

Programas y estrategias de Prevención de la Conducta Suicida

Reflexiones prospectivas

Suicidal Behavior Prevention Programs and Strategies: Prospective reflections
Programas e estratégias de Prevenção do Comportamento Suicida: Reflexões prospectivas



Luis Miguel Moreno Murcia



IBERO

Planeta Formación y Universidades

2024

Pensamientos suicidas: [Allexamar](#)

Rip
17³

Volumen 17 #3 sep -dic
17 Años



Revista Iberoamericana de
Psicología

ISSN-I: 2027-1786 | e-ISSN: 2500-6517
Publicación Cuatrimestral

ID: [10.33881/2027-1786.rip.17307](https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.17307)

Title: Suicidal Behavior Prevention Programs and Strategies

Subtitle: Prospective reflections

Título: Programas y estrategias de Prevención de la Conducta Suicida

Subtítulo: Reflexiones prospectivas

Título: Programas e estratégias de Prevenção do Comportamento Suicida

Subtítulo: Reflexões prospectivas

Alt Title / Título alternativo:

[en]: Suicidal Behavior Prevention Programs and Strategies: Prospective reflections

[es]: Programas y estrategias de Prevención de la Conducta Suicida: Reflexiones prospectivas

[pt]: Programas e estratégias de Prevenção do Comportamento Suicida: Reflexões prospectivas

Author (s) / Autor (es):

Moreno Murcia

Keywords / Palabras Clave:

[en]: completed suicide, prevention programs, suicidal behavior, suicidal ideation, suicide attempt, suicide prevention

[es]: Conducta suicida, Ideación suicida, Intento de suicidio, Prevención del suicidio, Programas de prevención, Suicidio consumado

[pt]: Comportamento Suicida, Ideação Suicida, Tentativa de Suicídio, Suicídio Consumado, Programas de Prevenção, Prevenção do Suicídio

Submitted: 2024-05-10

Accepted: 2024-08-14

Resumen

La conducta suicida se ha clasificado como un problema social y de salud pública, siendo la primera causa de muerte no natural en todos los grupos etarios y generando una sobrecarga en la atención sanitaria debido a los intentos de suicidio, que superan en número a los suicidios consumados. Es evidente la necesidad de prevenir la ocurrencia de este fenómeno; por lo tanto, este estudio se propuso describir estrategias de prevención del suicidio, tanto a nivel internacional como nacional, señalando el trabajo pendiente en la reducción de la conducta suicida, que incluye las ideas suicidas, los intentos y el fallecimiento de la persona. Para reflexionar sobre el trabajo pendiente en esta problemática, se realizó una búsqueda utilizando los términos "suicidio", "conducta suicida", "prevención del suicidio" y "promoción de la salud mental" en bases de datos, revistas electrónicas y proyectos gubernamentales. Como resultado, se evidenció que la mayoría de las estrategias de prevención tienen un enfoque indirecto, ya que no se dirigen a reducir la aparición y prevalencia de la conducta suicida, sino a enseñar y sensibilizar sobre el tema. En conclusión, se encuentra que los protocolos de prevención de la conducta suicida requieren, por un lado, un trabajo intersectorial y articulado entre profesionales de la salud, políticos, medios de comunicación y la sociedad en general, y por otro lado, una mayor evaluación, implementación basada en evidencia y adaptación a la realidad local.

Abstract

Suicidal behavior has been classified as a social and public health problem, being the leading cause of unnatural death across all age groups and creating a burden on healthcare due to suicide attempts, which outnumber completed suicides. The need to prevent this phenomenon is evident; therefore, this study aimed to describe suicide prevention strategies at both international and national levels, highlighting the ongoing work needed to reduce suicidal behavior, which includes suicidal ideation, attempts, and the death of the individual. To reflect on the work pending in this issue, a search was conducted using the terms "suicide," "suicidal behavior," "suicide prevention," and "mental health promotion" in databases, electronic journals, and governmental projects. As a result, it was found that most prevention strategies have an indirect approach, as they do not focus on reducing the incidence and prevalence of suicidal behavior but rather on educating and raising awareness about the issue. In conclusion, it is found that suicide prevention protocols require, on one hand, intersectorial and coordinated work among health professionals, policymakers, media, and society in general, and on the other hand, greater evaluation, evidence-based implementation, and adaptation to the local reality.

Resumo

O comportamento suicida tem sido classificado como um problema social e de saúde pública, sendo a principal causa de morte não natural em todos os grupos etários e gerando uma sobrecarga na atenção à saúde devido às tentativas de suicídio, que superam em número os suicídios consumados. É evidente a necessidade de prevenir a ocorrência deste fenômeno; portanto, este estudo teve como objetivo descrever estratégias de prevenção do suicídio, tanto a nível internacional como nacional, destacando o trabalho pendente na redução do comportamento suicida, que inclui as ideias suicidas, tentativas e o falecimento da pessoa. Para refletir sobre o trabalho pendente nesta problemática, foi realizada uma pesquisa utilizando os termos "suicídio", "comportamento suicida", "prevenção do suicídio" e "promoção da saúde mental" em bases de dados, revistas eletrônicas e projetos governamentais. Como resultado, evidenciou-se que a maioria das estratégias de prevenção tem um enfoque indireto, pois não são direcionadas à redução da ocorrência e prevalência do comportamento suicida, mas sim ao ensino e sensibilização sobre o tema. Em conclusão, constatou-se que os protocolos de prevenção do comportamento suicida requerem, por um lado, um trabalho intersectorial e articulado entre profissionais de saúde, políticos, meios de comunicação e a sociedade em geral, e, por outro lado, uma maior avaliação, implementação baseada em evidências e adaptação à realidade local.

Citar como:

Moreno Murcia, L. M. (2024). Programas y estrategias de Prevención de la Conducta Suicida: Reflexiones prospectivas. Revista Iberoamericana de Psicología, 17 (3), 65-76. Obtenido de: <https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/3035>

Luis Miguel **Moreno Murcia, Psi**

ORCID: [0000-0003-1750-8524](https://orcid.org/0000-0003-1750-8524)

Source | Filiación:

Corporación Universitaria Iberoamericana

BIO:

Candidato a Doctor en Psicología. Docente Investigador

City | Ciudad:

Bogotá DC [co]

e-mail:

luis.moreno@docente.ibero.edu.co

Programas y estrategias de Prevención de la Conducta Suicida

Reflexiones prospectivas

Suicidal Behavior Prevention Programs and Strategies: Prospective reflections
Programas e estratégias de Prevenção do Comportamento Suicida: Reflexões prospectivas

Luis Miguel **Moreno Murcia**

Introducción

La conducta suicida, entendida como el acto deliberado de causarse daño o muerte a uno mismo, que abarca desde la ideación y los planes hasta los intentos y el suicidio consumado (**Benavides-Mora et al., 2019; Ministerio de Salud de Colombia, 2018**), se ha convertido hoy en día en un problema social y de salud pública a escala mundial, siendo la primera causa de muerte no natural y la cuarta causa de fallecimiento en jóvenes de entre 15 a 29 años (**Organización Mundial de la Salud, OMS, 2019**). Se estima que anualmente 703.000 personas pierden la vida por suicidio consumado, y muchas más lo intentan (**OMS, 2023**). En Colombia el panorama es preocupante, pues entre 2017 y 2018 aumentó la tasa de suicidio en 1,35 puntos porcentuales, siendo mayor en adolescentes, jóvenes, adultos mayores y población indígena (**Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2018**).

A lo largo de la historia, se ha intentado analizar y comprender el suicidio para intervenir de alguna manera. En la antigua Grecia y el Imperio Romano, se consideraba un “delito contra el Estado”, con sanciones como estigmatización, deshonor y mutilación del cadáver. Con la llegada del cristianismo y otras corrientes religiosas, se interpretó como “pecado” o “atentado contra Dios”, contribuyendo a su ocultamiento y obstaculizando el tratamiento (**Daray et al., 2016; Amador, 2015**).

Entre los siglos XIX y XX, los esfuerzos para asociar estas conductas con problemas de salud mental se intensificaron, lo cual es crucial para la comprensión, prevención e intervención. Modelos como la psiquiatría clásica, la epidemiología psiquiátrica y las teorías psicológicas cognitivas, comportamentales y relacionales han transformado esta visión en varios ámbitos sociales, culturales, sanitarios y educativos (Ortega, 2018; Amador, 2015). La psiquiatría clásica lo veía desde un enfoque psicopatológico, considerando el suicidio como un síntoma de trastornos mentales extremos, que requiere de tratamiento farmacológico y deshumaniza al sujeto (Navarrete et al., 2019; Daray et al., 2016).

En contraste, la perspectiva sociológica ve el suicidio como un fenómeno social influido por la realidad social, abogando por estrategias preventivas basadas en el contexto (Campillo y Fajardo, 2021; Navarrete et al., 2019). Esta visión distingue entre factores sociales, como la integración en grupos comunitarios, y factores psicológicos y ambientales individuales; que deben ser abordados en conjunto (Durkheim, 1897, citado por Rolo, 2023).

Desde la perspectiva psicológica, el psicoanálisis considera el suicidio como el resultado de la lucha entre las pulsiones de vida y muerte, la incapacidad para manejar el dolor y la preocupación causada por deseos inconscientes, principalmente (Campillo y Fajardo, 2021). Así, la intervención psicoanalítica utiliza el lenguaje para abordar conflictos internos derivados de normas morales y expectativas sociales, con el objetivo de evitar actos autodestructivos (Ferreira, 2018).

En la corriente cognitivo-conductual, se proponen cuatro teorías sobre el suicidio: 1) La Teoría Cognitiva de Beck, que lo ve como una manifestación de distorsiones cognitivas y la necesidad de modificarlas. 2) La Teoría de Kelly, que lo entiende como un intento de dar sentido a la vida cuando el futuro parece desmotivado. 3) La Teoría del Comportamiento Suicida de Linehan, que lo considera un intento de enfrentar el sufrimiento emocional, enfocando el tratamiento en desarrollar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas. 4) La Teoría de la Separación de Firestone, que lo ve como resultado de la internalización de pensamientos negativos, con intervenciones dirigidas a restaurar el equilibrio cognitivo (Ortega, 2018).

Las diferentes conceptualizaciones y teorías sobre la conducta suicida destacan que la prevención es una prioridad global en salud mental contemporánea. Sin embargo, la formulación de políticas, programas y estrategias efectivas requiere una mayor claridad y un enfoque multisectorial basado en evidencias concretas para poblaciones específicas (OMS, 2023). La heterogeneidad de las intervenciones a nivel mundial muestra, por un lado, la necesidad de revisar sistemáticamente los procedimientos de prevención más efectivos y, por otro lado, de reportar los resultados con un énfasis en los participantes y sus características sociodemográficas (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2021).

Con respecto a programas de prevención en salud, en términos generales, estos han demostrado ser una de las estrategias más eficientes al momento de enfrentar diferentes patologías, tanto físicas como psicológicas. Desde la perspectiva de la OMS, Budd et al. (2021) señalan que la prevención en salud se refiere a todas aquellas medidas o estrategias que se establecen con el objetivo de restringir la aparición de una enfermedad (Londoño et al., 2016), disminuir su frecuencia mediante el control de los factores de riesgo y de las consecuencias asociadas a la enfermedad, en otras palabras, ejercer un mayor control sobre la salud (Barrientos-Gómez, et al., 2017).

Ahora bien, como parte de los programas de prevención en salud, distintos actores sociales y estatales han implementado estrategias específicas para la prevención de la conducta suicida, las cuales resultan

una herramienta indispensable para el control y disminución de este fenómeno (OMS, 2018a; 2018b). Con base en lo anterior, el presente escrito busca determinar la influencia y el impacto de los programas de prevención del suicidio en el ámbito internacional y nacional y reflexionar sobre sus deficiencias, con la finalidad de proponer líneas de acción en el contexto colombiano.

Para ello, en un principio se realiza la descripción de los programas y estrategias de prevención de la conducta suicida en el ámbito internacional, revisión que se organiza del más reciente al más distante. Seguidamente, se exponen las estrategias de prevención a nivel nacional, iniciando con los programas gubernamentales y posteriormente las intervenciones en contextos educativos. Y, en último lugar, se reflexiona sobre los vacíos del conocimiento en la comprensión e intervención de la problemática en el país.

Programas de prevención de suicidio en el ámbito internacional

En el contexto internacional, Gomes-da-Costa et al., (2023) analizan la efectividad del Código de Riesgo de Suicidio de Cataluña (CSRC) en un hospital terciario de Barcelona. Aunque los autores no diseñaron este programa multinivel de prevención secundaria del suicidio, afirman que ha demostrado ser efectivo en la reducción de los reintentos de suicidio, el uso de las urgencias médicas y las hospitalizaciones por esta causa. El CSRC tiene cuatro objetivos: 1) establecer un protocolo específico de atención a intentos de suicidio, 2) garantizar una actuación homogénea en los centros hospitalarios, 3) implementar procesos de seguimiento posterior al alta de hospitalización y 4) asegurar un procedimiento de rastreo y vigilancia durante los 12 meses siguientes a la ideación y los intentos de suicidio. Como resultado del análisis los autores concluyen que:

(...) la aplicación del protocolo CSRC redujo las hospitalizaciones y la utilización de atención de salud mental en el primer año después del alta de la Sala de Emergencias Psiquiátricas, lo que representa una ventana de tiempo de alto riesgo para un reintento de suicidio. (...) (Gomes-da-Costa et al., 2023, p. 73).

Por otro lado, Ransanz (2022) evidencia que el Arteterapia ha contribuido a los programas de prevención del suicidio, los cuales buscan fortalecer habilidades intrapersonales como la autoestima, el control de impulsos y la toma de decisiones; e interpersonales, como la empatía, la comunicación asertiva y la resolución de conflictos; además de disminuir emociones negativas en jóvenes y adolescentes, identificadas como factores de riesgo de la conducta suicida. No obstante, la autora argumenta que este enfoque debe considerarse con precaución, dado que, por un lado, la base metodológica de estudio de caso impide la replicabilidad de los programas y, por otro lado, los beneficios pueden estar asociados al favorecimiento de una comunicación que va más allá del lenguaje y no al programa de prevención.

En un sentido similar, Brann et al., (2021) desarrollaron un estudio meta-analítico sobre los programas de prevención del suicidio en escuelas de Estados Unidos, considerando que estos entornos son clave para implementar tales estrategias. Estos programas no solo ayudan a

reducir las conductas suicidas, sino que también capacitan a estudiantes, docentes, administrativos y padres para identificar señales de alerta. Los autores señalan que, generalmente, estos programas incluyen: 1) capacitación de actores educativos, 2) educación sobre suicidio para estudiantes y 3) detección temprana del suicidio.

Después de analizar los diferentes estudios, los investigadores determinaron que dichos programas tienen un efecto alto sobre la conciencia sobre el suicidio ($g = 0,72$, IC del 95% [0,52-0,91], $p < 0,01$), el cual alberga elementos de conocimientos generales, actitud, estigma, discernimiento, entre otros. También observaron efectos medios y bajos en las habilidades de ayuda, es decir, en la intención de ayudar a alguien o solicitar apoyo a un tercero ($g = 0,43$, IC del 95% [0,33-0,54]), y pequeños efectos para los comportamientos asociados al suicidio ($g = 0,17$, IC del 95% [0,07-0,26], $p < 0,01$), bienestar psicológico ($g = 0,16$, IC del 95% [0,06-0,26], $p = 0,002$) y angustia psicológica ($g = 0,16$, IC del 95% [0,10-0,23], $p < 0,01$). Este último resultado se explica debido a las bajas mediciones posintervención sobre conductas de ideación, intento o suicidio consumado. Sin embargo, estos resultados deben ser analizados con precaución, debido a que cada programa tiene efectos diferentes. Entre otras conclusiones, se menciona la importancia de generar estrategias de intervención basadas en evidencia científica, adaptadas al contexto específico y flexibles con los objetivos establecidos en el programa (Brann et al., 2021).

Cabe señalar que los resultados evidenciados son generales, no obstante, se mencionan diferentes programas de prevención con evidencia científica, entre ellos, el denominado *Questión-Persuade-Refer* (QPR) o preguntar-persuadir-referir, reportado como el programa más utilizado en escenarios educativos. Este tipo de programas reciben el nombre de *Gatekeeper Training* o formación de guardianes, puesto que ofrecen las herramientas necesarias a diferentes actores sociales educativos (maestros, compañeros, directivos, etc.) en la identificación de factores de riesgo o advertencia de conductas suicidas, modelos comunicativos para manifestar su apoyo a dichas personas y esquemas para remitir a los mismos a niveles de atención profesional y especializada (Brann et al., 2021; Wasserman et al., 2015; Yohemoto et al., 2019).

Asimismo, se encuentran los programas denominados *Sources of Strength* o fuentes de fuerza que se focalizan en los procesos de capacitación a integrantes de la comunidad educativa. Estos se dirigen, particularmente, a pares líderes, los cuales llevan a cabo una serie de actividades cuyo fin es modificar percepciones de grupo relacionadas con conducta suicida y, a la vez, potenciar habilidades de afrontamiento positivo entre pares, entre ellas la búsqueda de ayuda (Brann et al., 2021; Katz et al., 2013).

Aunque las estrategias descritas han sido implementadas en múltiples escenarios educativos, es importante destacar que existen otros programas con diferentes enfoques. Por ejemplo, algunos focalizan sus esfuerzos en los procesos de concientización y educación al interior de un plan de estudios, buscando que los estudiantes identifiquen los signos y síntomas del suicidio, para que puedan reconocerlos en sí mismos y en sus compañeros. En esta categoría se encuentra el programa *Signs of suicide* (SOS) o signos de suicidio, construido mediante material didáctico (videos, debates guiados), que buscan generar procesos de detección, educación y concientización de la importancia de reconocer el suicidio y hablar al respecto. El programa inicia con las orientaciones generales, conocimientos, aptitudes, importancia, estigmas, entre otras percepciones sobre el suicidio, para posteriormente y mediante una prueba psicotécnica, en este caso *Brief Screen for Adolescent Depression* (BSAD), identificar los estudiantes con mayor riesgo y motivarlos a recibir ayuda profesional (Katz et al., 2013).

Por último, se han desarrollado programas asociados al entrenamiento en habilidades, entre los cuales destaca el *American Indian Life Skills Development* (AILS) o Desarrollo de habilidades para la vida de los indios americanos, elaborado con la intención de reducir factores de riesgo de conductas suicidas mediante el entrenamiento en habilidades socioemocionales, como autoestima, comunicación asertiva, resolución de conflictos, manejo de las emociones, control del estrés, etc. Este programa intenta promover el establecimiento de metas individuales y comunitarias, puesto que se encuentra dirigido a comunidades aborígenes, principalmente, en las cuales lo comunitario juega un papel crucial.

En esta misma línea, se localizan los programas *Care, Assess, Respond, Empower* (CARE) o Cuidar, evaluar, responder, empoderar y *Coping and Support Training* (CAST) o Capacitación de afrontamiento y apoyo, cuyos objetivos se centran en aumentar las habilidades para la vida, por ejemplo, la empatía, la toma de decisiones, la proyección de metas, entre otras; además del fortalecimiento del apoyo social, enfocado en la búsqueda de fuentes de apoyo en situaciones de crisis. En términos generales, según Katz et al., (2013), estos programas también favorecen la mejora en patrones depresivos, ansiosos y del control de la ira, lo cual se puede correlacionar con la disminución de conductas suicidas.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) menciona que existen cuatro intervenciones clave basadas en evidencia. Primero, limitación del acceso a los medios del suicidio a través de la restricción, prohibición o regulación legislativa de plaguicidas tóxicos, medicamentos de alta toxicidad, armas de fuego, instalación de barreras en lugares altos, entre otros. Segundo, velar por una responsable difusión de información sobre el suicidio en medios de comunicación, evitando la descripción de los métodos y enfatizando en la búsqueda de ayuda. Tercero, desarrollo de habilidades socioemocionales para la vida en adolescentes (10 a 19 años), principalmente solución de problemas, estrategias de afrontamiento y manejo del estrés, y uso responsable del internet. Y cuarto, detección temprana, gestión y seguimiento a personas con conductas suicidas, de modo que se intervenga de forma oportuna a personas en riesgo de suicidio o con conducta suicida fallida.

De manera similar, el Ministerio de Salud de Chile (2019) establece que los programas de prevención de la conducta suicida deben centrarse en tres categorías, individual, familiar y ambiental; asociadas a los principales factores de riesgo. En la categoría individual se incluyen trastornos de salud mental, acontecimientos vitales estresantes, intentos de suicidio previos, suicidio de un par o referente, experiencias de maltrato, desesperanza, conductas autolesivas, discapacidad, o dificultades educativas. La categoría familiar contempla antecedentes de trastornos mentales o de conducta suicida en el grupo familiar, dificultades socioeconómicas, cambios significativos en la estructura familiar, o conflictos. Finalmente, en el ámbito ambiental se incorporan las subcategorías de bajo apoyo social, difusión inapropiada de información sobre suicidios en medios de comunicación y redes sociales, discriminación y estigmatización, alta exigencia académica y malas prácticas educativas, aceptación social del consumo de sustancias o instrumentos ilegales, y barreras en el acceso a servicios de salud mental.

Por su parte, la OMS (2018a) reconoce que las estrategias de prevención del suicidio de cada país son indispensables para desarrollar una macro política de prevención integral y multisectorial: "Los gobiernos tienen un papel crucial en el desarrollo y fortalecimiento de la vigilancia tanto del suicidio como de los intentos de suicidio a nivel nacional" (p. iv, traducción propia). A continuación, se presentan de manera general algunos de los programas de las seis regiones que abarca la OMS.

En la Región del Sudeste Asiático, Bután implementó desde el 2015 la estrategia *Suicide prevention in Bhutan* (Prevención del suicidio en Bután), cuyo objetivo es la prevención de muertes prematuras por suicidio en el país. Este programa propone tres niveles de intervención, universal, dirigido a toda la población; selectiva, que acoge a personas vulnerables, y dirigida, cuyo foco son personas con antecedentes de conducta suicida (OMS, 2018a). Dentro de las estrategias universales se incluyen la promoción de información responsable en medios de comunicación y talleres de psicoeducación y sensibilización. En cuanto a las estrategias selectivas, se realizan campañas de prevención del consumo y abuso de sustancias, servicios de rehabilitación y acompañamiento comunitario; mientras que las estrategias dirigidas abarcan líneas de atención en crisis y servicios de derivación a los servicios de salud (Royal Government Of Bhutan, 2015).

En América, la OMS (2018a) destaca los programas implementados en Guyana, *National Suicide Prevention Plan: A National Suicide Prevention Strategy for Guyana* (Plan Nacional de Prevención del Suicidio: Una estrategia nacional de prevención del suicidio para Guyana), cuyo fin fue reducir en un 20% la incidencia de la mortalidad por suicidio y los intentos entre 2015 y 2020. De Estados Unidos, *2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action* (Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio 2012: Metas y Objetivos de Acción), cuyos objetivos son aumentar el bienestar de la población y reducir en un 20% las tasas de suicidio para la 2025. Y Uruguay, *National Suicide Prevention Plan* (Plan Nacional de Prevención del Suicidio), que se propuso disminuir la mortalidad por suicidio en un 10% al 2020.

Asimismo, el programa de Guyana utilizó cuatro estrategias, 1) reducción de factores de riesgo y promoción de la salud, 2) disminución del acceso a medios de suicidio, 3) mejorar la atención del sistema de salud y 4) incrementar la investigación científica sobre el suicidio e intervenciones efectivas (Ministry of Health Guyana, s.f.). Por su parte, en Estados Unidos tienen cuatro focos de atención, 1) creación de redes de apoyo, 2) desarrollo de servicios preventivos clínicos y comunitarios, 3) atención garantizada a pacientes de alto riesgo y 4) recopilación, análisis y uso oportuno de evidencia científica (Office of the Surgeon General & National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012). Y en Uruguay las actividades del programa se dividieron en cinco, 1) garantizar tratamiento y seguimiento en salud mental, 2) establecer una red intersectorial, 3) psicoeducar y sensibilizar a la población sobre el suicidio, 4) reorientar los recursos a la prevención del suicidio y la atención a sobrevivientes y 5) implementar un sistema nacional de vigilancia (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Por su parte, en la Región del Mediterráneo Oriental, Irán efectúa el *National suicide prevention and suicide registration programmes* (Programas nacionales de prevención del suicidio y registro de suicidios), que pretende reducir las conductas suicidas en el sistema de atención primaria en salud. Para conseguir este objetivo, el programa cuenta con cinco estrategias, 1) estrategias de servicio para reforzar al sistema de salud, capacitando al personal e implementando servicios de apoyo, 2) estrategias ejecutivas que establezcan grupos de atención nacional y provincial, 3) estrategias educativas sobre afrontamiento, manejo del estrés y calidad de vida, 4) estrategias terapéuticas de detección, atención y asesoría oportunas y 5) estrategias de evaluación de la incidencia, la etiología y la percepción del suicidio (OMS, 2018a; Rezaeian & Platt, 2021).

En Europa, la estrategia gubernamental de Irlanda se denomina *Connecting for Life: Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015–2020* (Conectado a la vida: Estrategia nacional de Irlanda para reducir el suicidio 2015-2020), cuyo objetivo fue reducir la tasa de suicidios y los intentos de suicidio en grupos prioritarios (OMS, 2018a). Este programa cuenta con siete focos de atención, 1) reducir el estigma

y mejorar la comprensión y actitud sobre la conducta suicida, la salud mental y el bienestar; 2) apoyar la capacidad de respuesta de comunidades locales, 3) priorizar la atención a población vulnerable, como jóvenes de entre 15 y 24 años, personas con afectación en salud mental, consumidores de sustancias, trabajadores sexuales, población privada de la libertad, entre otros; 4) mejorar la accesibilidad y vías de atención a población en riesgo de suicidio, 5) garantizar una atención segura, efectiva y de alta calidad, 6) restringir el acceso a los medios para la conducta suicida y 7) mejorar la vigilancia, evaluación e investigación sobre la conducta suicida (Department of Health & Government of Ireland, 2015).

En esta región, la OMS (2018a) también relaciona la estrategia gubernamental de Suiza, denominada *Suicide prevention in Switzerland. Initial situation, need for action and action plan* (Prevención del suicidio en Suiza. Situación inicial, necesidad de actuación y plan de acción), que se propone reducir la mortalidad por suicidio en un 25% para el año 2030 y cuenta con 10 acciones concretas: 1) Fortalecer recursos personales y sociales. 2) Sensibilizar y desestigmatizar la conducta suicida. 3) Proporcionar un rápido y fácil acceso a servicios de ayuda. 4) Detectar e intervenir de manera temprana. 5) Aplicar tratamientos efectivos y vigilar a sobrevivientes. 6) Restringir el acceso a los medios de suicidio. 7) Atender a sobrevivientes y profesionales implicados. 8) Controlar la información sobre conducta suicida que se comparte en medios de información tradicional y digital. 9) Evaluar y modificar las acciones implementadas. 10) Difundir y replicar buenas prácticas (Government of Switzerland, 2016).

Adicionalmente, en la Región del Pacífico Occidental, en el 2017 el gabinete de gobierno japonés publicó *The general principles of suicide prevention policy: realizing a society in which no one is driven to take their own life* (Los principios generales de la política de prevención del suicidio: lograr una sociedad en la que nadie esté obligado a quitarse la vida), cuyo objetivo es reducir en más de 30% la tasa de suicidio para 2026, cubriendo 12 ejes de acción: 1) Promover medidas preventivas contextuales. 2) Fomentar en toda la población el conocimiento sobre la conducta suicida y el monitoreo a víctimas. 3) Impulsar estudios que contribuyan a la promoción de contramedidas integrales contra el suicidio. 4) Aumentar la contratación y capacitación del personal de atención. 5) Avanzar en la promoción de la salud mental. 6) Garantizar servicios oportunos en salud mental, atención médica y bienestar. 7) Reducir el riesgo de suicidio en la sociedad en su conjunto. 8) Prevenir repetidos intentos de suicidio. 9) Mejorar el apoyo a población vulnerable. 10) Fortalecer la coordinación con entidades del sector privado. 11) Incrementar la promoción de contramedidas entre niños y jóvenes. 12) Promover las contramedidas para problemas relacionados con el trabajo (Government of Japan, 2017; OMS, 2018a).

De igual manera, en esta región Corea cuenta con el plan gubernamental *Life Love Plan: Third Basic Plan for Suicide Prevention* (Plan de Amor a la vida: Tercer Plan Básico de Prevención del Suicidio), que tiene como objetivo reducir las tasas de suicidio en un 26,7% (OMS, 2018a). Para lograrlo, se proponen tres estrategias concretas, primero, mejorar la conciencia social sobre el suicidio y crear una cultura de respeto a la vida; segundo, ofrecer servicios de prevención de la conducta suicida por grupos etarios, y tercero, fortalecer el sistema de respuesta en salud mental (Park et al., 2020).

La OMS (2018a) también destaca la estrategia gubernamental de Namibia, África, denominada *National Strategic Plan on the Prevention of Suicide in Namibia 2012–2016* (Plan Estratégico Nacional para la Prevención del Suicidio en Namibia 2012-2016), cuya misión estuvo centrada en suministrar servicios integrales, asequibles y accesibles de atención sobre conducta suicida. Aunque no se tienen detalles sobre la implementación y monitoreo del programa, esta estrategia se dirigió

al distrito electoral, a fin de modificar y mejorar los procesos internos del servicio de salud, garantizar la prestación de servicios cualificados y disponer de un presupuesto equitativo (**Ministry of Health and Social Services, 2011**).

Paralelamente, los programas mencionados evidencian que las comunidades o grupos sociales a los que pertenecen los sujetos desempeñan un rol fundamental en la prevención de la conducta suicida. Considerando el papel de los grupos, la OMS (**2018b**) elaboró un manual de herramientas de prevención para las comunidades, en el que cada apartado del documento presenta distintas maneras de fortalecer la participación comunitaria y sugiere herramientas para elaborar programas de prevención específicos para las necesidades de la comunidad; sintetizados en la tabla 1.

Tabla 1.
Participación comunitaria en la prevención del suicido según la OMS (2018b)

Fases del programa	Actividades
Preparación inicial	Reconocimiento de la comunidad y fortalecimiento del entorno comunitario de apoyo Consideración de la población, servicios e información Definición de objetivos Creación de un comité directivo Identificación de participantes Elección de la técnica de participación Planificación y organización de la primera reunión
Conversación primera reunión	Realizar un ejercicio de mapeo
Plan de acción comunitario	Delimitar los temas clave Identificar recursos Establecer las actividades según prioridad Reformulación de objetivos Elaborar la estrategia de divulgación del programa
Movilización de los medios de comunicación	Creación de alianzas con los medios locales Establecer de manera responsable la información que se divulga y el lenguaje que se utiliza
Monitoreo y evaluación	Establecer el sistema de seguimiento Evaluar los aprendizajes e identificar acciones futuras Creación de sistemas de vigilancia y medición cuantitativa del cambio
Retroalimentación	Reunión de realimentación con la comunidad

Fuente: Adaptado del Preventing suicide: a community engagement toolkit (OMS, 2018b).

Se puede observar que el manual “Prevención del suicidio: un conjunto de herramientas para la participación comunitaria” de la OMS (**2018b**), explica de manera detallada y práctica el proceso que puede seguir cualquier comunidad, independientemente de su ubicación o recursos, para sumar esfuerzos en la prevención de la conducta suicida. Vale resaltar la articulación entre la comunidad y las entidades locales, el fortalecimiento del apoyo, el seguimiento y una adecuada comunicación como factores clave en el diseño de un programa de prevención.

Desde la perspectiva académico-científica, Zalsman et al., (**2016**) elaboraron una evaluación narrativa de la efectividad de las intervenciones de prevención publicadas en artículos científicos entre 2005 y

2014. Como resultado del análisis de 1797 estudios se identificó que desde el 2005 se ha incrementado la restricción de acceso a medios letales, principalmente en el control de analgésicos y la vigilancia de puntos altos para el suicido mediante salto. También evidenciaron que los programas de prevención en entornos educativos son efectivos en la reducción de los intentos de suicidio (0,45, IC 95% 0,24–0,85; $p = 0,014$) y la ideación suicida (0,5, 0,27 –0,92; $p=0,025$). Los autores concluyen que ninguna estrategia destaca claramente sobre las demás y que, debido a la heterogeneidad poblacional y metodológica, se debe realizar una evaluación particular para distintos individuos y grupos.

En un sentido similar, Bustamante & Florenzano (**2013**) realizaron una revisión de programas de prevención del suicidio para adolescentes escolares, a fin de evaluar su impacto en la conducta suicida. Dentro de la búsqueda, los autores solo consideraron estudios que demostraran resultados, encontrando que los programas pueden clasificarse en tres clases según su tipo de intervención. Primero, programas psicoeducativos sobre depresión y suicidio, cuyo objetivo es incorporar en los currículos escolares el reconocimiento de factores de riesgo asociados a la conducta suicida, principalmente enfermedades mentales. Segundo, los denominados gatekeepers (guardianes), dirigidos a entrenar a la comunidad educativa para responder de manera eficaz y efectiva a un intento de suicidio. Tercero, programas de detección, cuya finalidad es implementar instrumentos de evaluación para una rápida identificación de jóvenes en riesgo.

Sin embargo, los autores indican que la mayoría de los programas evalúan los efectos sobre factores asociados (como la depresión) y no sobre el número de suicidios o la conducta suicida (**Bustamante & Florenzano, 2013**); aun así, relacionan los programas que cuentan con evidencia científica, condensados en la tabla 2.

Tabla 2.
Programas de prevención de la conducta suicida con evidencia científica

Programa	Tipo de intervención	Población objetivo	Resultados
Adolescents Depression Awareness Program (ADAP)	Psicoeducativa sobre depresión	Estudiantes, profesores y padres de familia	Incremento de conocimientos sobre depresión y suicidio
Care, Assess, Respond, Empower (CARE)	Screening o identificación y consejería a jóvenes en riesgo	Estudiantes	Ampliar el conocimiento sobre factores de riesgo de suicidio y abuso de drogas
Gatekeepers	Capacitación a estudiantes	Estudiantes	Aumentar el conocimiento sobre factores de riesgo de suicidio
National Youth Suicide Prevention Strategy	Campaña nacional multinivel en Australia	Estudiantes y jóvenes hasta los 25 años	Reducción de la tasa de mortalidad por suicidio en un 50%
Programa de Prevención del Suicidio	Campaña nacional multinivel en Finlandia	Población general, énfasis en trabajadores de la salud y jóvenes de entre 15 a 25 años	Reducción de la tasa de mortalidad por suicidio en jóvenes de más de 15 años en un 40%

Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)	Gatekeepers, psicoeducación y screening	Estudiantes	Disminución de la conducta suicida, a los 3 y 12 meses para gatekeepers y 12 meses para screening
Signs of Suicide (S.O.S)	Screening y psicoeducación sobre suicidio	Estudiantes	Ampliación de conocimientos sobre la depresión y el suicidio; reducción de intentos suicidas
Source of Strength	Gatekeepers entre los estudiantes	Estudiantes	Aumento de la predisposición a pedir ayuda
Surviving the Teens	Psicoeducativa sobre suicidio	Estudiantes, profesores y padres de familia	Reducción de la percepción del suicidio como opción
TeenScreen	Screening de riesgo suicida y patología mental	Estudiantes	Alta identificación y remisión a especialistas de jóvenes en riesgo suicida o con patología mental

Fuente: Adaptado de Bustamante & Florenzano, (2013).

El trabajo de los autores permite evidenciar que la mayoría de los programas de prevención en contextos escolares se desarrollan a partir de intervenciones psicoeducativas, dirigidas principalmente a estudiantes. Resulta inquietante que la generalidad de los resultados gira entorno al incremento de conocimiento sobre la conducta suicida, los factores asociados y de riesgo y no propiamente en la reducción de la conducta.

Paralelamente, uno de los principales enfoques de prevención en Estados Unidos ha sido la transformación en el diseño de programas. La efectividad de las estrategias de prevención de la conducta suicida se relaciona con un desarrollo contextual, que abarque elementos sociales, políticos y económicos de la sociedad; en palabras de Caine: “los apoyos económicos pueden salvar vidas” (2013, p. 828, traducción propia). A lo cual se suma la atención de los principales factores de riesgo (abuso doméstico, consumo de alcohol y sustancias, inseguridad laboral, deserción escolar) y la participación de poblaciones saludables, y personas con mediano y alto riesgo, especialmente niños y adolescentes (Caine, 2013).

Partiendo de la influencia de la cobertura mediática sobre el suicidio, la OMS (2008) propuso nueve recomendaciones para una publicación responsable: 1) Emplear el espacio para educar al público sobre el tema. 2) Evitar normalizar, banalizar o presentar el suicidio como una solución a los problemas. 3) No describir explícitamente el método utilizado en intentos o suicidios consumados. 4) No divulgar detalles sobre el lugar del suicidio. 5) Redactar titulares con cuidado, evitando el sensacionalismo. 6) Usar fotografías o videos con precaución. 7) Evitar presentar suicidios de celebridades como ejemplos. 8) Mostrar consideración hacia los afectados por el suicidio. 9) Proveer información sobre líneas de ayuda.

Programas de prevención de suicidio en el ámbito nacional

En el contexto nacional, el Ministerio de Salud (MINSALUD, 2021) desarrolló la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en Colombia, la cual tiene por objetivo general “reducir la conducta suicida en Colombia con estrategias locales y en contexto, diferenciadas por curso de vida y entornos de desarrollo” (p. 5), ya que se reconoce como un problema de salud pública que debe ser afrontado por diferentes entes gubernamentales, no gubernamentales, sociales, educativos, laborales, económicos, entre otros.

Esta estrategia sustenta sus acciones en algunos elementos de la OPS, sin embargo, después de hacer un análisis al contexto colombiano se determinaron siete componentes asociados a las metas de la Política Nacional de Salud Mental del país, los cuales se describen en la tabla 3.

Tabla 3. Componentes de la estrategia para la Prevención de la conducta Suicida en Colombia

Componente	Ejes en la Política de Salud Mental	Objetivo del Eje
Satisfacción de las necesidades humanas Fomento de habilidades socioemocionales	Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos	“Crear las condiciones individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, promoviendo y manteniendo el bienestar emocional y social”
Reducción del consumo del alcohol Limitación de medios letales utilizados para cometer suicidio Intervención en crisis	Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia	“Mejorar la capacidad de respuesta individual, familiar, comunitaria e institucional, orientando acciones para gestionar los riesgos en salud mental y epilepsia en los entornos donde las personas se desarrollan”
Atención integral de personas con problemas y trastornos mentales	Atención integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia	“Disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas y trastornos mentales, violencia interpersonal y epilepsia en las personas, familias y comunidades, aumentando la oportunidad, el acceso, la aceptabilidad, la calidad, la continuidad y la oferta de servicios de salud mental”

Apoyo a sobrevivientes de suicidio, reducción del estigma y comunicación responsable de la conducta suicida	Rehabilitación integral e inclusión social	“Lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política y cultural), de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario e institucional), hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros”
Eje transversal: Entrelazamiento de las acciones propuestas para la prevención de la conducta suicida y las actividades desarrolladas desde cada uno de los entornos.	Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial	“Promover el goce efectivo del derecho a la salud, la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas en sus diferentes entornos de desarrollo mediante la articulación de los diferentes procesos de gestión de la salud pública a los objetivos, principios y alcance de la presente Política Nacional de Salud Mental”

Fuente: Ministerio de Salud de Colombia (2021, p. 22).

Se puede observar que los programas de prevención de la conducta suicida en Colombia incorporan componentes individuales, asociados a la satisfacción de necesidades personales, sociales y ambientales que garanticen el bienestar de la población; componentes de salud, relacionados con la prevención de la conducta, la intervención en crisis y la atención posterior a un intento, y componentes sociopolíticos, vinculados con la rehabilitación, la inclusión y la articulación de sectores, organizaciones y actores en torno a la salud pública. Las intervenciones abarcan la promoción en salud mental, la prevención y atención a trastornos mentales (Ministerio de Salud de Colombia, 2018).

Paralelamente, el Departamento Nacional de Planeación (2020) señala que uno de los elementos fundamentales para implementar estrategias y políticas de salud mental en el país es la organización intersectorial, interinstitucional y la unificación de acciones. Así pues, uno de los principales obstáculos para el diseño y desarrollo de programas de prevención es “la falta de articulación de las políticas que inciden en la promoción de la salud mental y en la prevención de problemas mentales, violencias, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos mentales y suicidio.” (p. 26).

Adicionalmente, el gobierno colombiano creó el Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental (GGISM) dentro del Ministerio de Salud y Protección Social para liderar diversas intervenciones (Ministerio de Salud de Colombia, 2018): 1) Incrementar los contenidos de salud mental en el sistema de salud, desarrollar un modelo de atención integral para emergencias y un protocolo de vigilancia epidemiológica. 2) Publicar y difundir la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana de episodios y trastornos depresivos recurrentes. 3) Formular y validar una estrategia para reducir el estigma en salud mental. 4) Incluir una estrategia de rehabilitación comunitaria en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). 5) Compilar y difundir material para la prevención e intervención en conducta suicida.

Siguiendo los lineamientos de prevención internacional, Palacios-Espinosa et al., (2024) desarrollaron una investigación acerca de la difusión de noticias sobre suicidio en medios de comunicación masiva de Colombia entre 2018 y 2021, encontrando que todas las noticias analizadas presentan falencias en la adaptación a las recomendaciones de la OMS. Los autores mencionan que los medios de comunicación impresa fallan principalmente en desaprovechar la oportunidad para educar sobre la problemática (96,7%), utilizar fotografías o vídeos de manera descuidada o sin autorización (98,9%), atender a la manera en la que se reporta el fallecimiento de una celebridad (100%) y suministrar información sobre dónde buscar ayuda (95,7%). Se concluye que se carece de responsabilidad en la publicación de información, lo que puede provocar un efecto Werther¹.

Dado que la estrategia de prevención del suicidio es una prioridad para los entes territoriales en la lucha contra esta problemática en los próximos años, es crucial revisar investigaciones previas sobre programas de intervención en este comportamiento. Esto permitirá complementar y justificar prácticas basadas en evidencia científica con la población colombiana. A continuación, se analizan y presentan algunas de las herramientas implementadas, principalmente en adolescentes en entornos académicos, aunque se observa una brecha en comparación con el ámbito internacional (Cañón et al., 2018).

En el contexto universitario, Quiceno-Manosalva et al., (2020) desarrollaron una investigación no experimental descriptiva correlacional, que buscaba identificar la relación entre las variables de “sentido de vida” y “recursos psicológicos” en estudiantes de entre 15 a 45 años, para el diseño de programas psicoeducativos sobre factores de riesgo asociados a la depresión y la conducta suicida, específicamente soledad y angustia existencial. Como principal resultado encontraron una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, de modo que un alto sentido de vida se asocia con capacidades de plenitud y un bajo sentido se vincula a recursos de bloqueo y restricción.

Adicionalmente, las autoras mencionan que en el grupo etario de 26 a 45 años hay una tendencia a experimentar un alto sentido de vida, lo cual significa que los jóvenes de estas edades tienen claridad en sus metas y sienten satisfacción con lo que hacen; mientras que en el grupo de 15 a 25 años se experimenta vacío existencial, asociado a la búsqueda de sí mismos y el cuestionamiento constante sobre su proyecto de vida (Quiceno-Manosalva et al., 2020). Lo anterior manifiesta la necesidad de diseñar programas psicoeducativos centrados en el fortalecimiento de la personalidad y el afrontamiento a la adversidad, previniendo así la aparición de riesgo suicida en los jóvenes.

Es este mismo sentido, Arango et al., (2020) destacan la relación mediadora de las variables de “sentido de vida” y “recursos psicológicos” en la estructuración, diseño y funcionalidad de un programa de intervención psicoeducativa como modelo preventivo de la conducta suicida y la depresión en estudiantes universitarios. Aunque las investigadoras no diseñaron el programa, consideran que es sumamente importante fortalecer en los estudiantes las habilidades de afrontamiento de problemas, teniendo en cuenta sus propios recursos y potencialidades.

Ahora bien, a pesar del alcance de la problemática y las altas tasas de prevalencia, en Colombia no se encuentran programas de prevención del suicidio para población universitaria, como lo sugieren Arango et al., (2020) y Quiceno-Manosalva et al., (2020), por el contrario, en escenarios escolares se han generado algunas aproximaciones. Una de ellas es la investigación de Cañón et al., (2018), quienes desarrollaron

¹ El efecto Werther es un término sociológico que indica la influencia negativa de la representación de los suicidios en los medios de comunicación, provocando la imitación de estas conductas; especialmente cuando son realizadas por una celebridad o personaje representativo de la cultura popular (Domaradzki, 2021).

una estrategia de intervención psicoeducativa para la prevención de la conducta suicida en 103 estudiantes de los grados 6° y 8° de un colegio de la ciudad de Manizales – Colombia. El programa se compuso de 8 sesiones, en las cuales se abordaron las temáticas y actividades comprendidas en la tabla 4.

Tabla 4. Módulos del programa de prevención en escolares elaborado por Cañón et al., (2018).

Módulo	Actividad para desarrollar
1 y 2	Firma de consentimiento informado y aplicación de instrumentos: Escala de Riesgo suicida de Plutchik, Escala de autoestima de Rosenberg, Escala dimensional del sentido de la vida y Cuestionario de asertividad de Rathus
3	Cuestionario de mitos y realidades de la conducta suicida, que incluye 26 enunciados de falso o verdadero, que posteriormente fueron contrastados con evidencia científica
4 y 5	Se realizaron 3 talleres enfocados en la autoestima, las redes de apoyo y la atribución de responsabilidades
6 y 7	Terapia a través del arte y la expresión corporal, con la finalidad de trabajar los procesos de comunicación asertiva y solución de problemas
8	Aplicación postest de las baterías iniciales

Fuente: Adaptado del programa de prevención del suicidio desarrollado por Cañón et al., (2018).

Sumado a lo anterior, después de un mes de las capacitaciones y talleres desarrollados se volvieron a aplicar los instrumentos iniciales, evidenciando variaciones estadísticamente significativas entre el pre y el postest en todas las medidas tomadas ($p < 0,001$), por ejemplo, la categoría riesgo suicida pasó del 42,7% al 6,8%, disminuyendo considerablemente; al igual que aumentaron variables como autoestima, asertividad y sentido de vida. Los investigadores resaltan la necesidad de implementar estas estrategias en instituciones educativas con apoyo permanente de directivos y docentes, a fin de que se evidencie una continuidad en el tiempo. Del mismo modo, sugieren incluir diferentes actores educativos, como los padres de familia (Cañón et al., 2018).

De manera similar, Toro et al., (2018) plantearon una estrategia de prevención de la conducta suicida para población adolescente colombiana perteneciente a colegios del departamento de Boyacá. El programa está compuesto por 10 fases en las que se trabajaron, entre otros elementos, las siguientes categorías: resolución de problemas, autocontrol y toma de decisiones. Se encontró un cambio estadísticamente significativo en términos de factores de riesgo ($p = 0,042$) y de protección ($p = 0,42$). Los autores finalizan el estudio resaltando la necesidad de desarrollar estrategias enfocadas en las variables trabajadas y la inclusión de elementos como apoyo social, funcionalidad familiar y autoestima.

Otro de los programas implementados con población escolar en el país se llevó a cabo en una institución educativa de la ciudad de Cali, con 30 estudiantes entre los 9 y 14 años y 7 adultos, incluidos docentes y padres. Este se compuso de una intervención psicoeducativa mediada por 4 fases: 1) Identificación de riesgo suicida, 2) Programa psicoeducativo, 3) Principios de salud y 4) Evaluación de la intervención. Aunque no se evidenció el impacto del programa directamente sobre la conducta suicida, el mismo sí permitió identificar factores de riesgo, generar sensibilización sobre el fenómeno y aumentar los conocimientos

en la identificación de riesgo suicida. Como conclusión, los investigadores destacan la necesidad de desarrollar más estrategias de prevención debido al alto impacto del fenómeno. Señalan que es fundamental incluir a diversos actores educativos en estos programas, ya que consideran que el entorno educativo es el espacio ideal para proporcionar tanto información como formación (Piedrahita et al., 2012).

Discusión

Con base en la anterior exposición y descripción de diferentes programas de prevención de la conducta suicida, a continuación, se presentan la discusión del proceso de análisis de este escrito reflexivo, cuyo objetivo fue determinar la influencia y el impacto de los programas de prevención del suicidio en el ámbito internacional y nacional y detallar sus deficiencias con la finalidad de proponer líneas de acción.

Se evidencia que gran parte de los programas de prevención de suicidio se centran en aumentar el conocimiento sobre el tema y, a la vez, modificar factores de riesgo de esta conducta (como por ejemplo el reconocimiento de síntomas de trastornos en salud mental, la búsqueda de ayuda, la tenencia de un estilo de vida saludable, entre otros); pero no intervienen directamente en la aparición del comportamiento. La generalidad de los resultados de los estudios y programas tiene un abordaje indirecto o secundario de la conducta suicida (Daray et al., 2016; Bustamante & Florenzano, 2013). Se debe trabajar en el fortalecimiento de programas que impacten de manera directa en la reducción de la conducta suicida, y no solamente en la capacitación y ampliación del conocimiento sobre el tema.

Las intervenciones directas se enfocan principalmente en reducir el acceso a medios para el suicidio, atender factores individuales como el fortalecimiento de recursos personales y habilidades de afrontamiento, y monitorear los intentos fallidos. Sin embargo, no se detallan intervenciones psicológicas en salud mental que han demostrado ser efectivas (Ransanz, 2022; OPS, 2021; Navarrete et al., 2019; OMS, 2018a; Ortega, 2018; Londoño et al., 2016). En cuanto a los programas secundarios, que no abordan directamente la conducta suicida, se busca mejorar los servicios de salud y la respuesta en crisis mediante una mayor contratación y capacitación del personal, así como incrementar el conocimiento sobre la problemática, reducir la estigmatización y cuidar la comunicación en los medios, enfatizando la importancia de buscar ayuda.

De igual manera, en los programas de prevención es tangible la necesidad de efectuar un seguimiento a la ideación e intentos de suicidio, dada la alta tasa de reintentos; que en la mayoría de los casos no se tiene estimada de manera exacta. Aunque está comprobado que un intento de suicidio antecede a otros (Ministerio de Salud de Colombia, 2018), no se tienen cifras específicas de la reiteración de la conducta suicida, lo cual debería incluirse dentro de la estrategia de seguimiento de los programas de prevención. A lo que se suman las bajas mediciones posintervención sobre conductas de ideación, intento o suicidio consumado.

Paralelamente, se destaca el amplio interés de los programas, tanto internacionales como nacionales, de priorizar y focalizar las intervenciones en población adolescente, quienes son, en su mayoría, los más afectados por esta causa a nivel mundial, además de que han demostrado ser efectivos en la reducción de la conducta suicida. Resulta imprescindible diseñar programas psicoeducativos centrados en el fortalecimiento de la personalidad, las habilidades sociales y el afrontamiento a la adversidad, previniendo así la aparición de riesgo suicida

en los jóvenes, quienes se encuentran en una etapa de vulnerabilidad con influencia directa en el restante del ciclo vital (**González-Moreno y Moreno-Jurado, 2022**).

Así pues, se evidencia la existencia de diversidad de estrategias y métodos eficaces para la prevención de la conducta suicida, no obstante, estos no cuentan con documentación en población colombiana. Se requiere evaluar la replicabilidad de los programas del ámbito internacional en el país, detallando las acciones en función de la diversidad colombiana. Todo programa que busque reducir la conducta suicida debe ser contextual. También resulta significativo indicar que en Colombia son pocos los estudios de programas de prevención en entornos educativos, a pesar de la alta cifra de mortalidad por esta causa. Es latente la necesidad de implementar programas basados en la evidencia y adaptados a la realidad local.

Finalmente, este escrito ha considerado un conjunto sustancioso de evidencias de los esfuerzos preventivos de la conducta suicida, en el contexto internacional y nacional, que se espera se utilice como base en el diseño de programas oportunos, integrales, contextuales y efectivos. Se debe trabajar de manera articulada y mancomunada en la implementación de protocolos de prevención del suicidio, que a su vez deben ser investigados y mejorados para sobrepasar las limitaciones evidenciadas.

Conclusiones

Partiendo de la reflexión y análisis realizado, se concluye que es crucial fortalecer los programas de intervención existentes, basándolos en prácticas fundamentadas en evidencia que demuestren, por ejemplo, el impacto estadístico de las acciones implementadas. Además, al formular, implementar y seguir estos programas, es esencial considerar una amplia gama de aspectos —sociales, culturales, éticos, morales, religiosos, sanitarios, políticos, históricos y psicosociales— para abordar el fenómeno del suicidio desde una perspectiva integral. Este enfoque holístico, complejo, multiparadigmático e interdisciplinar permitirá una intervención más completa y eficaz.

Adicionalmente, es esencial fomentar la colaboración activa entre diversos sectores —gubernamentales, no gubernamentales, académicos y comunitarios— en el diseño e implementación de programas de prevención de la conducta suicida. La participación de comunidades e individuos afectados en estos programas promueve la apropiación y sostenibilidad de las estrategias a largo plazo. La integración de diferentes perspectivas y experiencias posibilita una comprensión más profunda de las necesidades locales y favorece la creación de soluciones más efectivas y adaptadas a realidades específicas. Es fundamental una aproximación inclusiva y colaborativa para contribuir y potenciar los esfuerzos globales para prevenir el suicidio y mejorar la salud mental.

Referencias

- Amador Rivera, G. H. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. http://www.scielo.org/bo/pdf/rmcmlp/v21n2/v21n2_a12.pdf
- Arango, M. A., Ariza, S., & Trujillo, Á. (2015). Sentido de vida y recursos psicológicos en pacientes diagnosticados con depresión mayor con ideación suicida. *Revista argentina de clínica psicológica*, 24(3), 211-221. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946988003.pdf>
- Barrientos-Gómez, J., Ángel-Jiménez, G. & López-Herrera, F. (2017). Caracterización de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en cuatro instituciones de salud del municipio de Medellín, 2015. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 60-77. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-33.csp>
- Benavides-Mora, V., Villota-Melo, N., & Villalobos-Galvis, F. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181-195. <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>
- Brann, K. L., Baker, D., Smith-Millman, M. K., Watt, S. J., & DiOrio, C. (2021). A meta-analysis of suicide prevention programs for school-aged youth. *Children and Youth Services Review*, 121, 105826. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105826>
- Budd, M., Iqbal, A., Harding, C., Rees, E., & Bhutani, G. (2020). Mental health promotion and prevention in primary care: What should we be doing vs. What are we actually doing?. *Mental Health & Prevention*, 200195. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200195>
- Bustamante, F. & Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(2), 126-136. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>
- Caine, E. (2013). Forging an Agenda for Suicide Prevention in the United States. *American Journal of Public Health*, 103(5), 822-829. <doi:10.2105/AJPH.2012.301078>
- Campillo, C. & Fajardo, G. (2021). Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gaceta Médica de México*, 157(5), 564-569. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000205>
- Cañón, S. C., Castaño-Castrillón, J. J., Mosquera-Lozano, A. M., Nieto-Angarita, L. M., Orozco-Daza, M., & Giraldo-Londoño, W. F. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 27-40. <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.02>
- Daray, F. M., Grendas, L., & Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 73(3), 205-211. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v73.n3.12457>
- Departamento Nacional de Planeación (2020). Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>
- Department of Health & Government of Ireland (2015). Connecting for Life: Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015-2020. Department of Health. <https://extranet.who.int/mindbank/item/5640>
- Domaradzki, J. (2021). The Werther Effect, the Papageno Effect or No Effect? A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph18052396>
- Ferreira, L.E. (2018). Suicidios y Freud: Conceptualizaciones Sobre el Suicidio en Ensayos Freudianos. *Informes Psicológicos*, 18(1), 73-94. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v18n1a04>
- Gomes-da-Costa, S., Solé, E., Williams, E., Giménez, A., Garriga, M., Pacchiarotti, I., Vázquez, M., Cavero, M., Blanch, J., Pérez, V., Palao, D., Vieta, E., & Verdolini, N. (2023). The impact of the Catalonia Suicide Risk Code (CSRC) in a tertiary hospital: Reduction in hospitalizations and emergency room visits for any reason but not for suicide attempt. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Ed.)*, 16(2), 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.05.004>
- González Moreno, A. & Molero Jurado, M. d. (2022). Las habilidades sociales y su relación con otras variables en la etapa de la adolescencia: Una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15 (1), 113-123. Obtenido de: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/2186>
- Government of Japan (2017). The General Principles of Suicide Prevention Policy - Realizing a Society in Which No One Is Driven to Take Their Own Life (Cabinet Decision, 25th July 2017). Translated by Japan

- Support Center for Suicide Countermeasure. <https://extranet.who.int/mindbank/item/6766>
- Government of Switzerland. (2016). Suicide prevention in Switzerland: Starting point, need for action and action plan (2016). Bundesamt für Gesundheit (BAG). <https://extranet.who.int/mindbank/item/6764>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018) Política Nacional de Infancia y Adolescencia. Gobierno de Colombia. https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_nacional_de_infancia_y_adolescencia.pdf
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2019). Forensis 2018. Datos para la vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf>
- Katz, C., Bolton, S. L., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and anxiety*, 30(10), 1030-1045. <https://doi.org/10.1002/da.22114>
- Londoño, N., Palacio, J., Acosta, C., Juárez, F. & Aguirre-Acevedo, D. (2016). Efectividad de un programa de prevención en salud mental mediante el diálogo socrático y el pensamiento crítico. *Salud Uninorte*, 32(1), 11-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81745985002>
- Ministerio de Salud de Chile (2019). Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales-programa nacional de prevención del suicidio. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2021). Prevención de la Conducta Suicida en Colombia. Ministerio de Salud de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2018). Boletín de salud mental. Conducta suicida. Subdirección de Enfermedades no Transmisibles. Ministerio de Salud de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2011). Plan Nacional de prevención del Suicidio, Para Uruguay 2011-2015 "Un compromiso con la vida". Ministerio de Salud Pública. <https://extranet.who.int/mindbank/item/3288>
- Ministry of Health and Social Services (2011). National Strategic Plan on Prevention of Suicide in Namibia 2012-2016. Ministry of Health and Social Services. <https://extranet.who.int/mindbank/item/6272>
- Ministry of Health Guyana. (s.f.). National Mental Health Action Plan 2015-2020. Ministry of Health Guyana. <https://health.gov.gy/index.php/document-center/21-mhu/56-mhustrategies>
- Navarrete, E. M., Herrera, J., & León, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 193-214.
- Office of the Surgeon General & National Action Alliance for Suicide Prevention. (2012). 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Department of Health & Human Services. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019, 9 de septiembre). Global Health Estimates: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). National suicide prevention strategies Progress, examples and indicators. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). Preventing suicide: a community engagement toolkit. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/272860>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 8 de agosto). Suicide. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud (2008). Preventing suicide: a resource for media professionals. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43954>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>
- Ortega, M. (2018). Comportamiento suicida: Reflexiones críticas para el estudio desde un sistema psicológico. (versión digital). <http://doi.org/10.29410/QTP.18.05>
- Palacios-Espinosa, X., Leal, D., & Martínez, F. (2024). La cobertura del suicidio en los medios de comunicación tradicionales en Colombia, antes y durante la pandemia (2018 - 2021). *Revista Latina de Comunicación Social*, (82), 1-17. <https://doi.org/10.4185/rlcs-2024-2150>
- Park, S. C., Na, K. S., Kwon, S. J., Kim, M., Kim, H. J., Baik, M., Seol, J., An, E. J., Lee, S. M., Lee, E. J., Lim, M., Cho, S. J., Kim, G. H., Kim, N., Jeon, H. J., Paik, J. W., Oh, K. S., & Lee, H. Y. (2020). "Suicide CARE" (Standardized Suicide Prevention Program for Gatekeeper Intervention in Korea): An Update. *Psychiatry investigation*, 17(9), 911-924. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0166>
- Piedrahita, L.E., Paz, K.M., & Romero, A.M. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes; la escuela como contexto. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17. 136-148.
- Quiceno-Manosalva, M., Mendoza-Rincón, B., & Lara-Posada, E. (2020). Sentido de vida y recursos psicológicos en estudiantes universitarios para el diseño de un programa psicoeducativo en la prevención de la depresión y suicidio. *Archivos Venezolanos De Farmacología y Terapéutica*, 39(3), 361-372. <https://hdl.handle.net/20.500.12442/6229>
- Ransanz, E. (2022). Arteterapia y prevención del suicidio. Una revisión bibliográfica sobre las principales aportaciones de la Arteterapia en la prevención del suicidio en adolescentes. *Arteterapia*, 17, 1-11. <https://doi.org/10.5209/arte.76264>
- Rezaeian, M. & Platt, S. (2021). Iran's National Suicide Prevention Program. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 43(4). <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000788>
- Rodríguez-Testal, J. (2023). Manual de Psicología de la Conducta Suicida. *Psicothema*, 35(3), 321-324. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-144X2023000300321
- Rolo, D. (2023). El suicidio en el trabajo o la paradoja de Durkheim. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*, 7(5), 1-9.
- Royal Government of Bhutan. (2015). Suicide Prevention in Bhutan - A Three Year Action Plan (2015-2018). Royal Government of Bhutan. <https://extranet.who.int/mindbank/item/6176>
- Toro, R., Vianchá, M., Martínez, L. & Pérez, M. (2018). Conducta suicida en Boyacá: factores psicosociales y prevención. Universidad de Boyacá. <https://doi.org/10.24267/9789588642840>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ... & Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet. Psychiatry*, 3(7), 646-659. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30030-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30030-x)