una persona que había muerto por suicidio. Las investigaciones indican que el efecto de haber conocido a alguien que haya muerto por suicidio o de haber vivido la experiencia (o sea, haber intentado suicidarse, haber tenido pensamientos suicidas o haber sido afectado por la muerte de alguien a causa del suicidio) va mucho más allá de las lesiones y la muerte. Las personas que han vivido la experiencia podrían sufrir consecuencias a largo plazo, tanto físicas como de salud mental. Estas varían desde enojo y culpabilidad hasta impedimentos físicos, según el medio que hayan usado y la gravedad del intento.⁴³ De manera similar, las personas que sobreviven el suicidio de un ser querido pueden padecer dolor y sufrimiento continuo, como duelo complicado,⁴⁴ estigma, depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático y mayor riesgo de ideación suicida y suicidio.^{45,46} También existen efectos financieros y ocupacionales para los sobrevivientes que, aunque se hable menos de estos, no tienen menor importancia.⁴⁷

El suicidio también causa un daño económico inmenso en la sociedad. Según estimaciones moderadas, el costo del suicidio en el 2013 fue de 50 800 millones de dólares solamente en concepto de costos médicos y trabajo perdido de por vida.⁴⁷ Tras hacer ajustes por la posible cantidad de suicidios no reportados y teniendo en cuenta los gastos de salud per cápita, el producto interno bruto per cápita y la variabilidad de los gastos de salud e ingresos per cápita de los estados, otro estudio estimó que los costos de por vida asociados a las lesiones no mortales y a las muertes causadas por la violencia autoinfligida eran de aproximadamente 93 500 millones, también para el 2013.⁴⁸ La abrumadora carga de estos costos provino de la pérdida de productividad durante el curso de la vida, con un costo promedio por suicidio de más de 1.3 millones de dólares.⁴⁸ Es probable que los costos económicos reales sean más altos, ya que ninguno de los estudios incluyó cifras monetarias en relación con los otros costos sociales, como aquellos derivados del dolor y sufrimiento de los miembros de la familia, ni con otros de los efectos.

El suicidio se puede prevenir. Al igual que la mayoría de los problemas de salud pública, el suicidio es prevenible.^{1,5} Aunque se seguirán logrando avances para el futuro, en la actualidad existe evidencia que fundamenta numerosos programas, prácticas y políticas, y hay muchos programas ya listos para ser implementados. De la misma manera que el suicidio no es causado por un factor único, las investigaciones parecen indicar que tampoco se logrará una reducción en el suicidio mediante una estrategia o un enfoque único.^{1,49} Más bien, la mejor manera de lograr la prevención del suicidio es mediante un enfoque que abarque los niveles individual, relacional, familiar, comunitario y social, y todos los sectores, tanto privados como públicos.^{1,5}

Evaluación de la evidencia

Este paquete técnico incluye programas, prácticas y políticas que han dado evidencia de tener un impacto en el suicidio, o en los factores de riesgo de suicidio o de protección contra el suicidio. Para que se consideraran para su inclusión en este paquete técnico, los programas, prácticas y políticas seleccionados debían cumplir al menos uno de los siguientes criterios: a) demostración del impacto en el suicidio mediante metanálisis o revisiones sistemáticas; b) evidencia de efectos preventivos significantes en el suicidio a partir de al menos un estudio de evaluación riguroso (por ejemplo, un estudio de diseño aleatorizado controlado o cuasiexperimental); c) demostración del efecto en los factores de riesgo de suicidio o de protección contra el suicidio mediante metanálisis o revisiones sistemáticas; o d) evidencia



de efecto en los factores de riesgo de suicidio o de protección contra el suicidio de al menos un estudio de evaluación riguroso (por ejemplo, un estudio de diseño aleatorizado controlado o cuasiexperimental). Por último, otros factores que se tuvieron en cuenta fueron la probabilidad de que se logran efectos beneficiosos sobre varias formas de violencia; que no hubiera evidencia de efectos dañinos sobre determinados resultados ni con determinados subgrupos; y que la implementación fuera viable en el contexto de los Estados Unidos si el programa, política o práctica había sido evaluado en otro país.

Algunos de los enfoques incluidos en este paquete técnico todavía no cuentan con evidencia científica que demuestre su efecto en las tasas de suicidio, pero se sustentan en evidencia indicativa de su efecto en los factores de riesgo de suicidio o de protección contra el suicidio (por ejemplo, búsqueda de ayuda, reducción del estigma, depresión, conexión). En términos de la solidez de la evidencia, los programas que tienen efectos demostrados sobre los comportamientos suicidas (por ejemplo, reducción en la cantidad de muertes, intentos) proporcionan un más alto nivel de evidencia; sin embargo, la base de evidencia no tiene igual solidez en todas las áreas. Por ejemplo, ha habido una menor cantidad de evaluación en cuanto a la participación de la comunidad y los programas familiares sobre los comportamientos suicidas. Por lo tanto, los enfoques que se incluyen en este paquete y que tienen efectos sobre los factores de riesgo o de protección reflejan la naturaleza evolutiva de la base de evidencia y el uso de la mejor evidencia disponible en un momento dado.

Asimismo, es importante notar que es común que haya una significativa heterogeneidad entre los programas, las políticas y las prácticas que se encuentran bajo una misma estrategia o enfoque, en términos de la naturaleza y calidad de la evidencia disponible. No todos los programas, políticas o prácticas que usan el mismo enfoque tienen la misma eficacia, e incluso aquellos que sí son eficaces podrían no funcionar con todas las poblaciones. Para abordar los distintos grupos poblacionales podría ser necesario adaptar los programas o llevar a cabo más evaluaciones. El objetivo de incluir estos programas, prácticas y políticas basados en la evidencia en este paquete no es el de proporcionar una lista integral para cada enfoque, sino el de proporcionar ejemplos que han demostrado tener un impacto sobre el suicidio, o un efecto beneficioso sobre los factores de riesgo de suicidio o los factores de protección contra el suicidio.




Al igual que la mayoría de los problemas de salud pública, el suicidio es prevenible.



Temas contextuales y que afectan a muchas áreas

Una importante característica de este paquete es el efecto complementario y potencialmente sinérgico que pueden tener las estrategias y los enfoques incluidos. Estas estrategias y enfoques abarcan distintos niveles de la ecología social, e incluyen esfuerzos que tienen el objetivo de influenciar tanto los niveles comunitario y social como los niveles individual y relacional, y deben actuar de manera combinada y como refuerzo uno del otro a fin de prevenir el suicidio (ver el recuadro a continuación). Las estrategias aparecen en determinado orden; se incluyeron primero las que se hipotetizó que tendrán el mayor potencial de impacto en el suicidio en términos de salud pública general, seguidas de aquellas que podrían afectar a subgrupos poblacionales (por ejemplo, las personas que ya han tenido un intento de suicidio).

|  Prevención del suicidio | |
|--|---|
| Estrategia | Enfoque |
| Fortalecimiento de los apoyos económicos | <ul style="list-style-type: none">• Fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar• Políticas para la estabilidad de vivienda |
| Fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación | <ul style="list-style-type: none">• Cobertura de afecciones mentales en las pólizas de seguro médico• Reducción de la escasez de proveedores en las áreas subatendidas• Cuidados más seguros con relación al suicidio mediante cambios a nivel de sistema |
| Creación de ambientes protectores | <ul style="list-style-type: none">• Reducción del acceso a medios letales entre las personas en riesgo de suicidio• Políticas y cultura a nivel de organización• Políticas comunitarias para la reducción del consumo excesivo de alcohol |
| Fomento de la conexión | <ul style="list-style-type: none">• Programas de normas de semejantes• Actividades de participación en la comunidad |
| Enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas | <ul style="list-style-type: none">• Programas de educación socio-emocional• Programas de destrezas de crianza y relaciones familiares |
| Identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo | <ul style="list-style-type: none">• Capacitación del personal de primera línea• Intervención en crisis• Tratamiento para las personas en riesgo de suicidio• Tratamiento para la prevención de nuevos intentos |
| Reducción de los daños y prevención de riesgo futuro | <ul style="list-style-type: none">• Intervención posterior• Informe y mensajes seguros en relación con el suicidio |

Es importante notar que estas estrategias no son mutuamente excluyentes, sino que cada una tiene una área de concentración inmediata. Por ejemplo, los programas de educación socio-emocional, que son uno de los enfoques de la estrategia *Enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas*, a veces incluyen componentes centrados en cambiar las normas de los semejantes y el ambiente más extenso. Sin embargo, la concentración principal de estos programas es proporcionarles a los niños y adolescentes las destrezas para resolver los problemas en las relaciones, la escuela y con otros niños o adolescentes, y ayudarlos a abordar otras influencias negativas que se asocian con el suicidio (por ejemplo, el consumo de sustancias).



El objetivo de este paquete es poner de relieve la importancia de los esfuerzos integrales para la prevención y proporcionar ejemplos de programas eficaces que abordan cada nivel de la ecología social, con el conocimiento de que algunos programas, prácticas y políticas pueden tener efectos en varios niveles. Asimismo, aquellos que implican varios sectores y afectan varios niveles de la ecología social, tienen más probabilidades de tener un efecto mayor en la carga general del suicidio.

La ideación, los pensamientos, los intentos de suicidio y las muertes varían por género, raza u origen étnico, edad, ocupación y otras características poblacionales importantes.^{6,50} Asimismo, ciertos periodos de transición también se asocian a tasas más altas de suicidio (por ejemplo, la transición del trabajo a la jubilación, la transición del servicio militar activo a la vida civil).^{48,51} De hecho, el riesgo de suicidio puede cambiar junto a factores de riesgo dinámicos. Por ejemplo, la capacidad de superación que tiene una persona puede cambiar en los periodos de crisis y de mayor estrés, y limitar su capacidad normal para resolver problemas de modo eficaz y de superar la situación. Las investigaciones indican que la cantidad y la intensidad de los factores de riesgo y de protección clave que se experimenten causan cambios en el riesgo de suicidio.⁵² Idealmente, lo recomendable es que haya disponibles múltiples estrategias y enfoques adaptados al contexto social, económico, cultural y ambiental de las personas y las comunidades, ya que podrían aumentar la probabilidad de eliminar las barreras que se interponen a una atención eficaz y de apoyo, y proporcionan oportunidades para desarrollar la resiliencia de las personas y las comunidades.¹

La identificación de los programas, prácticas y políticas con evidencia de tener efecto sobre el suicidio o intentos de suicidio, o de tener efectos beneficiosos sobre los factores de riesgo de suicidio o de protección contra el suicidio es solamente el primer paso. En la práctica, la eficacia de los programas, prácticas y políticas identificados en este paquete dependerá poderosamente de qué tan bien se implementen y también de las organizaciones aliadas y las comunidades donde se implementen. Los profesionales en el campo podrían estar en la mejor posición para evaluar las necesidades y las fortalezas de sus comunidades y de trabajar con los miembros de la comunidad para tomar decisiones sobre la combinación de enfoques incluidos aquí que sean más propicios para su contexto.

Los procesos de planificación estratégica guiada por datos pueden ayudar a las comunidades con este trabajo.⁵³⁻⁵⁵ Estos procesos motivan y guían la participación de las partes interesadas de la comunidad mediante un proceso de planificación para la prevención diseñado para abordar el perfil de los factores de riesgo y de protección de la comunidad con programas, prácticas y políticas basados en la evidencia. Estos procesos también se pueden usar para monitorear la implementación de dichos programas, prácticas y políticas, hacer seguimiento de los resultados y hacer ajustes según lo indicado por los datos. El nivel de preparación que tenga el programa para una amplia difusión e implementación (por ejemplo, disponibilidad de materiales del programa, capacitación y asistencia técnica) también puede influir en su efecto. Las directrices para asistir a los médicos, las organizaciones y las comunidades con la implementación se elaborarán por separado.

Este paquete incluye estrategias para los sitios donde las agencias de salud pública estén bien posicionadas para hacer llegar liderazgo y recursos a los esfuerzos de implementación. También incluye estrategias para los sitios donde la salud pública pueda actuar como una importante colaboradora (por ejemplo, estrategias que aborden los niveles de riesgo comunitarios y sociales), pero donde el liderazgo y el compromiso de otros sectores (como el sector comercial, laboral o de atención médica) sea crítico para la implementación de un programa o política en particular (por ejemplo, las políticas en el lugar de trabajo, el tratamiento para prevenir los nuevos intentos de suicidio). La función de diversos sectores en la implementación de una estrategia o enfoque para la prevención del suicidio se describe en mayor profundidad en la sección *Participación de los sectores*.

En las secciones que siguen se describen las estrategias y los enfoques que cuentan con la mejor evidencia disponible para prevenir el suicidio.





Fortalecimiento de los apoyos económicos

Fundamento

Los estudios de los Estados Unidos que examinan las tendencias históricas indican que las tasas de suicidio aumentan en los tiempos de recesión económica marcados por altas tasas de desempleo, pérdida de trabajo e inestabilidad económica, y que descienden en los tiempos de expansión económica y los periodos marcados por bajas tasas de desempleo, particularmente entre las personas en edad laboral de entre 25 y 64 años de edad.^{56,57} Las presiones económicas y financieras—como la pérdida del trabajo, periodos prolongados de desempleo, ingresos reducidos, dificultad para cubrir gastos médicos, alimentarios y de vivienda, e incluso, la anticipación de tales presiones financieras—pueden aumentar el riesgo de suicidio de las personas, así como también aumentarlo de manera indirecta al exacerbar los problemas físicos y mentales relacionados.⁵⁸ El amortiguamiento de estos riesgos puede, por lo tanto, potencialmente protegerlas contra el suicidio. Por ejemplo, al fortalecer los sistemas de apoyo económico se las puede ayudar a permanecer en su hogar o conseguir vivienda asequible y, a la vez, pagar por las necesidades de la vida diaria, como los alimentos, la atención médica, la capacitación laboral y el cuidado de niños. Este apoyo puede reducir el estrés y la ansiedad, y el potencial de una situación de crisis y, por consiguiente, prevenir el suicidio. Aunque se necesita mucha más investigación para comprender la forma en que los factores económicos interactúan con otros factores para aumentar el riesgo de suicidio, la evidencia disponible sugiere que el fortalecimiento de los apoyos económicos puede ser una oportunidad de amortiguar el riesgo de suicidio.

Enfoques

Se pueden fortalecer los apoyos económicos de las personas y las familias al enfocarse en la seguridad financiera del hogar y asegurar su estabilidad de vivienda en los tiempos de estrés económico.

Fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar. Este enfoque puede potencialmente amortiguar el riesgo de suicidio al proporcionarles a las personas los medios financieros para reducir la dificultad económica y el estrés relacionados con la pérdida del trabajo o con otros problemas financieros no anticipados. Proporcionar beneficios por desempleo y otras formas de asistencia temporaria, salarios dignos, beneficios médicos, y jubilación y seguro por discapacidad para ayudar a cubrir el costo de las necesidades o para contrarrestar los costos en caso de discapacidad, son ejemplos de formas de fortalecer la seguridad financiera del hogar.

Políticas para la estabilidad de vivienda. Estas políticas tienen el objetivo de ayudar a las personas a permanecer en su hogar y de proporcionarles opciones de vivienda a aquellas que lo necesiten en tiempos de inseguridad financiera. Esto puede suceder por medio de programas de vivienda asequible (por ejemplo, a través de subsidios gubernamentales) o de otras opciones disponibles para quienes puedan comprar un hogar (como programas de modificación de préstamos, servicios de planificación de mudanza o de asesoramiento financiero), que ayuden a reducir al mínimo el riesgo o el impacto de las ejecuciones hipotecarias y los desalojos.

Resultados potenciales

- Reducción en las tasas de ejecuciones hipotecarias
- Reducción en las tasas de desalojos
- Reducción en el sufrimiento emocional
- Reducción en las tasas de suicidio



Evidencia

Hay evidencia que sugiere que el fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar y la estabilidad de vivienda pueden reducir el riesgo de suicidio.



Fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar. El *Programa de Seguro por Desempleo Federal y Estatal* permite que los estados definan la cantidad y la duración máxima de los beneficios por desempleo que los trabajadores tienen derecho de percibir tras la pérdida del trabajo.⁵⁹ Un análisis de las variaciones existentes en los *programas de beneficios por desempleo* de todos los estados demostró que en los estados que proporcionaban beneficios por desempleo mayores al promedio (mediana: 7990 dólares por persona en dólares estadounidenses ajustados por inflación) se había contrarrestado el impacto del desempleo en las tasas de suicidio. Los efectos de los *programas de beneficios por desempleo* también fueron uniformes en términos de sexo y grupo etario.⁵⁹ En otro estudio en los Estados Unidos se examinó el vínculo existente entre el desempleo y las tasas de suicidio usando datos mensuales sobre el suicidio, la duración del desempleo (menos de 5 semanas, 5-14 semanas, 15-26 semanas y más de 26 semanas) y la pérdida de trabajo, y se halló que la duración del desempleo, en contraste con solamente la pérdida del trabajo, predecía el riesgo de suicidio.⁶⁰ Agrupados, estos resultados parecen indicar que los programas de beneficios por desempleo estatales deben ser generosos no solo en cuanto a sus asignaciones financieras sino también a su duración.

Otras medidas que fortalecen la seguridad financiera del hogar (por ejemplo, las asignaciones relativas a la jubilación y al seguro por discapacidad, la compensación de seguro por desempleo, los beneficios médicos y otras formas de asistencia para las familias) también han demostrado influir en las tasas de suicidio. En un estudio realizado por Flavin y Radcliff⁶¹ se examinó el efecto que los gastos per cápita de los estados para tales asignaciones, beneficios médicos y asistencia a las familias (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o TANF, por sus siglas en inglés) y sus gastos totales tuvieron sobre las tasas de suicidio durante el periodo 1999-2000, haciendo ajustes por la cantidad de factores de riesgo de suicidio (por ejemplo, movilidad residencial, tasas de divorcio, tasas de desempleo) a nivel de estado. A medida que aumentaron los gastos per cápita totales por asignaciones, beneficios médicos y asistencia para las familias hubo un descenso asociado en las tasas de suicidio de los estados. En términos de vidas salvadas, Flavin y Radcliff calcularon el costo de reducir



La evidencia sugiere que el fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar y la estabilidad de vivienda pueden reducir el riesgo de suicidio.

las tasas de suicidio de un estado por un punto entero para los años estudiados.⁶¹ A nivel nacional, estimaron que ocurrirían 3000 suicidios menos al año si cada estado aumentara 45 dólares al año el gasto per cápita para estos tipos de asignaciones asistenciales.⁶¹ Aunque este fue un estudio correlacional, los resultados demuestran los potenciales beneficios de las políticas que llegan particularmente a las personas más vulnerables en los momentos de mucha necesidad. Se necesitan hacer más estudios de evaluación para entender en mayor profundidad el efecto que estos tipos de programas tienen en los resultados.

Políticas para la estabilidad de vivienda. El *Programa de Estabilización Vecinal (Neighborhood Stabilization Program)*⁶² fue diseñado para ayudar a los vecindarios que estuvieran sufriendo altas tasas de ejecución hipotecaria y abandono, al desacelerar el deterioro de los vecindarios y proporcionarles opciones de vivienda asequibles a aquellas personas con ingresos bajos, moderados o medios que fueran a comprar. Este programa también ofrece asistencia financiera para la compra de casa nueva a las personas elegibles. Aunque este programa no se ha evaluado rigurosamente en términos de su efecto en los resultados relacionados con el suicidio, aborda las ejecuciones hipotecarias y los desalojos, que son factores de riesgo de suicidio. Un análisis longitudinal sobre los datos anuales relacionados con el suicidio y las ejecuciones hipotecarias mostró que a medida que aumentaba la proporción de propiedades sujetas a ejecución hipotecaria en los Estados Unidos, también aumentaba la tasa de suicidio, particularmente entre los adultos de edad laboral.⁶³ Otro estudio realizado a partir de los datos provenientes de 16 estados de los Estados Unidos que participan en el *Sistema Nacional de Notificación de Muertes Violentas* halló que la cantidad de suicidios precipitados por ejecuciones hipotecarias y desalojos aumentó más del 100 % entre el 2005 (antes de que comenzara la crisis de vivienda) y el 2010 (después de su punto máximo).⁵⁷ La mayoría de estos suicidios ocurrió antes de que la persona muerta perdiera efectivamente la casa. Estos hallazgos parecen indicar que si se integran recursos, mensajes y remisiones para la prevención del suicidio a los servicios de planificación y asesoramiento financieros, hipotecarios y de mudanza, esto podría ayudar a prevenir suicidios.





Fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación

Fundamento

Si bien la mayoría de las personas con problemas de salud mental no intentan suicidarse ni mueren por suicidio^{18,19} y el nivel de riesgo conferido por distintos tipos de enfermedad mental varía,⁶⁴⁻⁶⁶ en investigaciones anteriores se indica que la enfermedad mental es un factor de riesgo importante de suicidio.^{5,67} También se ha hallado que las tasas de suicidio a nivel estatal se correlacionan con medidas de salud mental generales, como la depresión.^{68,69} Los hallazgos derivados de la *Encuesta Nacional sobre Comorbilidad* indican que una cantidad relativamente baja de personas en los Estados Unidos con trastornos de enfermedad mental recibe tratamiento para tales afecciones.⁷⁰ La falta de acceso a la atención de salud mental es uno de los factores contribuyentes relacionados con el uso insuficiente de servicios de salud mental.⁷¹ Uno de los componentes esenciales de la prevención es identificar las maneras de mejorar el acceso de las personas que lo necesitan a la atención de salud mental y a cuidados relativos al suicidio oportunos, asequibles y de calidad.⁵ Además, las investigaciones parecen indicar un máximo aprovechamiento de los servicios provistos cuando los sistemas de atención médica y de salud mental están organizados de manera tal, que la atención se presta efectiva y eficazmente.⁷² Aparte de los beneficios del tratamiento, estos enfoques también pueden normalizar el comportamiento de búsqueda de ayuda y aumentar el uso de estos servicios.

Enfoques

Hay varios enfoques que se pueden usar para fortalecer el acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y la prestación de estos, incluidos:

Cobertura de afecciones mentales en las pólizas de seguro médico. Las leyes federales y estatales incluyen disposiciones que establecen igual cobertura para los servicios de salud mental en los planes de seguro médico que para las demás preocupaciones de salud (es decir, paridad en la salud mental).⁷³ Los beneficios y servicios cubiertos incluyen ciertas características, como cantidad de visitas, copagos, deducibles, servicios ambulatorios y hospitalarios, medicamentos recetados y hospitalizaciones. Si un estado tiene una ley de paridad de salud mental más fuerte que la federal, entonces los planes de seguro regulados por el estado deben seguir la ley de paridad del estado. Si un estado tiene una ley de paridad menos fuerte que la federal (por ejemplo, incluye cobertura para algunas afecciones mentales pero no para otras), entonces la ley de paridad federal prevalecerá sobre la del estado. Ofrecer igual cobertura no necesariamente implica ofrecer buena cobertura, ya que la extensión de los servicios y beneficios que ofrecen los planes de seguro médico para abordar distintas afecciones varía. Sin embargo, ayuda a asegurar que los servicios de salud mental estén cubiertos a la par de otras preocupaciones de salud.

Reducción de la escasez de proveedores en las áreas subatendidas. El acceso a atención médica de salud mental eficaz y de avanzada depende en gran parte de la capacitación y el tamaño de su fuerza laboral. Más de 85 millones de personas en los Estados Unidos viven en áreas en las que no hay suficientes proveedores de salud mental; esta escasez es particularmente marcada en las comunidades urbanas de bajos ingresos y las comunidades rurales.⁷⁴ Hay varias formas de aumentar la cantidad y la distribución de los proveedores de salud mental que ejercen en las áreas subatendidas. Estas incluyen ofrecerles incentivos financieros a través de los programas estatales y federales existentes (por ejemplo, programas de amortización de préstamos) y ampliar el alcance de los servicios de salud a través del uso de tecnologías de telefonía, video e internet. Tales enfoques aumentarían la probabilidad de que las personas que la necesitan puedan acceder a atención médica asequible y de calidad para los problemas de salud mental, lo cual puede reducir el riesgo de suicidio.



Cuidados más seguros con relación al suicidio mediante cambios a nivel de sistema. El acceso a servicios de atención médica y de salud mental es esencial para las personas en riesgo de suicidio; sin embargo, es solamente uno de los componentes de la prevención. La atención debe también ser prestada de manera eficiente y eficaz. Más específicamente, debe prestarse dentro de un sistema que apoye la prevención del suicidio y la seguridad del paciente a través de un sólido liderazgo, la capacitación de la fuerza laboral, la identificación y evaluación sistemática del riesgo de suicidio, la implementación de tratamientos basados en la evidencia (ver *Identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo*), la continuidad de la atención y el mejoramiento continuo de la calidad. El cuidado que esté centrado en el paciente y que promueva la equidad para todos los pacientes es, además, de crítica importancia.⁷⁵

Resultados potenciales

- Mayor uso de los servicios de salud mental
- Menores tasas de abandono del tratamiento
- Reducción de los síntomas depresivos
- Reducción en las tasas de intento de suicidio
- Reducción en las tasas de suicidio



Evidencia

Hay evidencia que sugiere que la cobertura de las afecciones de salud mental en las pólizas de seguro médico y mejorar el acceso a los servicios y la prestación de estos puede reducir los factores asociados al suicidio y tener un efecto directo en las tasas de suicidio.

Cobertura de afecciones mentales en las pólizas de seguro médico. La *Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas y la Salud (NSDUH)* es una encuesta representativa a nivel nacional de la población de los Estados Unidos que proporciona datos sobre el consumo de sustancias, afecciones de salud mental y utilización de servicios.⁵⁰ Con los datos de esta encuesta, Harris, Carpenter y Bao⁷⁶ encontraron que 12 meses después de que los estados promulgaran las *leyes de paridad de salud mental*, aumentó significativamente el uso autorreportado de servicios de salud mental. Más aún, la investigación subsiguiente realizada por Lang⁶⁹ examinó la relación entre las leyes estatales de salud mental y las tasas de suicidio desde 1990 hasta el 2004, y encontró que las leyes de paridad de salud mental se asociaron, específicamente, a una reducción aproximada del 5 % en las tasas de suicidio. Esta reducción se tradujo, en los 29 estados con leyes de paridad, en la prevención de 592 suicidios al año.⁶⁹

Reducción de la escasez de proveedores en las áreas subatendidas. Un ejemplo de un programa para mejorar el acceso a proveedores de salud mental es el *Cuerpo Nacional de Salud (NHSC, por sus siglas en inglés)*, que ofrece incentivos financieros para atraer a médicos de salud mental o del comportamiento hacia las áreas subatendidas.⁷⁷ Los programas como este animan a las personas a trabajar en profesiones de salud mental en sitios designados como "áreas de escasez de profesionales de salud" (HPSA, por sus siglas en inglés) a cambio de la amortización de sus préstamos estudiantiles. Una encuesta sobre la retención de estos profesionales realizada por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) halló que el 61 % de ellos seguía trabajando en áreas de escasez designadas después de su compromiso de 4 años con el NHSC.⁷⁸ A pesar de que este programa no ha sido evaluado en términos del efecto que tiene sobre el suicidio, aborda el acceso a la atención médica, el cual es un componente esencial de la prevención del suicidio.

Los servicios de *telesalud mental (TMH, por sus siglas en inglés)* son servicios de atención psicológica y psiquiátrica a distancia que se prestan mediante el uso de tecnologías de telefonía, video e Internet.⁷⁹ Este tipo de servicio se puede usar en una variedad de entornos (por ejemplo, centros médicos ambulatorios, hospitales, establecimientos de tratamiento militares) para tratar una amplia variedad de afecciones mentales. También puede mejorar el acceso de los pacientes que están en áreas aisladas y su satisfacción con la interacción con el sistema de salud mental, y reducir tanto sus gastos y tiempo de transporte, como las demoras para la prestación de la atención médica. Una revisión sistemática de los servicios de



El acceso a servicios de atención médica y salud mental es crítico para las personas en riesgo de suicidio.

TMH halló que los que fueron calificados como servicios de alta o buena calidad fueron eficaces para el tratamiento de afecciones mentales como la depresión, la esquizofrenia, el abuso de sustancias, y el suicidio y la ideación suicida.⁷⁹ Además, Mohr y colegas⁸⁰ hicieron un metanálisis para examinar el efecto de la sicoterapia telefónica, en particular, y hallaron que este tipo de terapia redujo significativamente los síntomas depresivos en comparación con la terapia cara a cara. También hallaron que las tasas de abandono del tratamiento fueron significativamente más bajas entre los pacientes que recibían la sicoterapia administrada telefónicamente que entre aquellos que la recibían cara a cara.⁸⁰ Por lo tanto, los servicios de TMH quizás no solo ofrezcan mejor acceso a atención de salud mental sino que también podrían asegurar continuidad en el tratamiento y, por consiguiente, una mayor reducción en el riesgo de suicidio.

Cuidados más seguros con relación al suicidio mediante cambios a nivel de sistema. El *Sistema de Salud Henry Ford*, que es una organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) en el estado de Michigan, lideró la iniciativa *Atención Perfecta de la Depresión (Perfect Depression Care)*,⁸¹ que es la precursora de lo que ahora se llama *Cero Suicidios (Zero Suicide)*. La meta general de *Atención Perfecta de la Depresión* era eliminar el suicidio entre los miembros de la HMO. En términos más amplios, la meta del programa era rediseñar la forma en que se prestaba la atención médica para la depresión y enfocarse en que fuera eficaz, segura, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa entre los pacientes a fin de lograr una “mejora notable” en su calidad y seguridad. El programa evaluaba y determinaba el riesgo de suicidio de cada paciente e implementaba atención de seguimiento coordinada y continua a nivel de sistema.⁸¹ Al examinar el efecto del programa se halló que hubo un descenso drástico y estadísticamente significativo en las tasas de suicidio entre el inicio (1999 y el 2000) y el periodo de intervención (2002-2009). Durante ese tiempo, las tasas de suicidio descendieron un 82 %.^{81,82} Asimismo, entre los miembros de la HMO que recibieron los servicios de especialidad de salud mental, la tasa de suicidio se redujo significativamente a lo largo del tiempo, desde 1999 al 2010 (de 110.3 a 47.6 por cada 100 000 personas; $p < 0.04$), con una mediana de 36.2 por cada 100 000 personas durante ese periodo.⁸³ Además, para los miembros de la HMO que habían accedido solamente a servicios médicos en general, y no a servicios de especialidad de salud mental, la tasa de suicidio aumentó de 2.7 a 5.6 por cada 100 000 personas ($p < 0.01$).⁸³ De manera similar, en el estado de Michigan, las tasas de suicidio de la población general aumentaron de 9.8 a 12.5 por cada 100 000 personas ($p < 0.001$) durante ese periodo.⁸³





Creación de ambientes protectores

Fundamento

Los esfuerzos de prevención que no solo se enfocan en los cambios de comportamiento individuales (por ejemplo, buscar ayuda, intervenciones de tratamiento) sino también en cambios en el ambiente pueden aumentar la probabilidad de que se consigan resultados positivos de salud y comportamiento.⁸⁴ La creación de ambientes que aborden los factores de riesgo y de protección en los lugares donde las personas viven, trabajan y se entretienen puede ayudar a prevenir el suicidio.^{1,17} Por ejemplo, las tasas de suicidio son altas entre los adultos de mediana edad que forman parte del 42.6 % de la fuerza laboral;⁸⁵ ciertos grupos ocupacionales;^{10,11} y las personas que están en centros de detención (por ejemplo, prisión, cárcel),⁸⁶ entre otros. Por lo tanto, los entornos donde residen y trabajan estas poblaciones son ideales para implementar programas, prácticas y políticas que actúen como amortiguadores contra el suicidio. Si se hacen cambios en la cultura de una organización mediante, por ejemplo, la implementación de políticas de apoyo, se pueden cambiar las normas sociales, se puede animar a las personas a buscar ayuda y se puede demostrar que se valora la buena salud y la buena salud mental, y no el estigma ni los demás factores de riesgo de suicidio.^{87,88} De manera similar, si para prevenir los comportamientos dañinos se modifican las características del ambiente físico como, por ejemplo, el acceso a medios letales, se pueden reducir las tasas de suicidio, particularmente en tiempos de crisis o transición.⁸⁹⁻⁹⁴

Enfoques

Según la evidencia actual, se proponen tres posibles enfoques para la creación de ambientes que protejan contra el suicidio.

Reducción del acceso a medios letales entre las personas en riesgo de suicidio. Los medios de suicidio como el uso de armas de fuego, colgarse o sofocarse, o saltar de un lugar alto, no proporcionan mucha oportunidad de rescate y, por lo tanto, tienen como resultado tasas altas de muerte (por ejemplo, aproximadamente el 85 % de las personas que usan una arma de fuego en un intento de suicidio muere por la lesión).⁹⁵ Las investigaciones, además, parecen indicar que: 1) el intervalo de tiempo entre el momento de la decisión de actuar y el intento de suicidio puede ser tan corto como 5-10 minutos,^{96,97} y 2) las personas tienden a *no* sustituir los métodos altamente letales por otros, cuando estos no están disponibles o son de difícil acceso.^{98,99} Por lo tanto, aumentar el intervalo de tiempo entre la decisión de actuar y el intento de suicidio (por ejemplo, al hacer que sea más difícil acceder a medios letales) puede salvar vidas. Los siguientes son ejemplos de enfoques que reducen el acceso a medios letales de las personas en riesgo de suicidio:

- *Intervenciones en lugares propicios para el suicidio.* Los lugares propicios para el suicidio, o lugares donde pueden materializarse los suicidios con relativa facilidad, incluyen los lugares altos (por ejemplo, precipicios, balcones y techos), las vías del tren y los lugares aislados, como los parques. Los esfuerzos para prevenir el suicidio en estos lugares incluyen colocar barreras o limitar el acceso a ellos para evitar que las personas salten, e instalar carteles y teléfonos para animar a las que estén considerando suicidarse a solicitar ayuda.¹⁰⁰
- *Prácticas de almacenamiento seguro.* Tener los medicamentos, las armas de fuego y otros productos domésticos guardados en un lugar seguro puede reducir el riesgo de suicidio al crear una separación entre las personas vulnerables y el fácil acceso a medios letales. Dichas prácticas podrían incluir educación y consejería en torno al almacenamiento de las armas de fuego bajo llave en un lugar seguro (por ejemplo, en una caja fuerte o una caja de seguridad para armas), no cargadas y por separado de las municiones y al mantenimiento de los medicamentos en un armario bajo llave o en otro lugar seguro alejado de las personas que podrían estar en riesgo o que hayan intentado suicidarse anteriormente.^{89,101}

Políticas y cultura a nivel de organización. Se podrían implementar políticas y una cultura que fomenten un ambiente de protección en los lugares de trabajo, los centros de detención y otros entornos seguros (por ejemplo, los entornos residenciales). Dichas políticas y valores culturales animan al liderazgo de arriba hacia abajo y podrían promover comportamientos prosociales (por ejemplo, pedir ayuda), el desarrollo de destrezas, normas sociales positivas, evaluaciones, remisiones y acceso a servicios de asistencia (por ejemplo, salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, consejería financiera), así como también la creación de planes de respuesta ante crisis, intervenciones posteriores y otras medidas para fomentar un ambiente físico seguro. Estos ajustes en las políticas y la cultura pueden tener un impacto positivo en el clima y la moral de la organización, y ayudar a prevenir el suicidio y los factores de riesgo relacionados (por ejemplo, la depresión, el aislamiento social).^{88,102}



Políticas comunitarias para la reducción del consumo excesivo de alcohol.

Se ha hallado en estudios de investigación en los Estados Unidos que hay una asociación fehaciente entre la mayor disponibilidad de alcohol y los suicidios en los que media el alcohol.¹⁰³⁻¹⁰⁵ Las políticas para reducir extensamente el consumo excesivo de alcohol incluyen limitar la ubicación de los lugares que venden alcohol y su densidad geográfica, imponer impuestos sobre el alcohol y prohibir la venta de alcohol a las personas que no tengan la edad legal para consumirlo.¹⁰⁵ Estas políticas son importantes porque se ha hallado que el consumo excesivo y rápido de alcohol se asocia a más de una tercera parte de los suicidios y a aproximadamente el 40 % de los intentos de suicidio.¹⁰⁶

Resultados potenciales

- Mayor almacenamiento seguro de medios letales
- Reducción en las tasas de suicidio
- Reducción de los intentos de suicidio
- Aumento en la búsqueda de ayuda
- Reducción en las muertes por suicidio relacionadas con el alcohol

Evidencia

La evidencia sugiere que crear ambientes protectores puede reducir las tasas de suicidio y de intentos de suicidio y aumentar la cantidad de comportamientos protectores.

Reducción del acceso a medios letales entre las personas en riesgo de suicidio. En un metanálisis en el que se examinó el efecto de las *intervenciones en lugares propicios para el suicidio*, ya sean implementadas de manera combinada o aislada, tanto en los Estados Unidos como en otros países, se halló que estas intervenciones se asociaban a menores tasas de suicidio.^{100, 107} Por ejemplo, después de erigir una barrera en el puente Jacques-Cartier en Canadá, las tasas de suicidio por saltar de este puente se redujeron de aproximadamente 10 a 3 muertes por suicidio al año.¹⁰⁸ Asimismo, se mantuvo esta reducción en la cantidad de suicidios por saltar desde lugares altos incluso cuando se tuvieron en cuenta todos los puentes y lugares cercanos que se podían usar para este propósito, lo cual parece indicar que los suicidios no se transfirieron a otros lugares altos.¹⁰⁸ La eficacia del uso de barreras en los puentes quedó demostrada, además, en un estudio en el que se examinó el impacto que tuvo el *retiro* las barreras de seguridad del puente Grafton Bridge en Auckland, Nueva Zelanda. Luego de retirar las barreras se quintuplicaron tanto la cantidad como las tasas de suicidio.^{93, 109}

Otra forma en que se pueden reducir los medios para el suicidio implica el uso de *prácticas de almacenamiento seguro*. En un estudio de casos y controles de eventos relacionados con el uso de armas de fuego identificados en 37 condados en Washington, Oregón y Misuri, y 5 centros de trauma, los investigadores hallaron que guardar las armas de fuego descargadas, separadas de las municiones, en un lugar bajo llave o con dispositivos de seguridad era una medida protectora contra los intentos de suicidio entre los adolescentes.¹¹⁰ Además, una revisión sistemática reciente de las intervenciones de educación y consejería, tanto clínicas como comunitarias, parece indicar que el hecho de proporcionarles a las personas los dispositivos de seguridad para las armas de fuego aumentó significativamente la práctica de almacenarlas de manera segura en comparación con proporcionarles los incentivos económicos para que las compraran por su cuenta.¹⁰¹

Otro programa, llamado *Consejería en Sala de Emergencias sobre el Acceso a Medios Letales (Emergency Department Counseling on Access to Lethal Means, ED CALM)*, instruyó a los médicos de emergencias psiquiátricas de un hospital de niños grande a proporcionarles consejería sobre los medios letales y las cajas de seguridad para armas a los padres de los menores de 18 años que estuvieran recibiendo atención médica por un comportamiento suicida. En un proyecto de mejora de la calidad previo y posterior a la consejería, Runyan et al⁸⁹ hallaron que al momento del ensayo posterior el 76 % de los padres (del 55 % de aquellos a los que se les hizo seguimiento, n=114) reportaron que todos los medicamentos





que había en su casa estaban bajo llave, comparado con menos del 10 % al momento de la visita inicial a la sala de emergencias. Entre los padres que indicaron la presencia de armas en el hogar en el ensayo previo (o sea, el 67 %), todos (el 100 %) reportaron en el ensayo posterior que las armas estaban actualmente guardadas bajo llave.⁸⁹

Políticas y cultura a nivel de organización. *Juntos por la Vida (Together for Life)* es un programa de la fuerza policial de Montreal que se implementó para abordar el suicidio entre los oficiales de policía. Las políticas y los componentes del programa tenían el objetivo de fomentar una cultura dentro de la organización que promoviera la solidaridad y el apoyo mutuo entre todos los miembros de la fuerza policial. El programa incluyó la capacitación de supervisores, gerentes y todas las unidades para mejorar sus competencias para identificar el riesgo de suicidio y aumentar la conciencia y el uso de los recursos existentes. También incluyó una campaña educativa para mejorar la conciencia y la búsqueda de ayuda.¹¹¹ Se hizo un seguimiento de los suicidios entre los policías a lo largo de 12 años y se compararon esas tasas con las de Quebec, que fue la ciudad de control. Las tasas de suicidio descendieron significativamente en el grupo de intervención (78.9 %) a una tasa de 6.4 suicidios por cada 100 000 personas al año, en comparación con un aumento del 11 % en la ciudad de control (29.0 por cada 100 000).¹¹¹

Otro ejemplo de este enfoque es el *Programa de Prevención del Suicidio de la Fuerza Aérea de los Estados Unidos (United States Air Force Suicide Prevention Program)*. El programa incluyó 11 políticas e iniciativas educativas que tenían el objetivo de cambiar la cultura de la Fuerza Aérea en torno al suicidio. Este programa usa a líderes como ejemplos a seguir y agentes de cambio, establece expectativas de comportamiento en cuanto a tener conciencia sobre el riesgo de suicidio, desarrolla las destrezas y los conocimientos de esta población (o sea, mediante educación y capacitación) e investiga cada caso de suicidio (o sea, medición de los resultados). Asimismo, representa un cambio fundamental que implica ver al suicidio y a la enfermedad mental no solo como problemas médicos sino también como problemas más abarcadores de todas las fuerzas armadas, que afectan a toda la comunidad.¹¹² Mediante el uso de un diseño de estudio de series temporales para examinar el efecto del programa en varios criterios de valoración relacionados con la violencia, los investigadores hallaron que el programa se asoció con una reducción del 33 % en el riesgo relativo del suicidio.¹¹² El programa también se asoció con reducciones en el riesgo relativo de los criterios de valoración relacionados, incluidos la violencia moderada y grave en la familia (30 % y 54 %, respectivamente), el homicidio (51 %) y la muerte accidental (18 %).¹¹² En un análisis longitudinal del programa para el periodo desde 1981 hasta el 2008 (16 años antes de que se lanzara el programa en 1997, y 11 años después) se halló que las tasas de suicidio fueron significativamente más bajas después del lanzamiento del programa que antes de este.⁸⁷ Estos efectos fueron constantes a lo largo del tiempo, excepto en el 2004, año que los autores hallaron se asoció a una implementación menos rigurosa de los componentes del programa en comparación con los otros años.⁸⁷

Por último, mientras todavía se está formando la evidencia para la prevención del suicidio en las instalaciones correccionales, la evidencia preliminar parece indicar que se pueden potencialmente reducir las tasas de suicidio mediante políticas y prácticas a nivel de organización, que incluyan capacitación rutinaria en la prevención del suicidio para todo el personal; evaluaciones de ingreso y de riesgo estandarizadas; la provisión de información compartida entre los miembros del personal (especialmente en las transiciones y los traslados de los reclusos); diversos niveles de observación; ambientes físicos seguros; protocolos de respuesta ante emergencias; la notificación de comportamientos suicidas/ suicidios en toda la cadena de mando; el uso de la técnica de intervención de apoyo tras incidentes críticos y análisis de muertes (*critical incident stress debriefing and death review*).¹⁰² Cuando se implementaron estas políticas y prácticas en 11 prisiones de Luisiana, las tasas de suicidio se redujeron en un 46 % (de una tasa de 23.1 por cada 100 000 personas antes de la intervención a una de 12.4 por cada 100 000 personas al año siguiente).¹¹³ Otros programas similares han mostrado reducciones en las tasas de suicidio, tanto en los Estados Unidos como en otros países.¹¹⁴

Políticas comunitarias para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Si bien existen varias políticas para limitar el consumo de alcohol en exceso, hay varios estudios sobre la relación entre la densidad geográfica de lugares de venta de alcohol y los factores de riesgo de suicidio (como violencia interpersonal y conexión social),¹¹⁵⁻¹¹⁸ que sugieren que las medidas para reducir la densidad geográfica de lugares de venta de alcohol podrían potencialmente reducir la cantidad de suicidios en los que medie el alcohol. Asimismo, un análisis longitudinal sobre la densidad geográfica de lugares de venta de alcohol, la mortalidad por suicidio y las hospitalizaciones por intento de suicidio en un periodo de 6 años en el área de 581 códigos postales de California indicó que las densidades mayores de bares, específicamente, se relacionaron con mayores cantidades de suicidios e intentos de suicidio, en especial en las áreas rurales.¹¹⁹





Fomento de la conexión

Fundamento

La socióloga Emile Durkheim planteó la teoría en 1897 de que una de las causas principales del riesgo de suicidio era tener vínculos sociales débiles; o sea, falta de conexión.¹²⁰ La conexión es el grado al que una persona o grupo de personas tienen cercanía social, se interrelacionan o comparten recursos con los demás.¹²¹ Las conexiones sociales se pueden formar dentro los distintos niveles de la ecología social y entre estos niveles;¹⁷ por ejemplo, entre personas (semejantes, vecinos, compañeros de trabajo), familias, escuelas, vecindarios, lugares de trabajo, comunidades religiosas, grupos culturales y la sociedad en su conjunto. Dentro del contexto de esta conexión, el término capital social se refiere al sentido de confianza que una persona tiene en su comunidad o vecindario, su integración social y también a la disponibilidad de organizaciones sociales y a su participación en ellas.^{122, 123} En muchos estudios ecológicos transversales y longitudinales se ha examinado el efecto que tienen los aspectos del capital social en los síntomas de la depresión, el trastorno depresivo, la salud mental en general y el suicidio. Si bien la evidencia es limitada, los estudios existentes parecen indicar que hay una asociación positiva entre el capital social (medido a partir de la confianza social y la participación comunitaria y vecinal) y tener mejor salud mental.^{124, 125} Juntos la conexión y el capital social pueden proteger contra los comportamientos suicidas al reducir el aislamiento, animar la adopción de comportamientos de superación adaptativos y al aumentar el grado de pertenencia, valor personal y valoración, para ayudar a desarrollar resiliencia ante la adversidad. El grado de conexión puede también proporcionar a las personas un mejor acceso a recursos y apoyos formales, movilizar a las comunidades a satisfacer las necesidades de sus integrantes y proporcionar actividades colectivas de prevención primaria a la comunidad en su conjunto.¹²¹

Enfoques

Modelar las normas de los semejantes y mejorar la participación comunitaria para fomentar la conexión entre las personas y dentro de las comunidades puede proteger contra el suicidio.


Programas de normas de semejantes. Estos programas tienen el objetivo de normalizar los factores de protección contra el suicidio, como buscar ayuda, acercarse y hablar con un adulto de confianza y promover la conexión con semejantes. Al aprovechar las cualidades de liderazgo y la influencia social de los semejantes, estos enfoques se pueden usar para modificar las creencias a nivel de grupo y promover un cambio positivo a nivel social y comportamental. Estos enfoques generalmente están dirigidos a los jóvenes y se implementan en entornos escolares, pero también se pueden implementar en entornos comunitarios.¹²⁶

Actividades de participación en la comunidad. La participación en la comunidad es uno de los aspectos del capital social.¹²⁷ Los enfoques para la participación en la comunidad pueden implicar la participación de las personas en una variedad de actividades, incluidas las actividades religiosas, las actividades de limpieza y enverdecimiento (*greening*) y las actividades grupales de ejercicio físico. Estas actividades les proporcionan la oportunidad de tener mayor participación en la comunidad y de conectarse con otros integrantes de la comunidad, organizaciones y recursos, lo cual lleva a una mejor salud física general, menos estrés y menos síntomas depresivos que, a su vez, reducen el riesgo de suicidio.



Resultados potenciales

- Aumento en las actitudes y los comportamientos saludables de superación
- Aumento en las remisiones de jóvenes que están sufriendo
- Aumento en la búsqueda de ayuda
- Aumento en la percepción sobre el apoyo de los adultos



Promover la conexión entre las personas y las comunidades puede proteger contra el suicidio.



Evidencia

La evidencia actual sugiere que las actividades de normas de semejantes y la participación en la comunidad presentan un número de beneficios positivos, aunque se necesitan hacer más investigaciones de evaluación para examinar si estas mejoras respecto de los factores de protección contra los comportamientos suicidas se traducen en una cantidad menor de intentos de suicidio y muertes por suicidio.

Programas de normas de semejantes.

Las evaluaciones muestran que los programas como *Fuentes de Fortaleza (Sources of Strength)* pueden mejorar las normas y las creencias que los estudiantes crean y difunden sobre el suicidio en las escuelas. En un estudio controlado aleatorizado sobre el programa *Fuentes de Fortaleza* que se realizó con 18 escuelas secundarias superiores (6 metropolitanas, 12 rurales), los investigadores hallaron que el programa mejoró las normas adaptativas relativas al suicidio, la conexión con los adultos y la participación escolar.³⁶ Los líderes semejantes también tuvieron mayor propensión a remitir a sus amigos suicidas a un adulto que los del grupo de control. El resultado del programa, para los estudiantes, fue una mayor percepción de apoyo de los adultos a los jóvenes suicidas, particularmente entre aquellos que tenían antecedentes de ideación suicida, y la aceptabilidad de los comportamientos de búsqueda de ayuda. Por último, los líderes semejantes capacitados también reportaron una mayor reducción en las actitudes de inadaptación respecto de la superación, en comparación con los no capacitados.³⁶



Actividades de participación en la comunidad. En Filadelfia se realizó una iniciativa de enverdecimiento de lotes vacantes entre 1999 y el 2008. Los residentes locales y miembros de la comunidad trabajaron juntos para limpiar, enverdecer y mantener 4436 lotes (o 7.8 millones de pies cuadrados) en cuatro áreas de la ciudad. Los investigadores hallaron reducciones significativas en los niveles de estrés autorreportados de los residentes, que es uno de los factores de riesgo de suicidio, y mayor actividad física, que es uno de los factores de protección contra el suicidio, que en los residentes de las áreas de lotes vacantes de control. Hay algo de evidencia de beneficios en otras áreas, como reducciones en la cantidad de asaltos a mano armada y vandalismo.^{128, 129}





Enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas

Fundamento

El desarrollo de destrezas de la vida diaria, prepara a las personas para afrontar exitosamente los desafíos de la vida diaria y para adaptarse al estrés y la adversidad. El concepto general de destrezas de la vida diaria abarca a varios conceptos, pero suele incluir destrezas de superación y resolución de problemas, regulación emocional, resolución de conflictos y pensamiento crítico. Las destrezas de la vida diaria son importantes para proteger a las personas contra los comportamientos suicidas.¹²⁶ Los programas de prevención del suicidio que se centran en las destrezas de la vida diaria y las destrezas sociales se derivan de las teorías cognitivas sociales,¹³⁰ que sostienen que el comportamiento suicida se atribuye, ya sea al aprendizaje directo y a modelos, o a características ambientales o individuales (por ejemplo, desesperanza). La incapacidad de emplear estrategias adecuadas para superar los factores estresantes inmediatos y para identificar y encontrar la solución a los problemas ha sido caracterizada entre las personas que intentan suicidarse.¹³¹ Enseñarles y proporcionarles a los jóvenes las destrezas para afrontar los desafíos y factores estresantes de todos los días es, por lo tanto, un importante componente de la prevención del suicidio.

Enfoques

Los programas de educación socio-emocional y de destrezas de crianza y relaciones familiares son dos enfoques para enseñar destrezas de superación y de resolución de problemas.

Programas de educación socio-emocional. Estos programas se centran en el desarrollo y el fortalecimiento de las destrezas de comunicación y resolución de problemas, la regulación emocional, la resolución de conflictos, la búsqueda de ayuda y las destrezas de superación. Abordan una variedad de factores de riesgo de suicidio y de protección contra el comportamiento suicida. Les proporcionan a los niños y a los jóvenes las destrezas para resolver problemas en las relaciones, la escuela y con otros niños o jóvenes, y ayudan a los jóvenes a manejar las otras influencias negativas asociadas al suicidio (como el consumo de sustancias).¹²⁶ Estos enfoques generalmente se imparten a todos los estudiantes de un grado o escuela en particular, aunque algunos programas se centran también en grupos de estudiantes considerados en alto riesgo de suicidio. Las oportunidades para practicar y reforzar las destrezas son una importante parte de los programas eficaces.¹³²

Programas de destrezas de crianza y relaciones familiares. Estos programas les proporcionan apoyo a las personas que están a cargo de niños, y tienen el objetivo de reforzar las destrezas de crianza, mejorar las interacciones padre-hijo positivas y mejorar las destrezas y habilidades comportamentales y emocionales de los niños.¹³² Este tipo de programa, por lo general, se diseña para los padres o personas a cargo de los niños de un rango de edad específico y puede ser autodirigido o impartido a familias de manera individual o en grupos de familias. Algunos de los programas tienen sesiones principalmente con los padres o personas a cargo de niños mientras que otros incluyen sesiones para los padres o personas a cargo de niños, los jóvenes y la familia. El contenido específico de los programas normalmente varía según la edad del niño, pero frecuentemente coincide en que incluye temas de desarrollo infantil, comunicación y relación padre-hijo, y de destrezas interpersonales y resolución de problemas del joven.



Resultados potenciales

- Reducción en la ideación suicida
- Reducción en los intentos de suicidio
- Reducción en los comportamientos de riesgo de suicidio (por ejemplo, depresión, ansiedad, problemas conductuales, abuso de sustancias)
- Mejoras en los comportamientos de búsqueda de ayuda
- Mejoras en la competencia social y las destrezas de regulación emocional
- Mejoras en las destrezas de resolución de problemas y manejo de conflictos

Evidencia

Hay varios programas de educación socio-emocional y de crianza y relaciones familiares que demostraron en las evaluaciones rigurosas mejorar la resiliencia y reducir los comportamientos problemáticos y los factores de riesgo de varios comportamientos, incluidos aquellos estrechamente relacionados con el suicidio, como la depresión, los comportamientos de internalización y el abuso de sustancias.¹³³

Programas de educación socio-emocional. El *Programa de Jóvenes Conscientes de la Salud Mental (Youth Aware of Mental Health Program, YAM)* fue desarrollado para adolescentes de 14 a 16 años y usa el diálogo interactivo y representaciones de roles para enseñarles sobre los factores de riesgo y de protección asociados con el suicidio (incluidos el conocimiento acerca de la depresión y la ansiedad), y mejorar sus destrezas de resolución de problemas para afrontar los eventos adversos de la vida, el estrés, la escuela y otros problemas.¹³⁴ En un estudio controlado aleatorizado, por grupos, realizado en 10 países de la Unión Europea y 168 escuelas, los alumnos de las escuelas asignadas aleatoriamente al grupo del programa YAM tuvieron probabilidades significativamente menores de intentar suicidarse o de tener ideaciones suicidas graves en el seguimiento de los 12 meses en comparación con los de las escuelas de control que recibieron materiales educativos y la atención habitual. En términos generales, el riesgo relativo de intentos de suicidio juvenil entre los que estaban en el grupo de YAM se redujo en más del 50 % al indicar que de 1000 alumnos, cinco del grupo YAM intentaron suicidarse en comparación con 11 del grupo de control. Además, en cuanto a la ideación grave de suicidio, el riesgo relativo en el grupo YAM se redujo en 49.6 %.¹³⁴

Otro ejemplo es el *Juego del Buen Comportamiento (Good Behavior Game, GBG)*, que es un programa para niños de 6 a 10 años que se imparte en la clase. El programa usa una estrategia de manejo del comportamiento en equipos, que promueve el buen comportamiento al establecer una expectativa clara de buen comportamiento y consecuencias para el comportamiento de inadaptación. El objetivo del programa GBG es crear un sistema social integrado en la clase, que apoye la capacidad de aprender de todos los niños, con pocas manifestaciones de comportamiento agresivo o disruptivo.¹³⁵ En el programa participaron dos cohortes de niños durante los años escolares 1985-86 y 1986-87 cuando estos asistían a primer y segundo grado. Se analizaron un número de resultados proximales y distales entre las dos cohortes a lo largo del tiempo. Con respecto a los resultados distales relacionados con el suicidio, un análisis de los resultados del programa GBG indicó que las personas de la primera cohorte que fueron asignadas a participar en el programa GBG cuando estaban en primer grado, reportaron la mitad de las probabilidades ajustadas de ideación suicida y de intentos de suicidio al momento de la evaluación aproximadamente 15 años después (cuando tenían entre 19 y 21 años), en comparación con aquellas que habían estado en el entorno escolar estándar. El efecto beneficioso del programa se mantuvo en cuanto a la ideación suicida independientemente de que se hubieran incluido covariables de referencia.¹³⁵ El efecto del programa GBG en los intentos de suicidio fue menos robusto en algunos modelos ajustados, que incluyeron a cuidadores de salud mental. En la segunda cohorte de estudiantes que estaban en el programa GBG, ni sus resultados de ideación suicida ni sus intentos de suicidio fueron significativamente distintos a los del grupo de control.¹³⁵ Según los investigadores, esto pudo deberse a una posible falta de fidelidad en la implementación del programa, como menor mentoría y monitoreo a los maestros. También se halló que el programa GBG se asoció a un menor riesgo de abuso de sustancias posterior y de otros factores de riesgo en los estudiantes de la primera cohorte. Los resultados de la segunda cohorte fueron, en general, menores; pero apuntaron hacia la dirección deseada.¹³⁶



Programas de destrezas de crianza y relaciones familiares. Los enfoques de capacitación en destrezas de crianza y familiares han demostrado tener un efecto prometedor en la prevención de factores de riesgo claves asociados al suicidio. Por ejemplo, el programa *Años Increíbles (Incredible Years, IY)* es un programa de capacitación integral en grupo para padres, maestros y niños que tiene el objetivo de reducir los problemas de conducta y de abuso de sustancias (dos importantes factores de riesgo de suicidio en los jóvenes) al mejorar los factores de protección como, por ejemplo, las interacciones y relaciones padre-maestro-niño positivas y receptivas, la autorregulación emocional y la competencia social (todos, factores de protección contra el suicidio).¹³² El programa consta de entre 9 y 20 sesiones que se ofrecen en un entorno comunitario (por ejemplo, en centros religiosos, de recreación, de tratamiento de salud mental y hospitales). Varios estudios han demostrado el efecto del programa *IY* en la reducción de los síntomas de internalización, como la ansiedad y la depresión, y de los problemas de conducta en los niños.^{137, 138} Este programa también se asoció a un mejoramiento en la capacidad de resolver problemas y de manejar conflictos; estas destrezas se mantuvieron en el seguimiento de 1 año.¹³⁹⁻¹⁴¹ El programa, además, demostró producir mayores beneficios con relación a los síntomas de internalización en los niños, según evaluaron las madres, en comparación con el grupo de control de aquellos en lista de espera, cuando se incluyeron los componentes de padre, niño y maestro.¹³²

Asimismo, el programa *Fortalecimiento de las Familias, 10-14 (Strengthening Families 10-14)* implica sesiones para los padres, los jóvenes y las familias con la meta de mejorar las destrezas de los padres para disciplinar a sus hijos, manejar las emociones y los conflictos, y comunicarse con sus hijos; promover las destrezas interpersonales y de resolución de problemas de los jóvenes; y crear actividades familiares que forjen cohesión e interacciones positivas entre padres e hijos. La premisa del programa es que el desarrollo de estas destrezas, tanto en los padres como en los hijos, reducirá los comportamientos de internalización y el abuso de sustancias en la adolescencia, los cuales son dos importantes factores de riesgo de suicidio.¹⁴² El programa *Fortalecimiento de las Familias* ha demostrado reducir significativamente los comportamientos de externalización, como la agresión o el consumo de alcohol y drogas entre los participantes jóvenes, y también la depresión y el consumo de alcohol y drogas entre las familias participantes.¹⁴²



Los enfoques de capacitación en destrezas de crianza y familiares han mostrado tener efectos prometedores para la prevención de los factores de riesgo clave asociados al suicidio.





Identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo

Fundamento

Para poder reducir los suicidios, es necesario poner atención y brindar cuidados a las poblaciones vulnerables, ya que las tasas de comportamientos suicidas en estos grupos tienden a ser más altas que las tasas promedio. Estas poblaciones vulnerables incluyen, entre otras, a las personas con un nivel socioeconómico más bajo o afectadas por un problema de salud mental; las personas que hayan intentado suicidarse anteriormente; los veteranos y el personal militar en servicio activo; las personas que estén internadas en una institución, hayan sido víctimas de violencia o no tengan hogar; las personas que tengan un estatus de minoría sexual; y los miembros de ciertos grupos raciales o étnicos minoritarios.^{8, 9, 12, 13, 143} El apoyo a las personas en riesgo requiere de la identificación proactiva de los casos y la respuesta eficaz, programas de intervención en crisis y tratamientos basados en la evidencia. Encontrar formas óptimas de identificar las personas en riesgo, adaptar los servicios para que sean más accesibles (por ejemplo, por Internet cuando sea lo apropiado) y motivar a las personas para que reciban atención médica basada en la evidencia (por ejemplo, por medios de tratamiento colaborativo) siguen siendo desafíos clave.^{81, 144, 145} Si los servicios simplemente se mejoran o amplían, esto no garantiza que serán utilizados por las personas que más los necesitan, ni que aumentará necesariamente la cantidad de personas que hagan seguimiento de las remisiones o tratamientos recomendados. Por ejemplo, algunas personas que viven en comunidades desfavorecidas podrían tener problemas sociales y económicos que pueden afectar adversamente su capacidad de acceder a los servicios de apoyo.⁷⁰

Enfoques

Los siguientes enfoques se centran en la identificación y el apoyo a las personas que estén en mayor riesgo de suicidio.

Capacitación de personal de primera línea. Esta capacitación tiene el objetivo de instruir a maestros, entrenadores, clérigos, personal de respuesta a emergencias, proveedores de atención médica primaria y urgente, y a otras personas de la comunidad en identificar a las personas que podrían estar en riesgo de suicidio y a responder de manera eficaz, e incluso facilitarles servicios de búsqueda de tratamiento y de apoyo. Esta capacitación del personal de primera línea puede ser implementada en una variedad de entornos a fin de identificar y brindar apoyo a las personas en riesgo.¹⁴⁶

Intervención en crisis. Estos enfoques brindan servicios de apoyo y remisión, que generalmente consisten en conectar a la persona que está en crisis (o a un amigo o familiar de la persona que está en riesgo) con un voluntario capacitado o personal profesional mediante una línea telefónica de ayuda, chat en línea, mensajes de texto o en persona. Los enfoques de las intervenciones en crisis tienen el objetivo de impactar los factores de riesgo de suicidio claves, que incluyen depresión, el sentimiento de desesperanza y la utilización subsiguiente de servicios de salud mental.¹⁴⁷ De manera similar a la reducción de los medios para el suicidio, las intervenciones en crisis pueden aumentar la distancia o el tiempo entre la persona que esté considerando suicidarse y el comportamiento dañino.

Tratamiento para las personas en riesgo de suicidio. Puede incluir varias formas de sicoterapia administrada por proveedores con licencia para ayudar a las personas con problemas de salud mental y otros factores de riesgo de suicidio, mediante la resolución de problemas y la regulación emocional. El tratamiento generalmente se hace en un formato individual o grupal entre pacientes y médicos, y puede ser de varias semanas de duración o continuo, según se necesite. Los tratamientos que emplean la terapia colaborativa (o sea, entre el paciente y el terapeuta o administrador de atención) o la terapia integrada (o sea, con vinculación entre la atención médica primaria y la de salud del comportamiento) pueden ayudar a animar a los pacientes y motivar su participación en la terapia y, por lo tanto, aumentar su retención y reducir su riesgo de suicidio.¹⁴⁸⁻¹⁵⁰



Tratamiento para prevenir los nuevos intentos. Estos enfoques generalmente incluyen hacer contacto de seguimiento y el uso de diversas modalidades (por ejemplo, con visitas domiciliarias, por correo, teléfono, correo electrónico) para motivar la participación de los sobrevivientes de un intento de suicidio reciente en un tratamiento continuo para prevenir los nuevos intentos de suicidio.¹⁵¹ El tratamiento puede centrarse en mejorar las destrezas de superación, la conciencia plena y otras destrezas de regulación emocional, y puede incluir tanto visitas domiciliarias de administración de casos para mejorar la adherencia al tratamiento y la continuidad de la atención médica, como terapia interpersonal individual o en grupo. Los enfoques que motivan la participación de las personas que han intentado suicidarse y las conectan con otras que lo han intentado y con proveedores son especialmente importantes porque muchas de ellas no se presentan a los servicios de atención médica posterior; entre el 12 y el 25 % volverán a intentarlo dentro del año, y entre el 3 y el 9 % de aquellas que sobreviven el intento mueren por suicidio entre 1 y 5 años después del intento inicial.¹⁵¹

Resultados potenciales

- Reducción en la ideación suicida
- Reducción en los intentos de suicidio
- Reducción en las tasas de suicidio
- Reducción en la depresión y los sentimientos de desesperanza
- Reducción en los nuevos intentos de suicidio
- Mejora en las destrezas de superación
- Aumento en la participación en el tratamiento y el cumplimiento con la toma de los medicamentos

Evidencia

La actual evidencia parece indicar que identificar a las personas que están en riesgo de suicidio y proporcionarles tratamiento y apoyo de manera continua puede impactar positivamente las tasas de suicidio y los factores de riesgo relacionados.

Capacitación del personal de primera línea. *Capacitación en Destrezas Aplicadas de Intervención contra el Suicidio (Applied Suicide Intervention Skills Training, ASIST)* es un programa de capacitación de amplia implementación que ayuda a los consejeros que atienden las líneas de ayuda, los trabajadores de emergencias y otro personal de primera línea (*gatekeeper*) a identificar a las personas suicidas y crear una conexión con ellas, comprender sus razones para vivir y morir, y ayudar a conectar a las que lo necesitan con los recursos disponibles, de manera segura. En un estudio en el que se usó un ensayo aleatorizado controlado, Gould, Cross, Pisani, Munfakh y Kleinman¹⁵² evaluaron la capacitación en toda la red de líneas de ayuda de la *Red Nacional de Prevención del Suicidio* durante el período 2008-2009. Mediante el uso de los datos de 1410 personas suicidas que llamaron a 17 centros de esta red, los investigadores hallaron que las que habían hablado con consejeros que contaban con la capacitación del programa *ASIST* tenían probabilidades significativamente mayores de sentirse menos deprimidas, menos suicidas, menos abrumadas y más esperanzadas al final de la llamada que aquellas que habían hablado con consejeros que no contaban con esa capacitación. Los consejeros con la capacitación del programa *ASIST* fueron, además, más capaces de mantener a las personas en el teléfono por más tiempo y de establecer una conexión con ellas. Sin embargo, la capacitación en *ASIST* no produjo más evaluaciones de riesgo de suicidio integrales que la capacitación en cuidados habitual.¹⁵²



La capacitación en la atención de primera línea también ha sido uno de los componentes principales del *Programa Garret Lee Smith para la Prevención del Suicidio*, (*Garret Lee Smith [GLS] Suicide Prevention Program*), que se ha implementado en 50 estados y en 50 tribus. En una evaluación de múltiples sitios se analizó el impacto que tuvo la capacitación del personal de primera línea en los intentos de suicidio y las muertes. Para ello se compararon los cambios en las tasas de suicidio y comportamientos suicidas no mortales entre personas jóvenes de 10 a 24 años en condados que implementaron la capacitación del programa *GLS* con la trayectoria observada en condados similares que no la implementaron. Los condados que implementaron esta capacitación tuvieron tasas de suicidio juvenil significativamente menores al año de su implementación.¹⁵³ Estos hallazgos representan una reducción de 1 muerte por suicidio por cada 100 000 jóvenes de 10 a 24 años, o la prevención de aproximadamente 237 muertes en ese grupo de edad, entre el 2007 y el 2010. Los condados que implementaron las actividades del programa *GLS* también tuvieron tasas de intentos de suicidio significativamente menores entre los jóvenes de 16 a 23 años al año siguiente de la implementación que otros condados similares que no implementaron estas actividades (4.9 menos intentos por cada 1000 jóvenes).¹⁵⁴ Más de 79 000 intentos de suicidio podrían haberse prevenido durante el periodo de análisis.

Intervención en crisis. Las líneas de ayuda para la prevención del suicidio son una forma de brindar intervenciones en crisis. En una evaluación sobre la eficacia de la *Red Nacional de Prevención del Suicidio* en prevenir suicidios, 1085 personas suicidas que llamaron a esta línea completaron una evaluación estándar de riesgo de suicidio y 380 de ellas completaron una evaluación de seguimiento entre 1 y 52 días después de la evaluación inicial (mediana = 13.5 días). Los investigadores hallaron que más de la mitad de las personas de la muestra inicial estaban seriamente considerando suicidarse cuando llamaron y que tenían un plan para llevarlo a cabo. Los investigadores también hallaron que entre los participantes del seguimiento, hubo una reducción significativa del dolor psicológico, la desesperanza y la intención de morir entre el inicio de la llamada (momento 1) y el seguimiento (momento 3).¹⁵⁵ Entre el momento 2 (el final de la llamada) y el momento 3, el efecto se sostuvo en cuanto al dolor psicológico y la desesperanza, pero no fue significativo en cuanto a la intención de morir, lo cual parece indicar que se necesita un mayor esfuerzo de acercamiento durante y después de la llamada en el caso de las personas con altos niveles de intento de suicidio.¹⁵⁵

Tratamiento para las personas en riesgo de suicidio. El programa *Mejora del Estado de Ánimo y Promoción del Acceso al Tratamiento Colaborativo* (*Improving Mood—Promoting Access to Collaborative Treatment, IMPACT*) tiene el objetivo de prevenir el suicidio entre los pacientes mayores de atención médica primaria al reducir la ideación suicida y la depresión. El programa *IMPACT* facilita la formación de una alianza terapéutica, que es un plan personalizado de tratamiento que incluye las preferencias del paciente y un seguimiento proactivo (bisemanal durante la fase aguda y mensual durante la fase de continuación) por parte de un administrador de cuidados para la depresión.¹⁵⁶ El programa ha demostrado mejorar significativamente la calidad de vida y reducir la deficiencia funcional, la depresión y la ideación suicida de los pacientes durante los 24 meses de seguimiento^{156,157} en comparación con los que recibieron los cuidados habituales.

El enfoque *Evaluación y Manejo Colaborativos del Riesgo de Suicidio* (*Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS*) es un enfoque terapéutico para la evaluación y el tratamiento específicos del suicidio. El enfoque flexible del programa se puede usar en todos los entornos de tratamiento independientemente de la orientación teórica del médico e implica que este y el paciente trabajan juntos en un proceso de evaluación interactivo a fin de crear un plan de tratamiento particular para paciente. Las sesiones son colaborativas e involucran una contribución constante por parte del paciente sobre lo que le está funcionando y lo que no, con el objetivo final de mejorar la alianza terapéutica y aumentar la motivación del paciente suicida para recibir tratamiento. El programa *CAMS* ha sido probado y respaldado en 6 estudios correlacionales,¹⁴⁴ en una variedad de entornos ambulatorios y de internación, y en un estudio aleatorizado controlado y otros adicionales que están en curso. Un estudio de viabilidad realizado con una muestra comunitaria de pacientes suicidas asignados aleatoriamente al programa *CAMS* o a un cuidado habitual mejorado (ingreso con un siquiatra o una enfermera especializada en siquiátrica seguido de 1-11 visitas con un administrador de casos y medicamentos, según sea necesario) se halló una mejor retención del tratamiento entre los del grupo *CAMS* y mejoras significativas en cuanto a la ideación suicida, los síntomas generales de sufrimiento emocional y el sentimiento de desesperanza en el seguimiento de los 12 meses.¹⁵⁸



Otros ejemplos incluyen la *terapia dialéctica conductual (DBT, por sus siglas en inglés)* y la *terapia familiar basada en el apego (ABFT, por sus siglas en inglés)*. La terapia dialéctica conductual es una terapia multicomponente para personas que están en alto riesgo de suicidio y que podrían tener dificultades con la impulsividad y con la regulación emocional. Los componentes de esta terapia incluyen terapia individual, capacitación en destrezas grupal, instrucción telefónica entre sesiones y un equipo de terapeutas para la consulta. En un estudio controlado aleatorizado de mujeres que habían tenido recientemente un comportamiento suicida o de auto daño, aquellas que recibieron *terapia dialéctica conductual* tuvieron la mitad de las probabilidades de tener un intento de suicidio en el seguimiento de los dos años que aquellas que recibieron el tratamiento comunitario (23 % comparado con 46 %), también requirieron menos hospitalización por ideación suicida y tuvieron menor riesgo médico respecto de todos los intentos de suicidio y actos de auto daño combinados.¹⁵⁹

La *terapia familiar basada en el apego* es un programa para adolescentes de 12 a 18 años que tiene el objetivo de tratar el trastorno depresivo mayor clínicamente diagnosticado, eliminar la ideación suicida y reducir la ansiedad disposicional.¹⁶⁰ En un estudio controlado aleatorizado sobre la terapia familiar basada en el apego se halló que los adolescentes suicidas asignados a esta terapia tuvieron una mejora significativamente más alta en cuanto a la ideación suicida en las 24 semanas de seguimiento que aquellos asignados a una terapia habitual mejorada. Asimismo, un porcentaje significativamente más alto de participantes que recibía la *terapia familiar basada en el apego* reportó no haber tenido ideación suicida la semana anterior a la evaluación de las 12 semanas en comparación con los adolescentes que recibieron un cuidado habitual mejorado (69.2 % comparado con 34.6 %), y también a las 24 semanas (82.1 % comparado con 46.2 %).¹⁶⁰

El proyecto *Traducción de Iniciativas para la Depresión en Soluciones Eficaces (Translating Initiatives for Depression into Effective Solutions, TIDES)* usa un enlace de cuidados para la depresión para vincular la atención médica primaria con los servicios de salud mental. Este enlace de cuidados para la depresión evalúa y educa a los pacientes, y hace seguimiento tanto con los pacientes como con los proveedores entre las visitas de atención médica primaria a fin de optimizar el tratamiento. Estos cuidados colaborativos aumentan la eficacia de la forma de proporcionar los servicios de salud mental al insertarlos en el entorno de atención médica primaria, donde se detectan originalmente muchas afecciones mentales y luego se tratan, en el caso de la mayoría de los pacientes. En una evaluación del proyecto *TIDES* se halló una reducción significativa en los puntajes de gravedad de la depresión en el 70 % de los pacientes de atención médica primaria.¹⁶¹ Los pacientes tratados con el enfoque *TIDES* también demostraron cumplimiento con la toma de los medicamentos y las visitas de seguimiento en un 85 y 95 %, respectivamente.¹⁶¹

Tratamiento para prevenir los nuevos intentos. Hay varias estrategias que apuntan a prevenir los nuevos intentos, que han demostrado tener un impacto en la reducción de las muertes por suicidio. Por ejemplo, el programa *Intervención Breve en Sala de Emergencia con Visitas de Seguimiento (Emergency Department Brief Intervention with Follow-up Visits)* implica una sesión informativa de una hora al momento del alta hospitalaria, que aborda la ideación suicida e intentos de suicidio, el sufrimiento emocional, los factores de riesgo de suicidio y de protección contra el suicidio, alternativas al auto daño y opciones de remisiones combinada con contactos de seguimiento a lo largo de 18 meses (en las semanas 1, 2, 4, 7 y 11, y los meses 4, 6, 12 y 18). Los contactos de seguimiento se hacen por teléfono o mediante visitas domiciliarias, según el esquema específico, por hasta 18 meses. En un estudio controlado aleatorizado que inscribió a personas que habían intentado suicidarse, en ocho salas de emergencia hospitalarias, en cinco países (Brasil, India, Sri Lanka, Irán y China) se halló que proporcionar una breve intervención, seguida de nueve visitas de seguimiento a lo largo de 18 meses, se asoció a una cantidad significativamente menor de muertes por suicidio en comparación con el grupo del tratamiento habitual (0.2 % comparado con 2.2 %, respectivamente).¹⁶²


Otro ejemplo de tratamiento para la prevención de nuevos intentos implica *enfoques de contactos de seguimiento activos* como enviar tarjetas postales o cartas y hacer llamadas telefónicas a fin de incrementar la sensación de conexión del paciente con los proveedores de atención médica y reducir su aislamiento.¹⁵¹ Estos enfoques incluyen la expresión de apoyo e interés por el bienestar de la persona y generalmente invitan a los pacientes a reconectarse con su proveedor. Los contactos se hacen de manera periódica (por ejemplo, mensualmente o cada tantos meses en los primeros 12 meses posteriores al alta; algunos de los programas continúan los contactos durante dos años o más). En los metanálisis realizados por Inagaki et al¹⁵¹ se halló que las intervenciones para la prevención de los nuevos intentos de suicidio en los pacientes admitidos a una sala de emergencias por intento de suicidio redujeron los nuevos intentos en aproximadamente el 17 % durante hasta los 12 meses posteriores al alta; sin embargo, los efectos de estos enfoques en



los nuevos intentos más allá de los 12 meses no han sido evaluados todavía.¹⁵¹ Además, debido a que tanto la cantidad de ensayos incluidos en este metanálisis como el tamaño de las muestras relacionadas fueron reducidos, no fue posible determinar el efecto que tuvieron sobre el suicidio los enfoques de contacto y seguimiento activos.

En un estudio controlado aleatorizado sobre el enfoque de contactos y seguimiento a largo plazo para la prevención poscrisis del suicidio, Motto and Bostrom¹⁶³ hallaron que los pacientes que no aceptaron cuidados continuos, pero que fueron aleatorizados para ser contactados por carta cuatro veces al año mostraron tasas de suicidio menores durante los dos años de seguimiento que aquellos del grupo de control que no recibieron estos contactos adicionales. Otros estudios también han mostrado que las cartas poscrisis y las tarjetas de superación tienen un efecto de protección contra la ideación suicida y los intentos de suicidio.^{164, 165}

Por último, el enfoque de *terapia cognitiva conductual para la prevención del suicidio (CBT-SP, por sus siglas en inglés)* es un ejemplo de enfoque terapéutico para la prevención de nuevos intentos. Usa un enfoque de reducción del riesgo y de prevención de recaídas que incluye el análisis de los factores de riesgo proximales y los factores estresantes (por ejemplo, los problemas en las relaciones, las dificultades relacionadas con la escuela o el trabajo) anteriores y posteriores al intento de suicidio; la creación de un plan de seguridad; desarrollo de destrezas y educación psicológica. La terapia *CBT-SP* asimismo contiene módulos de destrezas familiares que se centran en el apoyo y los patrones de comunicación familiar, y en mejorar las destrezas de resolución de problemas de la familia. En un estudio controlado aleatorizado sobre este enfoque se halló que, en comparación con el tratamiento habitual, la terapia cognitiva de 10 sesiones ambulatorias diseñada para prevenir la repetición de los intentos de suicidio mostró una reducción del 50 % en la probabilidad de nuevos intentos de suicidio entre los adultos que habían sido admitidos a una sala de emergencias por un intento de suicidio.¹⁶⁶



Hay varias estrategias que apuntan a prevenir los nuevos intentos, que han demostrado tener un impacto en la reducción de las muertes por suicidio.



Reducir los daños y prevenir el riesgo futuro

Fundamento

En los Estados Unidos y en el resto del mundo, cada año millones de personas sufren el duelo causado por un suicidio.⁵ Se ha mostrado que el riesgo y los factores de riesgo de suicidio aumentan entre las personas que han sufrido la pérdida de un amigo o persona de su grupo, familiar, compañero de trabajo u otro contacto cercano a causa del suicidio.¹⁶⁷ Por lo tanto, es muy importante brindarles cuidado y atención a estas personas que están en duelo. A pesar de las buenas intenciones, frecuentemente la respuesta de los medios y de otros puede aumentar este riesgo. Por ejemplo, las investigaciones muestran que la exposición al informe sensacionalizado o desinformado de un suicidio puede aumentar el riesgo de suicidio entre las personas vulnerables y puede contribuir involuntariamente a lo que se denomina suicidio por imitación o contagio.^{168, 169}

Enfoques

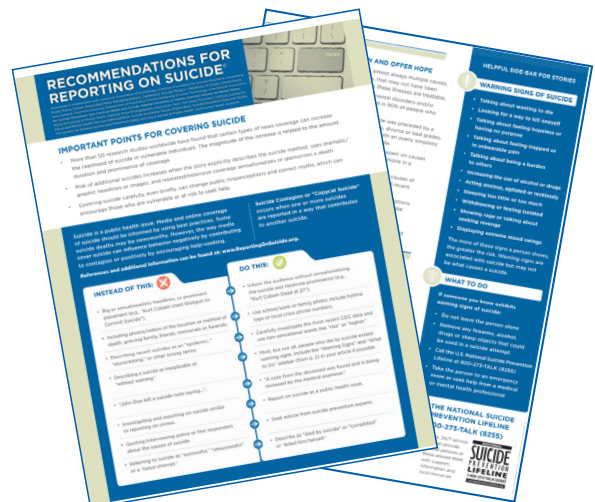
Algunos de los enfoques que se pueden usar para reducir el daño y el futuro riesgo de suicidio incluyen la intervención posterior y el informe y difusión de mensajes seguros tras el suicidio.

Intervenciones posteriores. Son enfoques que se implementan *después* de que haya ocurrido un suicidio y pueden incluir sesiones de comentario, consejería o un grupo de apoyo para el duelo, para los amigos, familiares y otros contactos cercanos sobrevivientes. Por lo general, no se ha evaluado el impacto de estos programas sobre el suicidio, los intentos de suicidio ni la ideación suicida, pero pueden reducir la culpa del sobreviviente, los sentimientos de depresión y el duelo complicado.¹⁷⁰

Informe y mensajes seguros en relación con el suicidio. La forma en que se comunica información sobre un suicidio reciente al público (por ejemplo, en una asamblea escolar, los medios de comunicación en masa, los medios sociales) puede incrementar el riesgo de suicidio entre las personas vulnerables y contribuir involuntariamente al suicidio por imitación. Los informes que incluyen mensajes de prevención del suicidio, historias de esperanza y resiliencia, factores de riesgo y protección, y enlaces a recursos de ayuda (por ejemplo, líneas de ayuda) y que evitan sensacionalizar el evento y reducir su causa a un solo factor, pueden ayudar a reducir la probabilidad de suicidio por imitación.¹⁷¹

Resultados potenciales

- Reducción en la ideación suicida
- Reducción en los intentos de suicidio
- Reducción en las tasas de suicidio
- Reducción en el sufrimiento psicológico
- Mejoras en el informe tras el suicidio
- Reducción en el efecto de imitación relacionado con el suicidio






Evidencia

La evidencia actual sugiere que las intervenciones posteriores y el informe y mensajes seguros pueden afectar los factores de riesgo de suicidio y de protección contra el suicidio.

Intervención posterior. Un ejemplo de programa de intervención posterior con evidencia de efecto sobre los factores de riesgo de suicidio y de protección contra el suicidio es el *Servicio de Respuesta StandBy* (o solo *StandBy*, según su abreviación). *StandBy* brinda apoyo de acercamiento telefónico y presencial a los clientes mediante un equipo profesional de respuesta a crisis. Los coordinadores del sitio crean planes personalizados de administración de casos, en los que se remite a los clientes a otros servicios existentes de la comunidad según sus necesidades.¹⁷² En un estudio realizado por Visser, Comans y Scuffham,¹⁷² los clientes que estaban en el grupo de *StandBy* tuvieron probabilidades significativamente menores de estar en alto riesgo de suicidio (ideación suicida e intentos de suicidio) y tuvieron menos sufrimiento psicológico que los que estaban en el grupo de duelo de control, que no habían tenido contacto con el programa *StandBy* (48 y 64 %, respectivamente). Asimismo, las investigaciones parecen indicar que los enfoques de intervención posterior activa, en los que el acercamiento a los sobrevivientes del suicidio ocurre en el lugar del suceso, se asocian al inicio más pronto del tratamiento, mayor asistencia a reuniones de grupos de apoyo y asistencia a más reuniones, en comparación con la intervención posterior pasiva (o sea, los enfoques en los que los sobrevivientes se autorremiten para recibir servicios).¹⁷³

Informe y mensajes seguros en relación con el suicidio. Una forma de asegurar que se informe de manera segura y se difundan mensajes seguros sobre el suicidio es animar a los medios noticiosos a adherirse a las *Recomendaciones para reportar el suicidio* (<http://www.reportingonsuicide.org>). La evidencia más persuasiva que respalda estas recomendaciones para el informe de suicidios proviene de Austria. Tras un marcado aumento en la cantidad de suicidios en el tren subterráneo de Viena, se incorporaron pautas para los medios y se usó un diseño de series temporales interrumpidas para evaluar el efecto de las pautas a nivel nacional en los suicidios subsiguientes. Debido a los cambios en la calidad y la cantidad de los informes noticiosos hubo una reducción significativa de 81 suicidios al año a nivel nacional.¹⁶⁹ Por último, las investigaciones parecen indicar no solo que informar sobre los suicidios de una manera negativa (por ejemplo, informar sobre los mitos relativos al suicidio y la repetición) tiene efectos negativos respecto al suicidio, sino también que informar sobre las destrezas de superación ante la adversidad puede mostrar efectos protectores contra el suicidio.¹⁷⁴ Informar sobre la ideación suicida (sin informar sobre un suicidio o intento de suicidio) conjuntamente con la descripción del “dominio” que se tuvo sobre una situación de crisis en la que se superaron las adversidades se asoció a una reducción significativa en las tasas de suicidio durante el periodo inmediatamente posterior a tal informe.¹⁷⁴



Las intervenciones posteriores, y el informe y los mensajes seguros pueden influir en los factores de riesgo de suicidio y de protección contra el suicidio.



Participación de los sectores

El sector de salud pública puede cumplir una función importante y única para abordar el suicidio. Las agencias de salud pública, que generalmente colocan la prevención al frente de sus esfuerzos y trabajan para lograr un amplio efecto a nivel poblacional, pueden aportar liderazgo y recursos críticos para abordar este problema. Estas agencias pueden, por ejemplo, actuar como medios para la convocación y reunión de las organizaciones socias y las partes interesadas a fin de planificar, priorizar y coordinar los esfuerzos de prevención del suicidio. Asimismo, las agencias de salud pública se encuentran bien posicionadas para recoger y difundir datos, implementar medidas preventivas, evaluar programas y hacer seguimiento del progreso. Si bien el sector de salud pública puede cumplir una función de liderazgo en la prevención del suicidio, las estrategias y enfoques descritos en este paquete técnico no se pueden lograr a través de este sector solo. Según se menciona en la *Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio*,¹ la integración y coordinación de las actividades de prevención en todos los sectores y entornos son esenciales para ampliar el alcance y el efecto de los esfuerzos de prevención del suicidio.

Otros sectores que son vitales para la implementación de este paquete incluyen, entre otros, a los sectores de educación, gobierno (local, estatal y federal), servicios sociales, servicios de salud, comercio, trabajo, justicia, vivienda, medios de comunicación y a las organizaciones que conforman al sector de la sociedad civil, como las organizaciones religiosas, las organizaciones juveniles, las fundaciones y otras organizaciones no gubernamentales. De forma colectiva, estas organizaciones pueden lograr una diferencia en la prevención del suicidio al afectar los diversos contextos y riesgos subyacentes que contribuyen al suicidio.

Las estrategias y enfoques descritos en este paquete técnico se resumen en el Apéndice junto con los sectores relevantes que se encuentran bien posicionados para liderar los esfuerzos de implementación. Por ejemplo, el sector comercio y trabajo, y el de salud (incluidas las compañías aseguradoras, los proveedores y los sistemas de salud), así como las entidades gubernamentales están en la mejor posición para implementar los programas y las políticas que sirven para el *Fortalecimiento de los apoyos económicos* y el *Fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación*. Estos tipos de apoyos van más allá del cambio de comportamiento individual y requieren del compromiso y apoyo de aquellos sectores que pueden abordar directamente algunos de los riesgos subyacentes y contextos ambientales que aumentan el riesgo de suicidio. Las entidades de salud pública pueden cumplir un papel importante al reunir y sintetizar información que sirve para conformar políticas, crear conciencia y evaluar la eficacia de diversas políticas. Más aún, la alianza con organizaciones no gubernamentales y comunitarias puede ser instrumental para conseguir respaldo para las políticas que afectan a las personas y las familias y crear conciencia sobre estas políticas.


El sector de salud pública ha estado a la vanguardia de muchos esfuerzos de prevención basados en la comunidad y ha estado trabajando colaborativamente con organizaciones escolares y comunitarias para cambiar las normas sociales e influir en el comportamiento relacionado con la salud de manera positiva. El sector de salud pública es muy adecuado para tomar un rol de liderazgo similar para *Promover la conexión* a través de actividades que favorecen el cambio en las normas de los semejantes y motivan la participación en la comunidad, y para apoyar el desarrollo, la evaluación y la adopción de programas eficaces para la *Enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas* a fin de prevenir el riesgo de suicidio en primer lugar. Estos programas generalmente se imparten en entornos escolares y comunitarios, lo cual hace que las organizaciones educativas y no gubernamentales sean socios vitales para la prevención.

Por otro lado, las empresas, los lugares de trabajo y las entidades locales y estatales son quienes están en mejor posición para establecer políticas y respaldar las prácticas que sirven para *Crear ambientes protectores* en los lugares donde las personas viven, trabajan y se entretienen. Las entidades de salud pública pueden cumplir una función importante al reunir y sintetizar información, trabajar con otras agencias gubernamentales (por ejemplo, justicia penal, defensa) y agencias dentro del poder ejecutivo de su gobierno estatal o local para apoyar políticas y otros enfoques, y evaluar la eficacia de las medidas tomadas. De manera similar, las entidades de salud pública pueden aliarse con escuelas, lugares de trabajo y organizaciones comunitarias para implementar y evaluar los programas, prácticas y políticas de prevención que apuntan a crear ambientes de apoyo seguros y saludables.



Por último, en este paquete se incluye un número de intervenciones que se pueden impartir en entornos hospitalarios, de atención médica primaria, de cuidado de la salud mental y comunitarios para la *Identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo*. Las actividades e intensidad de muchas de estas intervenciones requieren la experiencia de profesionales que cuenten con licencia y estén capacitados para administrar apoyo crítico de intervención. Los sectores de salud, servicios sociales y justicia pueden trabajar colaborativamente para apoyar a las personas que estén en alto riesgo de suicidio y a sus familias. Estas actividades requieren, asimismo, que se coordinen los apoyos entre varios proveedores de servicios y organizaciones comunitarias.

Independientemente de la estrategia que se use, se necesitará la acción de muchos sectores para que se logre la implementación exitosa de este paquete técnico. En este sentido, todos los sectores pueden cumplir un papel importante e influyente para prevenir el suicidio en primer lugar y reducir el daño inmediato y a largo plazo de los comportamientos suicidas al ayudar a aquellos que estén pasando por un momento de crisis a recibir los servicios y el apoyo que necesitan.



Todos los sectores pueden tener un papel importante e influyente en la prevención del suicidio.



Monitoreo y evaluación

El monitoreo y la evaluación son componentes necesarios del enfoque de salud pública para la prevención. Es importante tener datos oportunos y confiables para monitorear el alcance del problema y evaluar el efecto de los esfuerzos de prevención. Estos datos también son necesarios para la planificación e implementación de los esfuerzos de prevención, y es importante que se reúnan de manera continua y sistemática.

Sin embargo, también es importante que se reúnan datos que sean uniformes y coherentes entre todos los sistemas. Tener datos coherentes les permite a la salud pública y a otras entidades poder medir mejor el alcance del problema, identificar a los grupos en alto riesgo y monitorear los efectos de los programas y las políticas de prevención. En este momento es común que los distintos sectores, agencias y organizaciones empleen diferentes definiciones de ideación suicida, comportamiento suicida y muerte por suicidio, lo cual puede hacer que sea difícil monitorear uniformemente determinados criterios de valoración a lo largo del tiempo y en los distintos sectores. Por ejemplo, la forma en que se clasifican las muertes puede cambiar de una jurisdicción a la otra, y puede cambiar según estándares médicos o médico-legales locales.⁴ Al ofrecer definiciones uniformes y recomendaciones en cuanto a los datos sobre la violencia autoinfligida que se deben recoger, los CDC proporcionan un marco que ayuda a garantizar que los datos se recojan de manera uniforme en todos los sistemas de vigilancia.⁴



Existen sistemas de vigilancia a nivel federal, estatal y local. Es importante evaluar la disponibilidad de datos de vigilancia y de sistemas de datos en todos estos niveles para identificar y abordar las brechas que haya en estos sistemas. El *Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés)*⁷ de los CDC y el *Sistema Nacional de Notificación de Muertes Violentas (NVDRS)*¹⁷⁵ son ejemplos de sistemas de vigilancia que proporcionan datos sobre las muertes por suicidio. NVSS es un sistema de vigilancia en todo el país que recoge datos demográficos, geográficos y sobre las causas de muerte que aparecen en los certificados de defunción.⁷ NVDRS es un sistema de vigilancia a nivel estatal (actualmente en 40 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico) que combina los datos de los certificados de defunción, informes policiales e informes de funcionarios o médicos forenses a fin de proveer información detallada sobre las circunstancias de las muertes violentas, incluido el suicidio, que pueden ayudar a las comunidades a guiar los enfoques para la prevención.¹⁷⁵ Los datos del Equipo de Revisión de Muertes Infantiles¹⁷⁶ y del Equipo de Revisión de Muertes por Suicidio (que hay en varios estados) ofrecen otro recurso para identificar las muertes y obtener conocimientos acerca de los vacíos en los servicios, los sistemas y los factores de riesgo de suicidio modificables.



El *Programa de Seguimiento de Todas las Lesiones del Sistema Electrónico Nacional de Vigilancia de Lesiones (NEISS-AIP, por sus siglas en inglés)* proporciona datos representativos a nivel nacional sobre todos los tipos y causas de lesiones no mortales tratadas en salas de emergencia en hospitales estadounidenses, y puede usarse para evaluar las tasas y tendencias a nivel nacional de lesiones autoinflingidas, por causa (por ejemplo, caídas, envenenamiento, etc.), edad, raza u origen étnico, sexo, disposición (dónde va la persona lesionada cuando se le da el alta de la sala de emergencias).⁶

Además de información sobre las muertes y las lesiones no mortales, algunos sistemas de vigilancia también proporcionan estimados nacionales, estatales y algunos locales sobre el comportamiento suicida. El *Sistema de Vigilancia de los Comportamientos de Riesgo en los Jóvenes (YRBSS)* recoge información sobre una muestra representativa a nivel nacional de estudiantes de 9.º a 12.º grado y es un recurso clave para el monitoreo de comportamientos de riesgo para la salud entre los jóvenes, incluso de si han considerado seriamente suicidarse, si han intentado suicidarse, hecho planes para suicidarse o necesitado el tratamiento de un médico o enfermera por un intento de suicidio cuyo resultado haya sido una lesión, envenenamiento o sobredosis.¹⁷⁷ Los datos del YRBSS se obtienen a partir de una encuesta nacional escolar realizada por los CDC y de encuestas realizadas por agencias de salud y educacionales a nivel estatal, territorial y tribal, y en distritos escolares urbanos grandes.¹⁷⁷ La *Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas y la Salud (NSDUH)*⁵⁰ es una encuesta anual de la población civil no internada en una institución, de 12 años y mayor. La NSDUH proporciona estimaciones tanto a nivel nacional como estatal sobre el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, drogas ilegales y uso no médico de medicamentos recetados); la salud mental (enfermedad mental en el año anterior, enfermedades concomitantes); y la utilización de servicios, junto con ideación suicida, planes de suicidarse e intentos de suicidio. Esta encuesta es un recurso clave para hacer seguimiento de las tendencias de los factores de riesgo relacionados con el suicidio en la población y ayudar a identificar los grupos que están en mayor riesgo.⁵⁰

También es importante a todos los niveles (local, estatal y federal) para abordar las brechas en la respuesta, hacer seguimiento del progreso de los esfuerzos de prevención y evaluar el efecto de estos esfuerzos, e incluso de este paquete técnico. Los datos de las evaluaciones, que resultan de la implementación y el monitoreo de los programas, son esenciales para informar sobre lo que funciona y lo que no funciona para la reducción de las tasas de suicidio y respecto de los factores de riesgo y de protección relacionados. Las teorías del cambio y los modelos lógicos que identifican resultados a corto, mediano y largo plazo son una parte importante de la evaluación de los programas.

La base de evidencia para la prevención del suicidio ha avanzado sustancialmente en las últimas décadas. Sin embargo, se necesita hacer investigación adicional para entender el efecto que tienen los programas, prácticas y políticas sobre el suicidio (y los intentos de suicidio, como mínimo) en contraposición con meramente examinar la eficacia que tienen respecto de los factores de riesgo. También se necesitan más investigaciones para examinar la eficacia de las estrategias de prevención primaria (antes de que ocurra el riesgo) y de las estrategias a nivel comunitario para la prevención del suicidio a nivel poblacional. Será importante que los investigadores estudien la eficacia de distintas combinaciones de las estrategias y enfoques incluidos en este paquete. La mayoría de las evaluaciones existentes se centran en enfoques que han sido implementados de manera aislada, pero existe el potencial de entender los efectos sinérgicos que tienen dentro de un enfoque de prevención integral. Por último, también hay muchas oportunidades potenciales para construir y fortalecer la colaboración entre las distintas áreas programáticas (por ejemplo, prevención de la violencia, prevención del abuso de sustancias) a fin de evaluar el efecto que tienen los distintos enfoques sobre diversos criterios de valoración.




Conclusión

El suicidio es un problema de salud pública grave. Las tasas de suicidio han estado aumentando por más de una década y los costos alcanzan fácilmente los miles de millones de dólares cada año. Si bien el suicidio es un resultado estadísticamente raro, tiene un impacto humano con un efecto dominó de profundo alcance. Es probable que cada uno de nosotros interactúe con sobrevivientes de suicidio —personas que han pasado por la experiencia y personas que piensan a diario en el suicidio—, ya sea en nuestro hogar, lugar de trabajo o comunidad. El suicidio y los intentos de suicidio son problemas de salud pública que preocupan a la sociedad. Hay un número de barreras que han impedido el progreso. Estas incluyen, por ejemplo, el estigma relacionado con la búsqueda de ayuda, la enfermedad mental y el hecho de ser sobreviviente; también incluyen el temor relacionado con preguntarle a alguien sobre los pensamientos suicidas. Afortunadamente, al igual que muchos problemas de salud pública, el suicidio es prevenible,^{1,5} y se está haciendo más al respecto ahora que nunca, según queda evidenciado por el trabajo de la Alianza Nacional de Acción para la Prevención del Suicidio,^{39,40,75,88} la publicación del primer informe mundial sobre el suicidio⁵ y la obtención de datos de vigilancia más oportunos, entre otros.

En un esfuerzo por seguir impulsando el campo de trabajo y la sociedad más hacia la prevención, este paquete técnico incluye estrategias y enfoques que se usarían idealmente de manera integral, multisectorial y en niveles múltiples. Incluye estrategias y enfoques que previenen el riesgo de suicidio en primer lugar, así como estrategias centradas en reducir los daños inmediatos y a largo plazo del comportamiento suicida. También incluye estrategias que varían, desde enfoques que abarcan a la población entera independientemente de su nivel de riesgo, a estrategias cuyo objetivo es apoyar a las personas que tienen el mayor riesgo. Este paquete técnico fundamentalmente extiende los límites de las estrategias típicas de prevención y tiene en cuenta los enfoques que van más allá del cambio del comportamiento individual, a fin de abordar mejor los factores de riesgo que afectan a las comunidades y poblaciones de manera más generalizada (por ejemplo, políticas económicas para fortalecer la seguridad de vivienda y financiera).

Mientras la base de evidencias sigue aflorando, la colección de programas, políticas y prácticas que se delinean aquí están disponibles en este momento para ser implementadas. Conforme con la buena práctica de salud pública, el objetivo es que el monitoreo y la evaluación cumplan un papel importante en esa implementación. Asimismo, a medida que haya más evidencia disponible, este paquete técnico podrá refinarse para que refleje el estado corriente de la ciencia.

Para terminar, y de acuerdo con el mensaje de resiliencia expresado por aquellos que han vivido esta experiencia, “la esperanza, la ayuda y la sanación son posibles”.



***“La esperanza,
la ayuda y la
sanación son
posibles”.***





Referencias

1. U.S. Office of the Surgeon General, National Action Alliance for Suicide Prevention. *2012 National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action*. Washington, D.C.: HHS; 2012.
2. National Action Alliance for Suicide Prevention. Action Alliance priorities. 2017; <http://actionallianceforsuicideprevention.org/priorities>.
3. Frieden TR. Six components necessary for effective public health program implementation. *Am J Public Health*. 2014;104(1):17-22.
4. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. *Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, version 1.0*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
5. World Health Organization. *Suicide prevention: a global imperative*. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2014.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Web-Based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control. Available online: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>.
7. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. National Vital Statistics System. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/deaths.htm>.
8. Bachynski KE, Canham-Chervak M, Black SA, Dada EO, Millikan AM, Jones BH. Mental health risk factors for suicides in the US Army, 2007–8. *Inj Prev*. 2012;18(6):405-412.
9. Lineberry TW, O'Connor SS. Suicide in the US Army. *Mayo Clinic Proceedings*. 2012;87(9):871-878.
10. McIntosh WL, Spies E, Stone DM, Lokey CN, Trudeau AR, Bartholow B. Suicide rates by occupational group - 17 states, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(25):641-645.
11. Han B, Crosby AE, Ortega LA, Parks SE, Compton WM, Gfroerer J. Suicidal ideation, suicide attempt, and occupations among employed adults aged 18–64 years in the United States. *Compr Psychiatry*. 2016;66:176-186.
12. Kann L, McManus T, Harris WA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2015. *MMWR CDC Surveill Summ*. 2016;65(6):1-174.
13. Russell ST, Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health*. 2001;91(8):1276-1281.
14. Stone DM, Luo F, Ouyang L, Lippy C, Hertz MF, Crosby AE. Sexual orientation and suicide ideation, plans, attempts, and medically serious attempts: evidence from local Youth Risk Behavior Surveys, 2001-2009. *Am J Public Health*. 2014;104(2):262-271.
15. Crosby AE, Han B, Ortega LA, Parks SE, Gfroerer J. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 years--United States, 2008-2009. *MMWR CDC Surveill Summ*. 2011;60(13):1-22.
16. Lipari R, Piscopo K, Kroutil LA, Kilmer Miller G. Suicidal thoughts and behavior among adults: results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. *NSDUH Data Review 2015*; <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR2-2014/NSDUH-FRR2-2014.pdf>.
17. Dahlberg LL, Krug EG. Violence—a global public health problem. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002:1-21.
18. Owens D. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002;181(3):193-199.
19. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(12):1172-1181.
20. Bossarte RM, Karras E, Lu N, et al. Associations between the Department of Veterans Affairs' suicide prevention campaign and calls to related crisis lines. *Public Health Rep (Washington, D.C.: 1974)*. 2014;129(6):516-525.



21. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord.* 2004;82(2):217-225.
22. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA.* 2001;286(24):3089-3096.
23. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245-258.
24. Klomek AB, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Can J Psychiatry.* 2010;55(5):282-288.
25. Leeb RT, Lewis T, Zolotor AJ. A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine.* 2011;5(5):454-468.
26. World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.* Geneva: World Health Organization; 2013.
27. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, et al. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ.* 2014;92(9):641-655.
28. Haegerich TM, Dahlberg LL. Violence as a public health risk. *American Journal of Lifestyle Medicine.* 2011;5(5):392-406.
29. Wilkins N, Tsao B, Hertz M, Davis R, Klevens J. *Connecting the dots: an overview of the links among multiple forms of violence.* Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
30. Hamby S, Grych J. *The web of violence: exploring connections among different forms of interpersonal violence and abuse.* Briefs in Sociology. New York, NY: Springer; 2013.
31. Kleiman EM, Riskind JH, Schaefer KE, Weingarden H. The moderating role of social support on the relationship between impulsivity and suicide risk. *Crisis.* 2012;33(5):273-279.
32. Carter M, McGee R, Taylor B, Williams S. Health outcomes in adolescence: associations with family, friends and school engagement. *J Adolesc.* 2007;30(1):51-62.
33. Maimon D, Browning CR, Brooks-Gunn J. Collective efficacy, family attachment, and urban adolescent suicide attempts. *J Health Soc Behav.* 2010;51(3):307-324.
34. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse.* 2012;3(2):231-280.
35. Losel F, Farrington DP. Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence. *Am J Prev Med.* 2012;43(2 Suppl 1):S8-S23.
36. Wyman PA, Brown CH, LoMurray M, et al. An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *Am J Public Health.* 2010;100(9):1653-1661.
37. Dunne EJ, McIntosh JL, Dunne-Maxim K, eds. *Suicide and its aftermath: understanding and counseling the survivors.* New York: Norton; 1987.
38. Mishara BL. *The impact of suicide.* New York: Springer; 1995.
39. National Action Alliance for Suicide Prevention: Suicide Attempt Survivors Task Force. *The way forward: pathways to hope, recovery, and wellness with insights from lived experience.* Washington, D.C. : Author; 2014.
40. National Action Alliance for Suicide Prevention: Survivors of Suicide Loss Task Force. *Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: U.S. national guidelines.* Washington, D.C. : Author; 2015.
41. Crosby AE, Sacks JJ. Exposure to suicide: incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. *Suicide Life Threat Behav.* 2002;32(3):321-328.
42. Cerel J, Maple M, De Venne A, Moore M, Flaherty C, Brown M. Exposure to suicide in the community: prevalence and correlates in one US state. *Public Health Rep (Washington, D.C.: 1974).* 2016;131(1):100-107.



43. Chapman AL, Dixon-Gordon KL. Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(5):543-552.
44. Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer-Stephens M. Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis.* 2004;25(1):12-18.
45. Sudak H, Maxim K, Carpenter M. Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry.* 2008;32(2):136-142.
46. Cerel J, McIntosh JL, Neimeyer RA, Maple M, Marshall D. The continuum of "survivorship": definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2014;44(6):591-600.
47. Florence C, Simon T, Haegerich T, Luo F, Zhou C. Estimated lifetime medical and work-loss costs of fatal injuries-United States, 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(38):1074-1077.
48. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA, Jr., Silverman MM. Suicide and suicidal attempts in the United States: costs and policy implications. *Suicide Life Threat Behav.* 2016;46(3):352-362.
49. Silverman MM, Maris RW. The prevention of suicidal behaviors: an overview. *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25(1):10-21.
50. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. National Survey on Drug Use and Health. 2016; https://nsduhwebesn.rti.org/respweb/project_description.html.
51. Desai RA, Dausey DJ, Rosenheck RA. Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):311-318.
52. Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways. *Am J Prev Med.* 2014;47(3):S144-S151.
53. Edwards RW, Jumper-Thurman P, Plested BA, Oetting ER, Swanson L. Community readiness: research to practice. *Journal of Community Psychology.* 2000;28(3):291-307.
54. Hawkins JD, Catalano RF, Kuklinski MR. Communities that care. *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice:* Springer; 2014:393-408.
55. Plested BA, Edwards RW, Jumper-Thurman P. *Community readiness: a handbook for successful change.* Fort Collins, CO: Tri-Ethnic Center for Prevention Research. 2006.
56. Luo F, Florence CS, Quispe-Agnoli M, Ouyang L, Crosby AE. Impact of business cycles on US suicide rates, 1928-2007. *Am J Public Health.* 2011;101(6):1139-1146.
57. Fowler KA, Gladden RM, Vagi KJ, Barnes J, Frazier L. Increase in suicides associated with home eviction and foreclosure during the US housing crisis: findings from 16 National Violent Death Reporting System States, 2005-2010. *Am J Public Health.* 2015;105(2):311-316.
58. Stack S, Wasserman I. Economic strain and suicide risk: a qualitative analysis. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(1):103-112.
59. Cylus J, Glymour MM, Avendano M. Do generous unemployment benefit programs reduce suicide rates? A state fixed-effect analysis covering 1968-2008. *Am J Epidemiol.* 2014;180(1):45-52.
60. Classen TJ, Dunn RA. The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: a new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health Econ.* 2012;21(3):338-350.
61. Flavin P, Radcliff B. Public policies and suicide rates in the American states. *Social Indicators Research.* 2009;90(2):195-209.
62. U.S. Department of Housing and Urban Development. Neighborhood Stabilization Program. <https://www.hudexchange.info/programs/nsp/>, 2017.
63. Houle JN, Light MT. The home foreclosure crisis and rising suicide rates, 2005 to 2010. *Am J Public Health.* 2014;104(6):1073-1079.
64. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004;4:37.
65. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997;170:205-228.



66. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015;385(9969):717-726.
67. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1998;173:11-53.
68. Mark TL, Shern DL, Bagalman JE, Cao Z. *Ranking America's mental health: an analysis of depression across the states*. Alexandria, VA: Mental Health America. 2007.
69. Lang M. The impact of mental health insurance laws on state suicide rates. *Health Econ*. 2013;22(1):73-88.
70. Wang PS, Demler O, Kessler RC. Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *Am J Public Health*. 2002;92(1):92-98.
71. Cunningham PJ. Beyond parity: primary care physicians' perspectives on access to mental health care. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(3):w490-501.
72. Coffey CE. Building a system of perfect depression care in behavioral health. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(4):193-199.
73. The Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008 (MHPEA), HR 1424, 110th Congress. 2008.
74. U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administrations. Designated health professional shortage areas statistics. <https://www.hudexchange.info/programs/nsp/>, 2017.
75. National Action Alliance for Suicide Prevention: Clinical Workforce Preparedness Task Force. *Suicide prevention and the clinical workforce: guidelines for training*. Washington, D.C.: Author; 2014.
76. Harris KM, Carpenter C, Bao Y. The effects of state parity laws on the use of mental health care. *Med Care*. 2006;44(6):499-505.
77. Health Resources & Services Administration. National Health Service Corps. 2017; <https://www.nhsc.hrsa.gov/>.
78. U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administrations. *National Health Service Corp clinician retention: a story of dedication and commitment*. 2016. <https://nhsc.hrsa.gov/currentmembers/membersites/retainproviders/retentionbrief.pdf>.
79. Hailey D, Roine R, Ohinmaa A. The effectiveness of telemental health applications: a review. *The Can J Psychiatry*. 2008;53(11):769-778.
80. Mohr DC, Vella L, Hart S, Heckman T, Simon G. The effect of telephone-administered psychotherapy on symptoms of depression and attrition: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2008;15(3):243-253.
81. Coffey CE. Pursuing perfect depression care. *Psychiatr Serv*. 2006;57(10):1524-1526.
82. Coffey CE, Coffey MJ, Ahmedani BK. An update on perfect depression care. *Psychiatr Serv*. 2013;64(4):396.
83. Coffey M, Coffey C, Ahmedani BK. Suicide in a health maintenance organization population. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(3):294-296.
84. Haddon W. Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. *Public Health Rep*. 1980;95(5):411-421.
85. Toosi M. Labor force projections to 2024: The labor force is growing, but slowly. Washington, D.C.: Bureau of Labor Statistics; *Monthly Labor Review*. 2015:1-33.
86. Noonan ME. Mortality in State Prisons, 2001-2014 *Bureau of Justice Statistical Tables*. 2016;250150(December).
87. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, et al. The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. *Am J Public Health*. 2010;100(12):2457-2463.
88. National Action Alliance for Suicide Prevention Workplace Task Force. *Comprehensive Blueprint for Workplace Suicide Prevention*. Washington, D.C. : Author; 2015.
89. Runyan CW, Becker A, Brandspigel S, Barber C, Trudeau A, Novins D. Lethal means counseling for parents of youth seeking emergency care for suicidality. *West J Emerg Med*. 2016;17(1):8-14.



90. Miller M, Warren M, Hemenway D, Azrael D. Firearms and suicide in US cities. *Inj Prev.* 2015;21(e1):e116-119.
91. Crosby AE, Espitia-Hardeman V, Ortega L, Lozano B. Alcohol and suicide. *Alcohol: Science, Policy and Public Health.* 2013:190-193.
92. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, et al. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Inj Prev.* 2013;19(1):38-43.
93. Beautrais AL, Gibb SJ, Fergusson DM, Horwood LJ, Larkin GL. Removing bridge barriers stimulates suicides: an unfortunate natural experiment. *Aust NZ J Psychiat.* 2009;43(6):495-497.
94. Stokes ML, McCoy KP, Abram KM, Byck GR, Teplin LA. Suicidal ideation and behavior in youth in the juvenile justice system: a review of the literature. *Journal of Correctional Health Care.* 2015;21(3):222-242.
95. Elnour AA, Harrison J. Lethality of suicide methods. *Inj Prev.* 2008;14(1):39-45.
96. Simon OR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow MJ, O'Carroll PW. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav.* 2001;32(1 Suppl):49-59.
97. Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss EM. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry.* 2009;70(1):19-24.
98. Hawton K. Restricting access to methods of suicide: rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis.* 2007;28(S1):4-9.
99. Yip P, Caine E, Yousuf S, Chang S-S, Wu K, Chen Y-Y. Means restriction for suicide prevention. *Lancet.* 2012;379(9834):2393-2399.
100. Cox GR, Owens C, Robinson J, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13(1):1-12.
101. Rowhani-Rahbar A, Simonetti JA, Rivara FP. Effectiveness of interventions to promote safe firearm storage. *Epidemiol Rev.* 2016;38(1):111-124.
102. Hayes LM. Suicide prevention in correctional facilities: reflections and next steps. *Int J Law Psychiatry.* 2013;36(3-4):188-194.
103. Giesbrecht N, Huguet N, Ogden L, et al. Acute alcohol use among suicide decedents in 14 US states: impacts of off-premise and on-premise alcohol outlet density. *Addiction.* 2015;110(2):300-307.
104. Escobedo LG, Ortiz M. The relationship between liquor outlet density and injury and violence in New Mexico. *Accid Anal Prev.* 2002;34(5):689-694.
105. Xuan Z, Naimi TS, Kaplan MS, et al. Alcohol policies and suicide: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016;40(10):2043-2055.
106. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 2004;28(5 SUPPL.):18S-28S.
107. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Kryszynska K, Robinson J, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2015;2(11):994-1001.
108. Perron S, Burrows S, Fournier M, Perron PA, Ouellet F. Installation of a bridge barrier as a suicide prevention strategy in Montreal, Quebec, Canada. *Am J Public Health.* 2013;103(7):1235-1239.
109. Beautrais AL. Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. *Aust NZ J Psychiat.* 2001;35(5):557-562.
110. Grossman DC, Mueller BA, Riedy C, et al. Gun storage practices and risk of youth suicide and unintentional firearm injuries. *JAMA.* 2005;293(6):707-714.
111. Mishara BL, Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis.* 2012;33(3):162-168.
112. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ.* 2003;327(7428):1376.



113. Hayes LM. Prison Suicide: an overview and a guide to prevention. *The Prison Journal*. 1995;75(4):431-456.
114. Barker E, Kölves K, De Leo D. Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: systematic literature review of evidence-based activities. *Archives of Suicide Research*. 2014;18(3):227-240.
115. Rush BR, Gliksman L, Brook R. Alcohol availability, alcohol consumption and alcohol-related damage. I. The distribution of consumption model. *J Stud Alcohol*. 1986;47(1):1-10.
116. Gruenewald PJ, Remer L. Changes in outlet densities affect violence rates. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30(7):1184-1193.
117. Lipton R, Gruenewald P. The spatial dynamics of violence and alcohol outlets. *J Stud Alcohol*. 2002;63(2):187-195.
118. Lippy C, DeGue S. Exploring alcohol policy approaches to prevent sexual violence perpetration. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2016;17(1):26-42.
119. Johnson FW, Gruenewald PJ, Remer LG. Suicide and alcohol: do outlets play a role? *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(12):2124-2133.
120. Durkheim E. *Suicide: a study in sociology* (translated by JA Spaulding and G Simpson). New York, NY: Free Press. (Original work published 1897). 1897/1951.
121. Centers for Disease Control and Prevention. *Strategic direction for the prevention of suicidal behavior: promoting individual, family, and community connectedness to prevent suicidal behavior*. 2009; Available at: http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide_Strategic_Direction_Full_version-a.pdf.
122. Muennig P, Cohen AK, Palmer A, Zhu W. The relationship between five different measures of structural social capital, medical examination outcomes, and mortality. *Soc Sci Med*. 2013;85:18-26.
123. Beyer KM, Layde PM, Hamberger LK, Laud PW. Does neighborhood environment differentiate intimate partner femicides from other femicides? *Violence Against Women*. 2015;21(1):49-64.
124. Whitley R, McKenzie K. Social capital and psychiatry: review of the literature. *Harv Rev Psychiatry*. 2005;13(2):71-84.
125. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(8):619-627.
126. Wyman PA. Developmental approach to prevent adolescent suicides: research pathways to effective upstream preventive interventions. *Am J Prev Med*. 2014;47(3 Suppl 2):S251-256.
127. Centers for Disease Control and Prevention. *Principles of community engagement*. CDC/ATSDR Committee on Community Engagement. 1997. https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/PCE_Report_508_FINAL.pdf
128. Branas CC, Cheney RA, MacDonald JM, Tam VW, Jackson TD, Ten Have TR. A difference-in-differences analysis of health, safety, and greening vacant urban space. *Am J Epidemiol*. 2011;174(11):1296-1306.
129. Branas CC, Kondo MC, Murphy SM, South EC, Polsky D, MacDonald JM. Urban blight remediation as a cost-beneficial solution to firearm violence. *Am J Public Health*. 2016;106(12):2158-2164.
130. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc; 1986.
131. Pollock LR, Williams JM. Problem-solving in suicide attempters. *Psychol Med*. 2004;34(1):163-167.
132. Herman KC, Borden LA, Reinke WM, Webster-Stratton C. The impact of the Incredible Years parent, child, and teacher training programs on children's co-occurring internalizing symptoms. *Sch Psychol Q*. 2011;26(3):189-201.
133. Knox MS, Burkhart K, Hunter KE. ACT against violence parents raising safe kids program: effects on maltreatment-related parenting behaviors and beliefs. *Journal of Family Issues*. 2010.
134. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2014;385(9977):1536-1544.
135. Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, et al. The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend*. 2008;95 Suppl 1:S60-73.
136. Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, et al. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 2008;95 Suppl 1:S5-S28.



137. Webster-Stratton C, Reid MJ, Stoolmiller M. Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(5):471-488.
138. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2011;40(2):191-203.
139. Reid MJ, Webster-Stratton C, Hammond M. Follow-up of children who received the Incredible Years intervention for oppositional-defiant disorder: maintenance and prediction of 2-year outcome. *Behavior Therapy*. 2003;34(4):471-491.
140. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(1):93-109.
141. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in head start. *J Clin Child Psychol*. 2001;30(3):283-302.
142. Spoth RL, Guyll M, Day SX. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *J Stud Alcohol*. 2002;63(2):219-228.
143. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Increase in suicide in the United States, 1999-2014. *NCHS Data Brief*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2016.
144. Jobes DA. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide Life Threat Behav*. 2012;42(6):640-653.
145. Wilcox HC, Wyman PA. Suicide prevention strategies for improving population health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016;25:219-233.
146. Isaac M, Elias B, Katz LY, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(4):260-268.
147. Gould MS, Munfakh JL, Kleinman M, Lake AM. National suicide prevention lifeline: enhancing mental health care for suicidal individuals and other people in crisis. *Suicide Life Threat Behav*. 2012;42(1):22-35.
148. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Int Med*. 2006;166(21):2314-2321.
149. Archer J, Bower P, Gilbody S, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;10(Art No CD006525).
150. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds III CF, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291(9):1081-1091.
151. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015;175:66-78.
152. Gould MS, Cross W, Pisani AR, Munfakh JL, Kleinman M. Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide Life Threat Behav*. 2013;43(6):676-691.
153. Walrath C, Garraza LG, Reid H, Goldston DB, McKeon R. Impact of the Garrett Lee Smith youth suicide prevention program on suicide mortality. *Am J Public Health*. 2015;105(5):986-993.
154. Godoy Garraza L, Walrath C, Goldston DB, Reid H, McKeon R. Effect of the Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program on suicide attempts among youths. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(11):1143-1149.
155. 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):338-352.
156. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ*. 2006;332(7536):259-263.
157. Unutzer J, Tang L, Oishi S, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(10):1550-1556.



158. Comtois KA, Jobes DA, S. O'Connor S, et al. Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): feasibility trial for next-day appointment services. *Depress Anxiety*. 2011;28(11):963-972.
159. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):757-766.
160. Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, et al. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(2):122-131.
161. Rubenstein LV, Chaney EF, Ober S, et al. Using evidence-based quality improvement methods for translating depression collaborative care research into practice. *Families, Systems, & Health*. 2010;28(2):91-113.
162. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703-709.
163. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv*. 2001;52(6):828-833.
164. Hassanian-Moghaddam H, Sarjami S, Kolahi AA, Carter GL. Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry*. 2011;198(4):309-316.
165. Wang YC, Hsieh LY, Wang MY, Chou CH, Huang MW, Ko HC. Coping card usage can further reduce suicide reattempt in suicide attempter case management within 3-month intervention. *Suicide Life Threat Behav*. 2016;46(1):106-120.
166. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294(5):563-570.
167. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*. 2014;1:86-94.
168. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: the Viennese experience, 1980–1996. *Arch Suicide Res*. 1998;4(1):67-74.
169. Niederkrotenthaler T, Sonneck G. Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(5):419-428.
170. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Can J Public Health*. 2011;102(1):18-29.
171. Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide: a review of effectiveness. *Crisis*. 2012;33(4):190-198.
172. Visser VS, Comans TA, Scuffham PA. Evaluation of the effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Journal of Community Psychology*. 2014;42(1):19-28.
173. Cerel J, Campbell FR. Suicide survivors seeking mental health services: a preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide Life Threat Behav*. 2008;38(1):30-34.
174. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, et al. Media and suicide. Papageno v Werther effect. *BMJ*. 2010;341:c5841.
175. Centers for Disease Control and Prevention. National Violent Death Reporting System. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2017. Available online: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/nvdrs.html>.
176. The National Center for the Review & Prevention of Child Deaths. U.S. Child Death Review Programs. <https://www.childdeathreview.org/cdr-programs/u-s-cdr-programs/>.
177. Centers for Disease Control and Prevention, Brener ND, Kann L, et al. Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System--2013. *MMWR Recomm Rep*. 2013;62(RR-1):1-20.





Apéndice: Resumen de estrategias y enfoques para la prevención del suicidio

| Estrategia | Enfoque/programa, práctica o política | Mejor evidencia disponible | | | Sectores principales ¹ |
|---|--|----------------------------|---|---|------------------------------------|
| | | Suicidio | Intentos de suicidio o ideación sobre el suicidio | Otros factores de riesgo de suicidio o de protección contra el suicidio | |
| Fortalecimiento de los apoyos económicos | Fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar | | | | Gobierno (local, estatal, federal) |
| | <i>Programas de beneficios por desempleo</i> | ✓ | | ✓ | |
| | <i>Otros apoyos (ingresos)</i> | ✓ | | | Comercio/trabajo |
| | Políticas para la estabilidad de vivienda | | | | Gobierno (local, estatal, federal) |
| <i>Programa de Estabilización Vecinal</i> | | | ✓ | | |
| Fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación | Cobertura de afecciones mentales en las pólizas de seguro médico | | | | Gobierno (local, estatal, federal) |
| | <i>Leyes de paridad de la salud mental</i> | ✓ | | ✓ | |
| | Reducir la falta de proveedores en las áreas subatendidas | | | | Atención médica |
| | <i>Cuerpo Nacional de Salud (NHSC)</i> | | | ✓ | |
| | <i>Telesalud mental (TMH)</i> | | | ✓ | Servicios sociales |
| | Cuidados más seguros con relación al suicidio mediante cambios a nivel de sistema | | | | |
| <i>Atención Perfecta de la Depresión Henry Ford (precursora de Cero Suicidios)</i> | ✓ | | ✓ | | |
| Creación de ambientes protectores | Reducción del acceso a medios letales entre las personas en riesgo de suicidio | | | | Gobierno (local, estatal) |
| | <i>Intervenciones en los lugares propicios para el suicidio</i> | ✓ | | | |
| | <i>Prácticas de almacenamiento seguro</i> | | ✓ | ✓ | Salud pública |
| | <i>Consejería en Sala de Emergencias sobre el Acceso a Medios Letales (ED CALM)</i> | | | ✓ | Atención médica |
| | Políticas y cultura a nivel de organización | | | | Comercio/trabajo |
| | <i>Juntos por la Vida</i> | ✓ | | | |
| | <i>Programa de Prevención del Suicidio de la Fuerza Aérea de los EE. UU.</i> | ✓ | | ✓ | Justicia |
| | <i>Prevención del suicidio en centros correccionales</i> | ✓ | | | Gobierno (local, estatal, federal) |
| | Políticas basadas en la comunidad para reducir el consumo excesivo de alcohol | | | | Gobierno (local, estatal) |
| | <i>Regulación de la densidad de lugares de venta de alcohol</i> | ✓ | | ✓ | |
| Fomento de la conexión | Programas de normas de semejantes | | | | Salud pública |
| | <i>Fuentes de Fortaleza</i> | | | ✓ | Educación |
| | Actividades de participación en la comunidad | | | | Salud pública |
| | <i>Enverdecimiento de áreas urbanas vacantes</i> | | | ✓ | Gobierno (local) |

*Esta columna hace referencia a los sectores principales que se encuentran bien posicionados para traer liderazgo y recursos a los esfuerzos de implementación. Para cada estrategia, hay muchos otros sectores, como el de organizaciones no gubernamentales, que son esenciales para la planificación de la prevención y la implementación de actividades programáticas específicas.



| Estrategia | Enfoque/programa, práctica o política | Mejor evidencia disponible | | | Sectores principales ¹ |
|---|---|----------------------------|---|---|-----------------------------------|
| | | Suicidio | Intentos de suicidio o ideación sobre el suicidio | Otros factores de riesgo de suicidio o de protección contra el suicidio | |
| Enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas | Programas de educación socio-emocional | | | | Salud pública |
| | <i>Jóvenes Conscientes de la Salud Mental</i> | | ✓ | ✓ | Educación |
| | <i>Juego del Buen Comportamiento</i> | | ✓ | ✓ | |
| | Enfoques de destrezas de crianza y relaciones familiares | | | | Salud pública |
| | <i>Años Increíbles</i> | | | ✓ | Educación |
| | <i>Fortalecimiento de las Familias, 10-14</i> | | | ✓ | |
| Identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo | Capacitación del personal de primera línea | | | | Salud pública |
| | <i>Capacitación en Destrezas Aplicadas de Intervención contra el Suicidio</i> | | | ✓ | Atención médica |
| | <i>Programa Garret Lee Smith para la Prevención del Suicidio</i> | ✓ | ✓ | | |
| | Intervención en crisis | | | | Salud pública |
| | <i>Red Nacional de Prevención del Suicidio</i> | | ✓ | ✓ | Servicios sociales |
| | Tratamiento para las personas en riesgo de suicidio | | | | |
| | <i>Mejora del Estado de Ánimo y Promoción del Acceso al Tratamiento Colaborativo (IMPACT)</i> | | ✓ | ✓ | Atención médica |
| | <i>Evaluación y Manejo Colaborativos del Riesgo de Suicidio (CAMS)</i> | | ✓ | ✓ | Servicios sociales |
| | <i>Terapia dialéctica conductual (DBT)</i> | | ✓ | ✓ | Justicia |
| | <i>Terapia familiar basada en el apego (ABFT)</i> | | ✓ | | |
| | <i>Traducción de Iniciativas para la Depresión en Soluciones Eficaces (TIDES)</i> | | | ✓ | |
| | Tratamiento para prevenir los nuevos intentos | | | | |
| | <i>Intervención Breve en Sala de Emergencia con Visitas de Seguimiento</i> | ✓ | | | Atención médica |
| <i>Enfoques de contactos de seguimiento activos</i> | ✓ | ✓ | | Servicios sociales | |
| <i>Terapia cognitiva conductual para la prevención del suicidio</i> | | ✓ | | | |
| Reducir los daños y prevenir el riesgo futuro | Intervención posterior | | | | Atención médica |
| | <i>Servicio de Respuesta StandBy</i> | | ✓ | ✓ | |
| | Informe y mensajes seguros en relación con el suicidio | | | | Salud pública |
| | <i>Directrices para los medios</i> | ✓ | | | Medios de comunicación |

*Esta columna hace referencia a los sectores principales que se encuentran bien posicionados para traer liderazgo y recursos a los esfuerzos de implementación. Para cada estrategia, hay muchos otros sectores, como el de organizaciones no gubernamentales, que son esenciales para la planificación de la prevención y la implementación de actividades programáticas específicas.

Para obtener más información

Para informarse más sobre la prevención del suicidio, llame al 1-800-CDC-INFO o visite las páginas web de los CDC sobre la prevención de violencia en www.cdc.gov/violenceprevention.

National Center for Injury Prevention and Control
Division of Violence Prevention

