

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS PROGRAMAS EN IBEROAMÉRICA.

SUICIDE PREVENTION STRATEGIES: A SYSTEMATIC REVIEW OF PROGRAMS IN IBEROAMERICA.

Alexis Soto Salcedo¹, Patricia Villarroel Grüner¹, Alex Veliz Burgos², Anita Dörner París³

ABSTRACT

The present study is a review of suicide prevention strategies. To do this, a systematic review was conducted using as search engines Science Direct, Scopus, Education Source, Google Scholar, Web of Science, in the databases of Scopus, WOS, Science Direct, Dialnet, EBSCOhost, searching for keywords related to Suicide, Suicide Prevention Programs, and suicide prevention in adolescents. We extracted 87 articles whose title related to programs of prevention or evaluation of suicide behavior. The main findings indicate that the programs achieve some effectiveness, but most of them are evaluated suicidal ideation through self-application tests, rather than diagnostic interviews. Second, this study evaluates suicidal ideation, but not suicide or suicidal behaviors, so it is not possible to know if the intervention has had an impact on suicide by on the part of health teams.

KEY WORDS: suicidal ideation, mental health, suicide prevention.

RESUMEN

El presente estudio es una revisión de las estrategias de prevención del suicidio. Para ello, se realizó una revisión sistemática usando como motores de búsqueda Science Direct, Scopus, Education Source, Google Scholar, Web of Science, en las bases de datos de Scopus, WOS, Science Direct, Dialnet, EBSCOhost, buscando palabras claves relacionadas con Suicidio, Programas prevención de suicidio, y prevención de suicidio en adolescentes. Se extrajeron 87 artículos cuyo título establecía relación con programas de prevención o evaluación de la conducta de suicidio. Las principales conclusiones indican que los programas logran cierta efectividad, pero en su mayoría se evalúa la ideación suicida a través de test autoaplicables, en vez de entrevistas diagnósticas. En segundo lugar, estos estudios evalúan la ideación suicida, pero no el suicidio o comportamientos suicidas, por lo que no se puede conocer si la intervención ha tenido impacto en el suicidio por parte de los equipos de salud.

PALABRAS CLAVE: ideación suicida, salud mental, prevención del suicidio.

Recibido: agosto 26, 2021

Aprobado: septiembre 30, 2021

¹Académico, Facultad de Ciencias. Sede Temuco, Universidad Mayor, Chile.²Académico. Escuela de Psicología., Universidad de Los Lagos, Chile. ³Académica. Departamento de Salud, Universidad de Los Lagos. Chile

Alexis Soto Salcedo ORCID 0000-0002-1304-4438

Patricia Villarroel Grüner ORCID 0000-0003-2650-9772

Alex Veliz Burgos ORCID 0000-0003-1371-9041

Anita Dörner París ORCID 0000-0002-5089-8168

Correspondencia: alexis.soto@umayor.cl

alex.veliz@ulagos.cl

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del suicidio es altamente complejo pues existen diversos factores que inciden en su presentación, factores de riesgo que permiten tener nociones de ámbitos que son importantes de cuidar y en los cuáles es posible generar acciones de intervención que apunten a garantizar una suerte de equilibrio psíquico que favorezca una opción de vida. De todas formas el postmodernismo, las conflictivas sociales y la situación actual de muchos de los países que manifiestan estados de descontento y aflicción llevan a que cada vez sea más difícil el abordaje del suicidio. Las

sociedades modernas, con sus ritmos frenéticos, nos contagian el ansia por la satisfacción inmediata, enaltecen el bienestar y potencian el consumismo compulsivo, incluyendo la salud como producto¹.

De allí entonces que resulta interesante revisar cuáles han sido algunas de las estrategias que se han presentado para prevenir el suicidio. El debate se ha centrado durante mucho tiempo en el diseño, implementación y resultados de estrategias preventivas desde lo sanitario, por lo que se hace cada vez más necesario analizar las medidas de prevención cuaternaria, es decir, el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir o paliar el daño provocado por las intervenciones sanitarias dirigidas a reducir las tasas de suicidio¹.

Jiménez-Sola, *et al.*² indican que es posible desarrollar actividades preventivas generales y específicas; la prevención poblacional del suicidio, se orienta a limitar a las personas el acceso a métodos o herramientas potencialmente mortales, mientras que la prevención individual se ejerce a través de intervenciones clínicas para las personas con riesgo elevado. En cualquiera de los casos, la educación médica respecto del fenómeno, permite identificar planes pre-suicidas reales, disminuyendo la censura social facilitando la comunicación de ideas autodestructivas³.

En relación a las estrategias de Promoción de Bienestar y prevención de conducta suicida es posible mencionar que la calidad de vida y el bienestar de jóvenes se han transformado en una preocupación importante, toda vez que influye en la salud mental y de paso se convierte en un factor protector de la conducta suicida. Barrios *et al.*⁴ proponen en esta materia implementar una serie de acciones multinivel enfocadas en la identificación y transformación de factores de riesgo, la promoción de habilidades para la vida, estilos de vida saludables y el fomento de la búsqueda de ayuda e identificación de síntomas. Otras intervenciones que han conseguido contundentes resultados en la reducción del número de suicidios son aquellas relacionadas con medidas políticas que reducen el acceso a potenciales métodos suicidas, especialmente aquellos de elevada letalidad².

En este sentido, se adelantan acciones de promoción e identificación de las redes de apoyo que constituyen los propios compañeros, y que en algunas universidades son llamados "monitores-tutores", quienes son capacitados como pares en un trabajo de acción de contención, soporte y búsqueda de recursos⁴.

El objetivo de este estudio fue explorar mediante una revisión de artículos, declaraciones, formas de

abordaje e instrumentos que son utilizadas actualmente para evaluar conductas de suicidio, así como programas o acciones de intervención en prevención de suicidio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática entre los meses de Octubre de 2019 y Enero de 2020 usando como motores de búsqueda Science Direct, Scopus, Education Source, Google Scholar, Web of Science, en las bases de datos de Scopus, WOS, Science Direct, Dialnet, EBSCOhost, buscando palabras clave relacionadas con suicidio, programas de prevención de suicidio y prevención de adolescentes. Se extrajeron 87 artículos cuyos títulos hacían referencia a la relación con programas de prevención o evaluación de la conducta de suicidio, los que fueron leídos detalladamente para finalmente integrar sus principales declaraciones o hallazgos. Se sistematizó información de todos los países iberoamericanos en los cuáles se reportaba algún programa relacionado con la prevención de suicidio.

RESULTADOS

Echávarri *et al.*⁵ del Centro de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile plantean seis componentes que deben ser considerados en los programas para la prevención del suicidio. Estos son:

1. Instalación de un Sistema de Estudio de Casos.
2. Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio.
3. Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud.
4. Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales.
5. Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis.
6. Apoyo técnico para una correcta cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio.

En España el Ministerio de Sanidad ha levantado una serie de guías y protocolos de abordaje para la prevención del suicidio. A continuación se muestra tres experiencias de Madrid, Barcelona y Galicia. El Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS), diseñado por el Departament de Salut Mental de la Conselleria de Sanitat de Catalunya, España, cuyo desarrollo se organizó en cuatro fases. En la primera fase, se creó un equipo multidisciplinar

para articular niveles asistenciales y dispositivos sociales en los que se debía asentar el PPCS, en la segunda fase se elaboró un programa de información, educación y sensibilización dirigido a los profesionales sanitarios y trabajadores sociales a través de sesiones informativas; la tercera fase, se destinó a la asistencia de los pacientes con ideación o conducta suicida y en la última fase se realizó el seguimiento para evaluar a los pacientes a través de entrevistas protocolizadas presenciales o telefónicas a los seis y doce meses³.

El Programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC), desarrollado en Madrid, prioriza la atención a sujetos que han sufrido intentos de suicidio, con el objetivo de reducir el riesgo de nuevos intentos y del suicidio consumado. ARSUIC trata de asegurar una atención especializada prioritaria para estos sujetos, potenciando el contacto con los profesionales de salud mental a lo largo de los primeros días posteriores al intento. La principal medida de este programa se basa en citar a todos los sujetos incluidos, con un psiquiatra ambulatorio sin especial entrenamiento en la prevención del suicidio, en un máximo de 7 días después del alta hospitalaria².

El programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida (PII), es un programa asistencial y preventivo de la conducta suicida en Galicia España, cuyo objetivo es intervenir en personas con ideación de suicidio expresada o no, detectadas en la consulta de atención primaria y en aquellos que hayan realizado un intento de suicidio y son atendidos en el centro de atención primaria o en urgencias del hospital general. El programa tiene como objetivos: a) incrementar la detección de pacientes en riesgo y subsidiarios de recibir la asistencia específica: pacientes con ideas de suicidio de riesgo y pacientes que hagan un intento de suicidio; b) mejorar la asistencia ofreciendo el mejor tratamiento disponible en base a la evidencia científica, garantizando además que sean atendidos en el menor tiempo posible; c) prevenir intentos o reintentos de suicidio en pacientes con ideas de riesgo o intentos de suicidio reciente respectivamente⁶.

Cada país ha intentado desarrollar sus propias estrategias de afrontamiento, desde las áreas de salud pública. El Programa nacional de prevención y atención a la conducta suicida en la infancia y la adolescencia de Cuba atiende a los pacientes en edad infanto-juvenil que cometieron intento suicida, además asiste a un familiar de primero o segundo grado del paciente o su tutor, incorporando a miembros del equipo básico de salud (EBS) de los consultorios médicos de la familia⁷. En Perú, en cambio, existe una experiencia específica en

la Institución Educativa Estatal Mariscal Castilla, allí se implementó un programa de prevención contra los suicidios, desde el área psicopedagógica en el año 2011, con la finalidad de prevenir comportamientos suicidas, mediante charlas, orientaciones y reuniones con estudiantes y padres de familia⁸.

Puerto Rico, a partir del año 2011, inicio el Proyecto ConVida en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. El objetivo principal fué crear una cultura universitaria de concienciación y compromiso con la prevención del suicidio⁹.

En Chile, el Ministerio de Educación establece una Guía de Prevención de la Conducta Suicida en establecimientos educacionales desde un abordaje integral que comprende: (1) un clima escolar protector; (2) un componente de prevención de problemas y trastornos de salud mental; (3) educación y sensibilización sobre suicidio; (4) detección de estudiantes en riesgo; (5) pasos a seguir frente a un intento o suicidio y acciones de postvención; (6) coordinación y acceso a la red de salud¹⁰.

Dentro de las principales metodologías para implementar programas de prevención de suicidio, Stone *et al.*¹¹ presentan diferentes estrategias y enfoques a tener en cuenta, las cuales se observan en la tabla 1.

En consideración a los alcances que el propio Ministerio de Salud chileno ha establecido, se presentan experiencias relevantes:

El programa RADAR en Chile (Red para la Atención y Derivación de Adolescentes en Riesgo suicida), tiene como finalidad realizar una pesquisa de adolescentes en riesgo y derivar rápidamente a un servicio de urgencias a través de una red comunal. Para ello, cuenta con los siguientes componentes: (1) capacitación a la comunidad escolar en la detección y manejo de adolescentes en riesgo a través de un gatekeeper; (2) derivación de los casos detectados al servicio de urgencias dentro de 24 horas y al psiquiatra dentro de 1-7 días según una escala de triage de riesgo; (3) aplicación de instrumentos de pesquisa de riesgo suicida cada 3-6 meses; (4) capacitación al personal de salud de los servicios de urgencia en una atención protocolizada específica y (5) coordinación del funcionamiento de todos los componentes y seguimiento de los casos detectados por parte de un coordinador general de la red¹².

El Programa Vive, yo te ayudo, creado por la Universidad Austral de Chile en conjunto con el

Tabla 1. Estrategias y enfoques para programas de prevención de suicidio, según Stone y colaboradores¹¹

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

Ministerio de Salud Chileno, presenta las siguientes actividades: (1) Capacitación de equipos de atención primaria; (2) Campañas comunicacionales de sensibilización respecto a la salud mental; (3) La conformación de grupos de autoayuda para pacientes y familiares de pacientes suicidas o con riesgo suicida; (4) Capacitación de facilitadores comunitarios¹³.

Existe otro Proyecto como Opa-Ufro, que nace desde la Universidad de La Frontera en Chile, destinado a comprender el fenómeno del suicidio y realizar apoyo en niveles educacionales primarios. En esta concepción han diseñado una aplicación para teléfonos celulares, que facilitan la activación de redes de apoyo frente a la presencia de ideación suicida¹⁴.

Un elemento interesante de todos estos programas es que se alimentan de datos diagnósticos, para lo cual aplican escalas o inventarios que les permiten tener una información preliminar respecto de las características de los jóvenes con los que pretenden implementar los programas de prevención. En la tabla 2, se exponen una serie de pruebas e inventarios y autores que las utilizan en sus estudios.

Desafíos y Críticas a los programas de prevención

Las respuestas y propuestas a la conducta suicida dentro de comunidades locales educativas, incluyendo las universidades, plantean muchas interrogantes y algunas de ellas, aún no tienen

Tabla 2. Principales pruebas e inventarios para diagnosticar riesgo suicida.

Pruebas	Autores que aplican
<i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i> ; Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente, y Grant, 1993).	Silva, <i>et al</i> 2017 ¹⁵
<i>Cuestionario de Suicidalidad de Okasha</i> (Okasha, Lotaif, y Sadek, 1981)	Silva, <i>et al</i> 2017 ¹⁵ ; Ardiles, <i>et al</i> , 2018 ¹⁶ ; Bustamante, <i>et al</i> , 2018 ¹²
<i>Escala de Consumo de Sustancias</i> . CONACE, Chile 2006	Silva, <i>et al</i> 2017 ¹⁵
<i>Escala de Autoestima de Rosenberg</i> (Rosenberg, 1965). <i>Escala de Autoestima (Self-Esteem Scale, S-ES</i> ; Rosenberg, 1979)	Silva, <i>et al</i> 2017 ¹⁵ ; Cañon <i>et al</i> , 2018 ¹⁷ ; Sánchez, Muela y García, 2018 ¹⁸ ; Montes y Tomás, 2016 ¹⁹
<i>Escala de Desesperanza de Beck</i> (Beck y Steer, 1988):	Silva, <i>et al</i> 2017 ¹⁵ ; Sánchez, Muela y García, 2018 ¹⁸
<i>Inventario de Depresión de Beck</i> : Elaborado por Beck, Ward y Mendelson (1961),	Silva, <i>et al</i> 2017 ¹⁵ ; Sánchez, Muela y García, 2018 ¹⁸
<i>Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar</i> (FACES III; Olson, Sprenkle y Russell, 1979).	Silva, <i>et al</i> 2017 ¹⁵
<i>Escala de Impulsividad</i> (Barratt, 1959).	Silva, <i>et al</i> 2017 ¹⁵
<i>Escala de Cambios Vitales</i> (Holmes y Rahe, 1967).	Silva, <i>et al</i> 2017 ¹⁵
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik,	Cañon <i>et al</i> , 2018 ¹⁷ ; Montes y Tomás, 2016 ¹⁹
Escala de Asertividad de Rathus	Cañon <i>et al</i> , 2018 ¹⁷
<i>Escala de Apoyo Social</i> (AS-25; Pulgar-Buendía, 2010).	Sánchez, Muela y García, 2018 ¹⁸
<i>Test de Orientación Vital Revisado</i> (LOT-R; Scheier, Carver, y Bridges, 1994)	Sánchez, Muela y García, 2018 ¹⁸
<i>Control de los Impulsos</i> (Ci) del Cuestionario de Personalidad Big Five (Caprara Barbaranelli, y Borgogni, 1993)	Sánchez, Muela y García, 2018 ¹⁸
<i>Escala de Habilidades Sociales</i> (EHS; Gismero, 2000).	Sánchez, Muela y García, 2018 ¹⁸
Escala de Ideación Suicida de Aaron Beck	Benito, <i>et al</i> , 2018 ²⁰
Inventario de Inteligencia Emocional de Baron Ice	Benito, <i>et al</i> , 2018 ²⁰
Cuestionario de Exposición y Conocimiento sobre la Prevención del Suicidio (SPEAKS)	Feliciano, 2017 ⁹
Escala breve de afrontamiento resiliente (BRCS),	Montes y Tomás, 2016 ¹⁹
Escala de locus de control interno-externo de Rotter (I-ELCS)	Montes y Tomás, 2016 ¹⁹
Escala breve para adolescente “¿Cómo es tu familia?” validado por la organización Panamericana de la Salud para países de Latino América.	Bustamante, <i>et al</i> , 2018 ¹²
Escala de Autoconcepto del adolescente de Piers Harris	Bustamante, <i>et al</i> , 2018 ¹²
Escala de Capacidades y Dificultades (SDQ-cas) en su versión para adolescentes	Bustamante, <i>et al</i> , 2018 ¹²
Cuestionario de Conductas de Riesgo de Adolescentes (ECRA)	Bustamante, <i>et al</i> , 2018 ¹²
Escala de Calidad de Vida con respecto a la salud (EQ-5D-5L)	Bustamante, <i>et al</i> , 2018 ¹²

respuestas científicas. Por ejemplo, falta por establecer la efectividad real de la mayoría de las acciones preventivas de la conducta suicida que se hacen en las comunidades⁴.

El Programa Nacional de Prevención del Suicidio propuesto por el Ministerio de Salud en Chile incorpora la multicausalidad del fenómeno y se plantea desde un enfoque comunitario. Esto significa orientar los recursos al ambiente en que las personas se desenvuelven. Se destaca que considera las diferentes dimensiones humanas involucradas y promueve la coordinación intersectorial con el objeto de aunar los esfuerzos de los distintos estamentos y niveles, logrando así mayor eficiencia. Los objetivos del programa son apropiados y acordes a metas de alto estándar; sin embargo, su implementación exige un alto grado de coordinación y tomando en cuenta la realidad chilena actual, parece que existe una distancia muy grande entre lo esperado, de acuerdo al programa y la situación real de los servicios de salud⁵.

Otras reflexiones se asocian a las pruebas que se aplican para determinar la existencia de ideación suicida. Hernández²¹ señala que en muchas ocasiones se evalúa la ideación suicida a través de un test autoaplicable por cada participante, en vez de una entrevista diagnóstica. En segundo lugar, se reconoce el carácter multifactorial del suicidio, así como la identificación multidisciplinaria de los equipos encargados de implementar las estrategias de prevención.

Existen ciertos elementos no siempre asociados a factores protectores que también pueden influir de forma no controlada en los programas de prevención, este es como el caso del Efecto Werther (efecto imitativo de ciertas noticias trágicas), este al igual que el efecto de identificación podrían no estar puntuando en la ideación suicida y si traducirse en un intento suicida o un suicidio consumado. En los adolescentes es importante destacar un factor que se ha denominado efecto de la identificación. Según este planteamiento, una conducta suicida puede precipitar otros intentos en un grupo de adolescentes con características similares, lo que se ha descrito también como suicidio por imitación²².

Desafíos de Abordaje

Los programas de prevención están circunscrito a espacios educacionales y de atención base o primaria desde donde se realizan esfuerzos por el fenómeno del suicidio, focalizando en quienes presentan factores de riesgo o presentan alguna patología que sea detectada. Los programas de educación y sensibilización han mostrado su relevancia en la asistencia primaria. En este ámbito, hasta 25% de enfermos atendidos presentan sintomatología psiquiátrica, y se ha mostrado que 60% de los suicidas fueron visitados durante el mes anterior a su muerte sin que se detectara el riesgo³.

Ahora bien, esta vía de ingreso no alcanza a otros espacios que no necesariamente son visibles y que están lejos de políticas preventivas; en ocasiones estas políticas están focalizadas a sectores más vulnerables y no abarca a toda la población. Hoy en día el suicidio puede estar presente en todos los espacios de interacción y resulta importante acompañar tanto a quienes presentan un bajo índice de suicidabilidad como a quienes presentan un riesgo más alto.

Aunque entendemos que agrupar a los pacientes en grupos de alto y bajo riesgo, para cuantificar el riesgo de llevar a cabo una conducta suicida, mediante técnicas rápidas que no requieren excesiva cualificación, pueda ser tremendamente atractivo para los clínicos, gestores hospitalarios, políticos, familiares y pacientes, tal vez sea el momento de reconocer que incidentes infrecuentes como el suicidio son difíciles de predecir con un grado de precisión clínicamente significativo¹. Sin embargo, persiste el desafío de reconocer los síntomas o señales que alerten respecto de su manifestación, esto debido a las características multicausales y de multidimensionalidad, que hacen imposible intentar el establecimiento de relaciones de causa-efecto siendo un desafío para los equipos de salud y para las organizaciones que buscan enfrentar este problema de salud colectiva²³.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Navarrete Betancourt E. M., Herrera Rodríguez J., & León Pérez P. Los Límites de la Prevención del Suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2019; 39(135), 193-214. Doi: <https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000100011>
- 2) Jiménez-Sola E., Martínez-Alés G, Román-Mazuecos E., Sánchez-Castro P., De Dios-Perrino C., Rodríguez-Vega B., & Bravo-Ortiz M. F. Implementación de un Programa de Prevención del Riesgo de Suicidio en la Comunidad Autónoma de Madrid. *La Experiencia Arsuic. Actas Espanolas de Psiquiatria*, 2019; 47(6), 229-235. Recuperado De <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&an=141225560&lang=es&site=ehost-live>.
- 3) Solá Iván. Resultados del Programa de Prevención de la Conducta Suicida. Distrito de la Dreta de L'eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr*, 2011; 39(5), P. 280-287.
- 4) Barrios-Acosta M, Balesteros-Cabrera M D P, Zamora-Vásquez S, Franci-Agudelo S, Gutiérrez-Bonilla M. L., Tatis-Amaya J., & Rodríguez-Melo C. I. Universidad y Conducta Suicida: Respuestas y Propuestas Institucionales, Bogotá 2004-2014. *Revista de Salud Pública* 2017; 19: 153-160.
- 5) Echávarri O, Maino M, Fischman R, Morales S, & Barros J. Aumento Sostenido del Suicidio en Chile: un tema pendiente. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2015 Recuperado de <https://PoliticaspUBLICAS.Uc.Cl/Wp-content/uploads/2015/07/n%20b0-79-aumento-sostenido-del-suicidio-en-chile.pdf>
- 6) Reijas T, Ferrer E, González A & Iglesias F. Evaluación de un programa de intervención intensiva en Conducta Suicida. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 2013; 41(5), 279-286. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&an=90504495&lang=es&site=ehost-live>.
- 7) Portieles Sánchez L, Rodríguez Villavicencio M, & Rivero Álvarez E. O. Evaluación del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida Infanto-Juvenil. *Medicentro Electrónica*, 2014; 18(1), 32-35. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&an=98628360&lang=es&site=ehost-live>.
- 8) Marin Peña JJ. Programa de Prevención de Conducta Suicida (PRECONSUI) y autoestima en los adolescentes de la "Institución Educativa Estatal Mariscal Castilla" Distrito de El Tambo-Huancayo, 2013. Disponible en: repositorio.uwienner.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2354/DOCTOR%20-%20Jaqueline%20Jorka%20Peña%20Marinpdf?sequence=18&isAllowed=y.
- 9) Feliciano-López V, Ortega-Guzmán J, Jimenez-Chafey MI, Duarte-Vélez Y, Charriez-Cordero M & Bernal G. Exposición y conocimiento sobre la prevención del suicidio, estigma, estrategias de afrontamiento y recursos en estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. *Revista de Río Piedras. Revista Puertorriqueña de Psicología*, 2017; 28(1), 46-61.
- 10) Ministerio de Salud de Chile. Minsal. Recomendaciones para la prevención de la conducta Suicida en establecimientos Educativos. Ministerio de Salud. Chile, 2019. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/guia-prevencion-suicidio-en-establecimientos-educacionales-web.pdf>
- 11) Stone DM, Holland KM, Bartholow B, Crosby AE, Davis S, and Wilkins N. Preventing Suicide. A technical Package of Policies, Programs and Practices. Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2017. Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>.
- 12) Bustamante F, Urquidí C, Florenzano R, Barrueto C, de Los Hoyos J, Ampuero K, Terán L, Figueroa MI, Farias M, Rueda MI, Giacaman E. El programa RADAR para la prevención del Suicidio en adolescentes de la Región de Aysen, Chile: resultados preliminares. *Rev. Chil. Pediatr.* 2018; 89(1), 145-148. Doi:10.4067/S0370-41062018000100145.
- 13) Baader T. Programa Vive yo te ayudo. Universidad Austral de Chile. Manual de formación para facilitadores. 2018. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/vive-yo-te-ayudo%20manual%20para%20la%20formaci%20c3%20b3n%20de%20facilitadores%20comunitarios.pdf>
- 14) Universidad de la Frontera (Ufro). Proyecto N° 18is9-98272 de Prototipos de Innovación Social Araucanía Financiado Por Corfo: "Aplicación Móvil para Prevención de Conductas Suicidas en Adolescentes de Establecimientos de Educación Media". 2018 <http://opa.cl/>
- 15) Silva D, Valdivia M, Vicente B, Arévalo E, Dapelo R, Soto C. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2017; 22(1):33-42. Doi: 10.5944/Rppc.Vol.22. Num.1.2017.16170
- 16) Ardiles-Irarrázabal R, Alfaro-Robles P, Díaz-Mancilla I, Martínez-Guzmán V. Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Aquichan*, 2018; 18(2):160-170. Recuperado de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/8619>.
- 17) Cañon SC, Castaño-Castrillón JJ, Mosquera-Lozano AM, Nieto-Angarita LM. Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2018; 14(1): 27-40.

- 18) Sánchez-Teruel D, Muela-Martínez JA, García-León A. variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2018; 23(3):221- 229. Doi: 10.5944/Rppc.Vol.23. Num. 3.2018.19106
- 19) Montes-Hidalgo J y Tomás-Sábado J. Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 2016; 26(3):188-193.
- 20) Benito O J M, Minaya M B, Zúñiga D N C, & Idme K S V. La Inteligencia Emocional como Factor Protector en Adolescentes con Ideación Suicida. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud* 2018; 15:(1) 39-50.
- 21) Hernández Castillo, M. *Uso de Programas para la Prevención del suicidio*. Universidad de Almería, España, 2016. Disponible en: [http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6715/9196_Hern %c3% a1ndez% 20Castillo% 2c% 20Marina.pdf? sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6715/9196_Hern%C3%A1ndez%20Castillo%2c%20Marina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 22) Ruiz CPS, Chaves JAO. Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, 2017; 20(2):139-147.
- 23) Soto A, Villarroel P, Véliz A. Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes chilenos. *Propósitos y representaciones*, 2020; 8(3):e672. Doi: [http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3. 672](http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.672).