

Universidad de Córdoba
Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología
Departamento de Psicología



La conducta suicida y su relación con factores psicosociales
vinculados a la salud mental, en población juvenil chilena. Un
análisis para la generación de programas de prevención

Suicidal behavior and its relationship with psychosocial factors related to mental health
in the young Chileans. An analysis for the generation of prevention programs

TESIS DOCTORAL
presentada por:
Alexis Gerardo Soto Salcedo

Directores:
Dr. Juan Antonio Moriana Elvira
Dr. Bernardino Fernández-Calvo

Programa de Doctorado de Ciencias Sociales y Jurídicas
Córdoba, mayo de 2023

TITULO: *La conducta suicida y su relación con factores psicosociales vinculados a la salud mental, en población juvenil chilena. Un análisis para la generación de programas de prevención*

AUTOR: *Alexis Soto Salcedo*

© Edita: UCOPress. 2023
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/>
ucopress@uco.es



TÍTULO DE LA TESIS

La conducta suicida y su relación con factores psicosociales vinculados a la salud mental en población juvenil chilena. Un análisis para la generación de programas de prevención.

DOCTORANDO/A: Alexis Gerardo Soto Salcedo

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

La tesis doctoral denominada “*La conducta suicida y su relación con factores psicosociales vinculados a la salud mental en población juvenil chilena. Un análisis para la generación de programas de prevención*”, realizada bajo nuestra dirección por Alexis Gerardo Soto Salcedo es un trabajo original y continua la línea de investigación iniciada por el doctorando en la Universidad Mayor en Temuco, Chile, de la que es docente e investigador.

El doctorando ha conjugado sus actividades académicas en la Universidad Mayor con el desarrollo de la tesis doctoral y ha sido muy constante en su trabajo. Los objetivos planteados en la tesis doctoral se han alcanzado y los resultados han sido parcialmente publicados en el siguiente artículo:

Soto, A., Fernández-Calvo, B., Villarroel-Gruner, P., & Moriana, J. Intervenciones clínicas, educativas y psicosociales para la prevención de la conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes: una revisión sistemática. Encuentros. *Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico*.

Consideramos que Alexis Gerardo Soto Salcedo ha logrado la madurez científica durante el periodo de doctorado que le ha permitido concluir la Tesis Doctoral de forma satisfactoria, la cual cumple todos los requisitos científicos y formales suficientes para su presentación con la finalidad de optar al Grado de Doctor por la Universidad de Córdoba.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral

Córdoba, 24 de abril de 2023

Firma de los directores

MORIANA ELVIRA JUAN ANTONIO - 30548619L
Firmado digitalmente por MORIANA ELVIRA JUAN ANTONIO - 30548619L
Fecha: 2023.04.24 19:05:52 +02'00'

Fdo.: Juan Antonio Moriana Elvira

FERNANDEZ CALVO BERNARDINO - 07953741L
Firmado digitalmente por FERNANDEZ CALVO BERNARDINO - 07953741L
Fecha: 2023.04.24 15:08:54 +02'00'

Fdo.: Bernardino Fernández Calvo

Dedicatoria y Agradecimientos

Han sido años de muchos aprendizajes, de encuentros presenciales, de videollamadas y de conversaciones que me han permitido obrar con calma y prudencia frente a ideas y nuevos proyectos. He reflexionado respecto de las diferencias culturales que se producen en Chile, mi país, y las miradas distintas con que se pueden observar los fenómenos al pararse en otro continente. He sentido la fragilidad, producto de la pandemia, y la generosidad de muchas personas, que me han ayudado, a encontrar alternativas para seguir caminando en este hermoso desafío.

He sido testigo de la paciencia y vocación de servicio con que mis directores me han orientado y apoyado en las decisiones correctas, pero sobre todo en errores y desaciertos, en donde, con asertividad, han podido orientar mi camino para un mejor proceder. A ellos Juan Antonio y Bernardino, agradezco las horas y días invertidos en mí, su prolijidad, su compromiso, su comprensión y acompañamiento durante todo este tiempo.

Agradezco a mi colega Norman, que me mostró Córdoba y su Universidad, me maravillo con su cultura, con su gente y con la dedicación de los profesores de la UCO, para trabajar con estudiantes de todo el mundo; gracias a él, logré llegar a este espacio formativo. A Alex quién desde hace años me ha incentivado para seguir estudiando y me ha acompañado en los primeros pasos en investigación.

Valoro también, el apoyo que colegas y autoridades de la Universidad Mayor, donde trabajo, me han brindado durante este tiempo, han estado al tanto de mis avances y esperando que el proceso culmine de buena forma. A los colegas de la Escuela de Psicología de Temuco que me han dado ánimo y energía, de forma especial, el apoyo de Patricia, Marcia y Zuny.

Quiero manifestar mi profundo agradecimiento a mi pequeña familia, Marcela y Benjamín, a quienes amo y, han debido sortear mi ausencia durante muchos fines de semana, donde he estado dedicado a revisiones, lecturas o escritos, lejos de sus temas o necesidades, y ausente de espacios recreativos y de convivencia. Agradezco también a mis padres, Luis Gerardo

que tempranamente partió y, a mi madre Elena, que dio la batalla por formar y criar a sus hijos. A todos ellos les debo gran parte de lo que traigo y de lo que soy.

Agradezco a mis estudiantes, que me demandan cotidianamente con sus necesidades de acompañamiento emocional y cognitivo, que me desafían a comprender de mejor forma los cambios de esta nueva generación y, que me empujan en una reflexión constante para encontrar la mejor forma de apoyarles en la búsqueda de una mejor salud mental.

Finalmente doy gracias a Dios, que ha estado desde siempre conmigo.

INDICE

Presentación	¡Error! Marcador no definido.
Primera Parte: Marco Teórico.....	17
Capítulo 1. Salud mental y conducta suicida.....	19
1. Introducción	19
2. Salud mental.....	20
2.1. Concepto, evolución y paradigmas comprensivos.....	20
2.2. Determinantes y desafíos de la salud mental	24
2.3. Modelos de Atención en salud mental	27
2.4. Valores y Principios	28
2.5. El rol de la Psiquiatría en la Salud mental.....	29
2.6. El suicidio como problema de la salud mental	32
3. Suicidio.....	33
3.1. Evolución histórica	33
3.2. Conceptualización y clasificación	36
3.3. Teorías explicativas.....	41
3.3.1. Teorías biológico-genéticas.....	41
3.3.2. Teoría cognitiva.....	41
3.3.3. Teoría psicológica interpersonal del suicidio (ITS).....	42
3.3.4. Teorías psicodinámicas	42
3.3.5. Teoría sociológica.....	43
3.3.6. Teorías Humanistas.....	44
3.4. Epidemiología en salud mental.....	45
3.5. Factores de riesgo y protección- Poblaciones de riesgo.....	45
3.5.1. Riesgo a desarrollar conducta suicida.....	45
3.5.2. Factores psicosociales asociados a la conducta suicida.....	47
3.5.2.1. Factores personales	48
3.5.2.2. Factores Familiares	52
3.5.2.3. Factores culturales	53
3.6. Comorbilidad psiquiátrica y conducta suicida.....	54
3.7. La evaluación de la conducta suicida. Instrumentos de evaluación.....	55
3.7.1. Instrumentos de medición asociados a la suicidalidad.....	56
3.7.1.1. Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)	56

3.7.1.2. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	56
3.7.1.3. El Inventario de Orientación Suicida	56
3.7.1.4. Inventario de Resiliencia ante el Suicidio	57
3.7.1.5. Cuestionario de Ideación Suicida	57
3.7.1.6. Escala de Ideación Suicida de Beck:	57
3.7.1.7. La Escala de Roberts	58
3.7.1.8. Escala Paykel de Suicidio	58
3.7.1.9. Escala Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida	58
3.7.1.10. Escala para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes SENTIA.	58
3.7.1.11. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI)	58
3.7.1.12. El “inventario de razones para vivir”	59
3.7.1.13. Escala de Suicidalidad de Okasha.	59
3.8. Los tratamientos Psicológicos del suicidio	59
3.9. Los programas de prevención de la conducta suicida.....	62
4. Conclusiones.....	64
Capítulo 2: Adolescencia, juventud y conducta suicida	67
2.1. Introducción.....	67
2.2. La etapa adolescente-juvenil	68
2.3. Etapa evolutiva y desafíos identitarios.....	68
2.4. El autoconcepto y autoestima en los adolescentes	69
2.5. Desarrollo y expresión emocional adolescente	71
2.6. La juventud o adolescencia tardía.....	71
2.7. La salud mental y conducta suicida en la adolescencia y juventud	72
2.8. Factores de protección y riesgo de la conducta suicida juvenil	76
2.8.1. Factores protectores de la conducta suicida en jóvenes.....	77
2.8.2. Factores de riesgo de la conducta suicida en jóvenes	78
2.9. Conclusiones	80
Capítulo 3: Programas de prevención de la conducta suicida	83
3.1. Introducción.....	83
3.2. Políticas y programas de salud mental.....	84
3.3. Programas de prevención de la conducta suicida juvenil.....	93
3.4.-Conclusiones.....	107
Segunda Parte: Metodología y Estudios realizados.....	109

Capítulo 4: Estudios y metodología general	111
4.1. Introducción.....	111
4.2. Supuestos de investigación.....	111
4.3. Objetivos de investigación.....	112
Capítulo 5: Estudio sobre la prevención de suicidio en Universitarios Chilenos.....	115
5.1. Introducción.....	115
5.2. Método.....	118
5.3. Resultados	121
5.4. Discusión	125
5.5. Conclusiones	127
Capítulo 6: Intervenciones clínicas, educativas y psicosociales para la prevención de la conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes: una revisión sistemática.....	129
6.1. Resumen.....	129
6.2. Abstract.....	130
6.3. Introducción.....	131
6.4. Método.....	132
6.4.1. Diseño del estudio.....	132
6.4.2. Criterio de elegibilidad.....	132
6.4.3. Estrategia de búsqueda.....	133
6.4.4. Selección de estudios y extracción de datos	133
6.4.5. Evaluación del riesgo de sesgo (calidad).....	136
6.5. Resultados	136
6.5.1. Tipos de estudio y muestra utilizada	143
6.5.2. Programas y tipos de intervención	143
6.5.3. Tipos de seguimiento	145
6.5.4. Eficacia declarada.....	145
6.5.5. Evaluación del riesgo de sesgo (calidad).....	146
6.6. Discusión	151
6.7. Conclusión	153
Capítulo 7: Conclusiones y perspectivas futuras	155
7.1.- Conclusiones	155
7.2. Síntesis de las principales aportaciones.....	158
7.3. Limitaciones y líneas futuras de investigación	159

7.4. Consideraciones Finales.....	160
Referencias.....	163
Anexo 1	205
Anexo 2	207

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 Recomendaciones claves de la Comisión Lancet	22
Tabla 2 Desafíos de los profesionales que trabajan en salud mental	26
Tabla 3 Sistema de clasificación de violencia autodirigida	39
Tabla 4 Estimaciones combinadas de las tasas de mortalidad por suicidio por cada 100 000 personas por grupo de edad (10 a 19 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años) y sexo.....	73
Tabla 5 . Datos sociodemográficos de los participantes del estudio	122
Tabla 6 Media, desviación típica y matriz de correlaciones de las medidas del estudio	123
Tabla 7 Comparación de las medidas psicológicas entre los géneros masculinos y femeninos.....	124
Tabla 8 Comparación de las medidas psicológicas entre grupos de riesgo y no riesgo a la ideación suicida	125
Tabla 9 Estudios incorporados en la revisión sistemática.....	137
Tabla 10 Evaluación de riesgo de sesgo y certeza	¡Error! Marcador no definido.
Figura 1 Determinantes de la salud mental	24
Figura 2 Valores y principios de la salud mental en Chile	29
Figura 3 Factores de Riesgo de la conducta suicida.....	46
Figura 4 Factores protectores de la conducta suicida.....	79
Figura 5 Diagrama de Flujo Revisión Sistemática	135

Presentación

La conducta suicida (CS) es un conjunto de manifestaciones que abarcan desde la ideación del suicidio hasta la concreción de este, transitando por una serie de mecanismos cognitivos de autovaloración o evaluación de la realidad, que se relacionan con el estado de bienestar del individuo y, en muchas ocasiones, con aspectos asociados a su salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los distintos sistemas sanitarios del mundo consideran que el suicidio es un problema de salud pública, y lo han incorporado dentro de sus políticas de salud mental, para garantizar la vida y promover mejores y mayores estados de bienestar en la población general. Si bien las acciones desarrolladas son insuficientes y no han logrado frenar la alta tasa de suicidios, existen esfuerzos que han intentado capturar recursos públicos y privados que garanticen acceso y calidad de atención a quienes manifiestan malestar en su vida psíquica.

Este estudio se desarrolla en el grupo de población juvenil, fase evolutiva en la que se producen los mayores cambios físicos, psicológicos y sociales, en un periodo de tiempo muy breve y que suponen la transición de la edad infantil a la adulta. La búsqueda y consolidación de la identidad en esta etapa, les hace vulnerables a la retroalimentación que el entorno hace de sus decisiones y a la presión social por transformarse en adultos. Los jóvenes tienden a elevar sus niveles de estrés al enfrentar decisiones propias de su edad, como por ejemplo, el ingreso al sistema universitario, la vida de pareja o la emancipación de la familia, lo que afecta a su salud mental, manifestando en ocasiones crisis de ansiedad, depresión y conducta suicida.

El objetivo de esta tesis fue reflexionar respecto de la conducta suicida y su relación con factores psicosociales vinculados a la salud mental en población juvenil chilena, con el propósito de integrar modelos teóricos y experiencias tanto de comprensión como de abordaje, que permitan avanzar en una futura construcción de programas de prevención de la conducta suicida en población universitaria.

El enfoque propuesto recoge las disposiciones sanitarias establecidas en la Política Nacional de la Salud Mental en Chile y acciones específicas de la prevención del suicidio, emitidas por el Ministerio de Salud chileno, pero al mismo tiempo, plantea diversas experiencias de países que han trabajado este tema, diseñando programas de prevención en esta problemática.

Además, se pretendió visibilizar los factores de riesgo y protección de la conducta suicida en población universitaria chilena.

Esta tesis presenta dos estudios, el primero trata respecto de la identificación de factores psicosociales y suicidalidad en universitarios chilenos y contó con la participación de 1019 estudiantes de diversos grados y universidades. Estos estudiantes respondieron diferentes instrumentos psicosociales y de la CS (ansiedad, depresión, estrés, desesperanza, impulsividad, autoestima y suicidalidad). De sus resultados fue posible realizar comparaciones por género, además de analizar las relaciones significativas entre estos constructos. El segundo estudio, fue una revisión sistemática de programas de prevención de suicidio, organizados de acuerdo con su contenido, metodología y orientación, haciendo énfasis en programas con alta efectividad y un alto nivel en calidad de la evidencia.

Como marco comprensivo, se desarrolla un primer bloque de tres capítulos, el primero referente a la salud mental y la CS, dando cuenta de paradigmas comprensivos, determinantes de la salud mental, modelos de atención, valores, principios y líneas de acción. A su vez, establece la evolución histórica, así como teorías explicativas y datos de comorbilidad del suicidio.

Un segundo capítulo presenta la adolescencia y juventud, así como su relación con la CS. Aquí se hace énfasis tanto en una descripción de la etapa evolutiva, como en la identidad, la autonomía y el autoconcepto como principales desafíos de la etapa. Se aborda la salud mental y el suicidio y se reflexiona respecto de factores de protección y riesgo juvenil, en contexto universitario.

Un tercer capítulo da cuenta de los programas de prevención de la conducta suicida, se hace referencia a la distinción entre plan, política y programa, se mencionan políticas y programas de salud mental, así como diversos programas existentes de prevención de suicidio.

Un segundo bloque contempla cuatro capítulos, el primero presenta la metodología, estableciendo objetivos, supuestos e hipótesis que ordenan las investigaciones; los siguientes evidencian los estudios mencionados con anterioridad y finalmente, se presenta el capítulo de conclusiones y reflexiones. Para terminar, se concluye con referencias y anexos.

Se han escrito y publicado los siguientes artículos relacionados con el tema de estudio:

1.-Soto Salcedo, Alexis, Villarroel Gruner, Patricia, & Véliz Burgos, Alex. (2020). Factores que intervienen en riesgo suicida y para suicida en jóvenes chilenos. *Propósitos y Representaciones*, 8(3), e672. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.672>

2.-Soto Salcedo, A., Villarroel Gruner, P., Véliz Burgos, A., Moreno Leiva, G., & Estay Sepúlveda, J. G. (2021). Intervenciones para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes. Revisión sistemática. *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 145-161.

3.-Soto, A., Fernández-Calvo, B., Villarroel-Gruner, P., & Moriana, J. Intervenciones clínicas, educativas y psicosociales para la prevención de la conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes: una revisión sistemática. *Encuentros. Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico (Q 3, SJR)*, 18, 110-126.

Primera Parte: Marco Teórico

Capítulo 1. Salud mental y conducta suicida

1. Introducción

La salud mental, si bien no es un área prioritaria dentro de las políticas de los gobiernos, ha procurado ganar espacio en los programas de salud pública, por la importancia que tiene en el bienestar de las personas. La salud psíquica no siempre ha sido abordada desde su complejidad y se ha quedado enraizada en principios biomédicos convencionales (Leiva-Peña et al., 2021). Hoy tenemos mayor claridad que los niveles de desarrollo de un país afectan las condiciones de salud y el grado de salud de una población, y determina su desarrollo (Sánchez-Ordóñez, 2021); por ende, hablar de salud mental es hablar de crecimiento, desarrollo y futuro de los países. Esto lleva a reflexionar sobre la importancia de la salud mental, en el desarrollo de los pueblos y en cómo una comprensión más amplia e integradora permite un abordaje más certero y eficaz.

Durante muchos años, las personas que padecían alteraciones de salud asociadas a trastornos emocionales o psiquiátricos eran excluidas y marginadas de la vida cotidiana (Luque, 2021). El énfasis de las sociedades estaba principalmente en la producción y la expresión de los afectos, no aparecía como tema relevante. Hoy en día, el aumento de licencias médicas, asociadas a razones de tipo afectivo, ha llevado a replantearse el tema y comenzar a generar estudios que puedan contribuir a la prevención de enfermedades emocionales. Por ello, podemos apreciar que es común que cada vez más personas, presenten cuadros depresivos, crisis de ansiedad u otras manifestaciones que integran diversa sintomatología y que deben ser atendidas por el sistema sanitario (Mendoza, 2021), y como los sistemas de salud no cuentan con los recursos suficientes, se han visto superados y no han logrado responder con eficacia a la urgente demanda social en esta materia.

Mayor preocupación ha surgido cuando la prevalencia de los trastornos mentales entre niños y adolescentes también ha ido en aumento (O'Reilly et al., 2018a) asociándose a situaciones de violencia, consumo de drogas y presencia de conductas suicidas (CS). Estas manifestaciones llevan a que exista interés por investigar las diversas expresiones de salud mental en población juvenil y en especial, las interacciones que algunos trastornos presentan con la CS. Factores como la autoestima e impulsividad se asocian directamente a la manifestación de

conductas violentas hacia sí mismo o hacia los otros. Por esta razón, este capítulo presenta algunas concepciones de salud mental, la relación que la psiquiatría ha tenido con el bienestar y la calidad de vida de las personas, especialmente en estudiantes universitarios, que viven la presión de sus estudios y, al mismo tiempo, coexisten con la manifestación de variables psicosociales que podrían estar vinculadas a la CS.

Queda en evidencia que dichos problemas de salud mental se han multiplicado en los últimos años (en población general y muy especialmente en adolescentes y jóvenes) y que, probablemente, uno de los que mayor expansión y repercusión ha tenido, ha sido el suicidio. Resulta relevante entonces, comprender aspectos centrales de la salud mental y sus determinantes, así como las teorías que intentan explicar la ocurrencia del suicidio, factores, variables e información significativa que justifica la importancia de su estudio y la destinación de recursos para avanzar en su abordaje y prevención.

2. Salud mental

2.1. Concepto, evolución y paradigmas comprensivos

La definición de salud mental está asociada a la búsqueda de un estado de bienestar y tranquilidad emocional que integre diversos niveles del funcionamiento de las personas. Es así como, en el año 2013 la OMS invitó a la comunidad científica y de profesionales de la salud a contemplar nuevas miradas de la salud mental, incluyendo aspectos relevantes como los derechos humanos, la integración de las características culturales de la población y la consideración de abordajes multisectoriales que incluyeran el sector educativo, el sector laboral y las condiciones de habitabilidad (OMS, 2013).

Esta nueva mirada hace énfasis en el tránsito de una salud mental desde una concepción principalmente fisiológica, a una comprensión multidimensional que incorpora elementos sociales, culturales y económicos. Por lo mismo, incluye el aporte de otras disciplinas como el trabajo social y la terapia ocupacional, que inicialmente no fueron parte del modelo de salud, así como también recoge aportes de agentes comunitarios y culturales, que en conjunto

interaccionan para la obtención o restablecimiento de la salud mental (Gatica-Saavedra et al., 2020).

De esta manera, se va tomando distancia de una mirada médica, que establecía una división rígida entre salud y enfermedad y se acerca a una comprensión de la salud mental que contempla formas distintas de manifestación, debido a las particularidades de los seres humanos y a la forma en que interpretan cada una de sus vivencias (Bravo, 2021).

Además, el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) considera como principio general, el respeto de los derechos humanos de las personas y, especialmente, de aquellas con discapacidades psíquicas y sensoriales. Esta nueva mirada más orientada a la individualización de las personas, se sustenta en una comprensión biopsicosocial del ser humano, en donde la salud se ve influenciada por condiciones que van más allá de las razones médicas (Leiva-Peña et al., 2021). Debido a la claridad de esta indicación, se ha producido cierta inquietud en profesionales o responsables del diseño o formulación de políticas en salud, puesto que ha sido complejo poner en práctica este principio general en el contexto de la toma de decisiones. El objetivo de esta declaración de la OMS es relevar los derechos humanos de las personas al planificar tratamientos o admisiones involuntarias de salud mental, evaluando las consecuencias de esta práctica, considerando el derecho del usuario en la toma de decisiones y la capacidad legal que posee en una variedad de situaciones (Sugiura et al., 2020). Es así, como la atención, se encuentra puesta en los usuarios del sistema de salud mental como sujetos de derecho, buscando restituir su dignidad y autonomía (Guirado & Gil, 2021).

En el año 2018, al celebrar el día mundial de la salud mental, el gobierno del Reino Unido organizó una cumbre mundial de salud mental en Londres (Cosgrove et al., 2020), en este evento se comunicó la creación de una comisión especial "*The Lancet*", cuyo objetivo fue aportar evidencia científica, junto con el argumento moral para la priorización e inversión adecuada para cerrar tres brechas claves en esta materia: acceso a la atención, calidad de la atención y prevención de enfermedades mentales (Eaton et al., 2018).

Según Eaton et al. (2018) esta comisión celebra la inclusión de la salud mental en los objetivos de desarrollo sostenible y exige una comprensión más integral de la salud mental, que

requiere una respuesta multisectorial coordinada, por lo que entrega una serie de recomendaciones claves, tal como se aprecia en la tabla 1.

Tabla 1

Recomendaciones claves de la Comisión Lancet (Eaton et al., 2018)

<i>Claves</i>	<i>Especificaciones</i>
<i>Replantear la salud mental dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</i>	El bienestar mental es un atributo universal, y debemos pensar más allá del tratamiento de la enfermedad mental. Integrar la salud mental en el desarrollo funciona en todos los sectores, no solo en los servicios de salud.
<i>Establecer el cuidado de la salud mental como un pilar de la cobertura universal de salud.</i>	Hay que asegurar que haya paridad en la inversión y la priorización de la atención de salud mental, y abordar las brechas en la accesibilidad y la calidad de los servicios, con una atención disponible en el nivel primario.
<i>Usar políticas públicas para proteger la salud mental.</i>	Promover la salud mental y prevenir enfermedades mediante la implementación de estrategias de salud pública dirigidas en etapas clave del curso de la vida, incluida la salud materna e infantil, la educación y el suicidio.
<i>Escuchar e involucrar a personas que hayan vivido la experiencia de la enfermedad mental.</i>	Facilitar la participación significativa en todas las etapas de desarrollo y de la implementación de servicios. Fortalecer la defensoría de las personas afectadas para hacer a los gobiernos responsables.
<i>Invertir mucho, mucho más en salud mental.</i>	Aumentar el porcentaje de los presupuestos nacionales dedicados a salud mental al 5-10%, e incluir la salud mental en fondos para investigación e implementación en otros sectores.
<i>Usar la investigación para guiar la innovación y la implementación.</i>	Invertir en investigación y hacer uso de nuevas evidencias para reformar los servicios y mejorar el bienestar de la población, desde las neurociencias hasta la ciencia de la implementación.
<i>Fortalecer el monitoreo y la rendición de cuentas.</i>	Cumplir con los compromisos para cumplir con los objetivos clave de desarrollo y asegurar que los indicadores de salud mental estén presentes en los sistemas nacionales de información de salud y en la evaluación del programa.

Nota. Las recomendaciones de la comisión Lancet et al. (2018) son una invitación a los gobiernos para priorizar el bienestar de las personas de forma transversal en distintas áreas de desarrollo.

Señala el informe de la comisión Lancet, según Cosgrove et al. (2020) que el encuadre de la salud mental, parece ofrecer a los usuarios la posibilidad de acceder a un tratamiento, pero no considera el derecho del usuario a decidir qué opción de tratamiento le hace más sentido de acuerdo al problema que presenta.

Las orientaciones de esta comisión apuntan a ampliar las dimensiones comprensivas de la salud mental, sumando a disciplinas no definidas como sanitarias, que colaboren con un diseño más inclusivo y abierto a los nuevos tiempos y demandas. Todas estas nuevas disciplinas, se consideran importantes al establecer una propuesta transdisciplinar, específicamente, porque tienen en común la inmersión de variables psicológicas, aunque sus objetos de estudio sean distintos (Moreno & Jacded, 2011).

En concordancia con lo anterior, el Ministerio de Salud de Chile (2017) en su Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, entiende la salud psíquica, como la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, para promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, así como el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.

Moreno y Jacded (2011) ya venían comprendiendo la salud mental como un estado de bienestar, definido de acuerdo con estándares socioculturales y cuya tendencia es considerarla en términos positivos. La salud mental contempla cómo las personas enfrentan su vida cotidiana, se perciben a sí mismas, piensan, sienten y actúan, cómo analizan su vida y sus interacciones y abordan los acontecimientos y problemas diarios (Juliá-Sanchis et al., 2020).

La salud mental se va transformando en un bien deseable, al que las personas aspiran y demandan que el gobierno de turno garantice. Pucci (2021) afirma que las nuevas políticas de salud suponen entender la salud como un derecho del ciudadano, desde una perspectiva integral de creciente ampliación de la agenda de derechos, lo que implica acercar los servicios de salud a los espacios en que las personas se encuentran, utilizando un sistema de atención desde la lógica de la atención primaria. Esto permite el desarrollo de una política integral que incluya la dimensión subjetiva, histórica y social, el paradigma de derechos y el sistema de acceso universal a la salud (Guirado y Gil, 2021). Este cambio de estrategia, que considera una salud mental más cercana y preocupada de las personas, inició un proceso de transformación significativo, debido

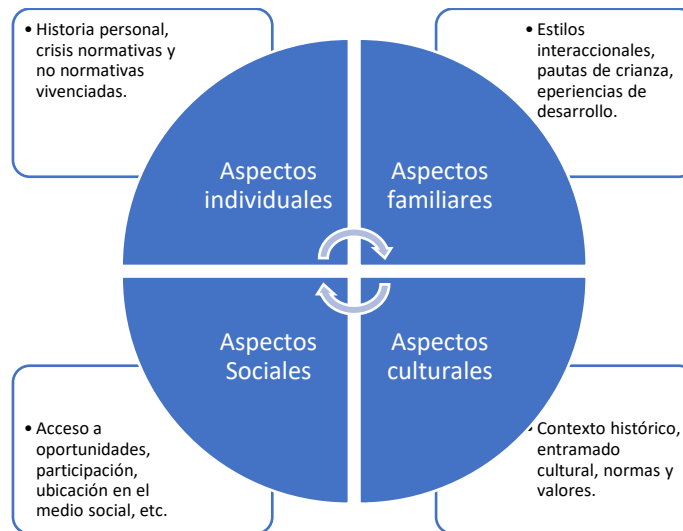
a una serie de hechos históricos que fueron influyendo en la transformación de las prácticas clásicas en salud mental (Mendoza, 2021).

2.2. Determinantes y desafíos de la salud mental

Los determinantes de la salud mental fueron definidos por la OMS (2003) como condiciones en los entornos que afectan la salud, el funcionamiento y los resultados de la calidad de vida y en donde las personas nacen, viven, aprenden, trabajan, juegan y envejecen. Es posible enumerar una serie de determinantes de la salud mental como, por ejemplo: el desarrollo de la primera infancia; la educación, las oportunidades de trabajo e ingresos; la discriminación racial y étnica y otras formas de discriminación; lo relacionado con la vivienda, transporte y vecindarios; el acceso a aire y agua limpia; y el acceso a una atención médica de calidad (Jeste & Pender, 2022).

Figura 1

Determinantes de la salud mental



Nota: Elaboración propia.

Es evidente que la familia desempeña un papel fundamental y predominante en el establecimiento de pautas de interacción y socialización que nutren la salud mental y pueden

tener un fuerte impacto en el bienestar emocional de sus miembros (Alegría et al., 2018; Pertuz, 2021).

A su vez, el análisis contemporáneo de los determinantes sociales que afectan la salud mental, a menudo se ha centrado en las características de la comunidad, como la urbanidad o la seguridad del vecindario, pero también incorporan otros más dinámicos como raza/origen étnico, nacionalidad, género y orientación sexual, lo que aumentaría el riesgo en la aparición de un posible trastorno (Alegría et al., 2018).

Por lo mismo, los desafíos de la salud mental dicen relación con un trabajo articulado entre distintas organizaciones de la sociedad, en donde se incorporen aspectos de salud biológica, educacional, ocupacional y social, entre otras. Frente a esto, Luque (2021) indica que los equipos multidisciplinarios existentes tienen el objetivo de garantizar una atención integral, biopsicosocial que brinde las prestaciones de salud terapéutica, psicoterapéutica y rehabilitadoras, según un plan individualizado para cada persona, de acuerdo con sus necesidades.

Esta intención, de trabajar en programas específicos, apunta a garantizar un estado de bienestar de las personas, considerando la gran cantidad de variables que influyen en el ser humano, lo que conlleva a una condición de impredecibilidad e incontrolabilidad de lo que sucede con la salud de las personas, situación que es más compleja cuando se presenta en condiciones de exclusión y pobreza (Angulo, 2020). Los servicios entienden el contexto y las condiciones de vida de las personas y son competentes en términos culturales y de género, dispuestos a considerar todas las perspectivas (Sweeney et al., 2018).

La intersectorialidad y la flexibilidad, frente a nuevos paradigmas de comprensión, llevan a la salud mental a estar más dispuesta a recoger información sobre temas específicos del bienestar de las personas, idealmente desde temprana edad, intentando establecer elementos que provienen desde la esfera individual, pero también del contexto en el que se encuentran, usando medios presenciales y virtuales. Los modelos de servicios médicos y conductuales coordinados e integrados, incluido el uso de la telemedicina y la telepsiquiatría, han permitido un mayor alcance del que es posible con el tratamiento tradicional, para intervenir la depresión y la reducción de las conductas suicidas (Reynolds, 2020).

La atención y el apoyo, basados tanto en características personales como en la comunidad, tienen la intención explícita de evitar la necesidad de hospitalización, pues considera una toma de decisiones que respeta los derechos de las personas con discapacidades psíquicas y sensoriales, ayudando a reducir la estigmatización (Sugiura et al., 2020). Sin embargo, una perspectiva excesivamente optimista, respecto de los desafíos que aún enfrenta el campo de la promoción y prevención de la salud mental sería arriesgada, toda vez que el valioso y legítimo afán de lograr que se destinen mayores esfuerzos y, recursos a este ámbito, no debiera dispensar de la necesidad de reflexión crítica (Solar et al., 2019).

La tabla 2 presenta algunos desafíos importantes que deben considerar los profesionales de la salud mental, para avanzar en este camino de la intersectorialidad y la inclusión de factores psicosociales en la comprensión de la vida psíquica de las personas.

Tabla 2

Desafíos de los profesionales que trabajan en salud mental (Martinelli y Ruggeri, 2020)

1.-	Mejorar la dinámica organizacional, promoviendo figuras que coordinen y supervisen el grupo de profesionales de la salud mental para mejorar sus habilidades y motivarles a introducir elementos de cambio en el sistema.
2.-	Adoptar estrategias dirigidas a reducir el miedo a las innovaciones y aumentar la conciencia de las ventajas en todas las partes interesadas.
3.-	Promover la difusión de buenas prácticas orientadas a la recuperación de las personas.
4.-	Desarrollar una formación adecuada para un enfoque de trabajo centrado en la recuperación de las personas.
5.-	Involucrar a los profesionales en la toma de decisiones programáticas generales y específicas.
6.-	Trabajar con los usuarios respecto de sus objetivos de vida para enfrentar la falta de motivación, interés, y esperanza, que interfieren con la autonomía del individuo en el trabajo, educación, familia y relaciones sociales, recreación y vida independiente.
7.-	Confrontar en la mirada del profesional los estigmas sociales/públicos, que son desventajas secundarias para personas con discapacidad de salud mental y que les convierten en el grupo socialmente más excluido de la sociedad.

Nota: La tabla está tomada de Martinelli y Ruggeri, 2020.

Esto releva el análisis sobre el financiamiento de las políticas de salud mental, puesto que se había planteado anteriormente, que el trabajo en salud mental ha despertado curiosidad e interés por un cambio social de mayor conciencia de la calidad de vida y el bienestar integral de

las personas. Sin duda, estas reformas se consolidan cuando son congruentes y se encuentran entrelazadas con los sistemas generales de salud, contando con el apoyo de sectores políticos, que logran reconocer la importancia de este tema (Castillo & Cutipé, 2019).

En el caso de Chile y frente a este antecedente, han existido una serie de demandas sociales destinadas a mejorar el presupuesto en esta área, actualmente existen compromisos políticos asociados a instalar sistemas de información sobre recursos en salud mental y a fortalecer e identificar mecanismos de financiamiento para llegar al 6% del presupuesto de salud (Gatica-Saavedra et al., 2020).

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2017) señala que el objetivo del financiamiento es desarrollar un plan de soporte financiero sustentable, que provea de una cantidad y tipo de recursos, que permitan realizar modificaciones organizacionales, definidas por el Plan Nacional de Salud Mental, en el marco del Modelo Comunitario de Atención de Salud Mental.

Chile es un país con altos indicadores de enfermedades mentales, cuyos costos directos e indirectos afectan negativamente a las personas que las padecen, sus familias y la sociedad en su conjunto. El uso de los servicios generales de salud y en especial los dispuestos en salud mental son escasos, si bien el Ministerio de Salud ha reconocido en forma paulatina la relevancia de los problemas de salud mental, el financiamiento no ha aumentado según los objetivos propuestos y los planes de implementados en la última década, no han reducido las altas tasas de enfermedades mentales (Errázuriz et al., 2015).

2.3. Modelos de Atención en salud mental

El modelo de atención en salud mental se sustenta principalmente en un enfoque más de tipo reactivo, que actúa cuando las personas han comenzado a manifestar síntomas de malestar o desagrado que interrumpe su vida cotidiana y comienza a generar alteraciones en su vida emocional o psíquica. En este punto, las patologías emocionales crónicas, requieren de intervención constante y prolongada en el tiempo, por lo que el modelo farmacológico tradicional es insuficiente para responder a la compleja etiología y curso de estas enfermedades (Leiva-Peña et al., 2021).

La problemática apunta a cómo generar financiamiento para aumentar acciones permanentes y de calidad en la promoción de bienestar y prevención de patologías de corte emocional, que sean accesibles a todos y permitan disminuir la cantidad de personas que transitan hacia un nivel de atención más complejo. La idea es poder encontrar un equilibrio entre la especificidad de un programa de atención primaria, que pueda prevenir eficazmente derivando cuando sea necesario y un programa de atención compleja, que sea accesible a las personas que lo requieran. Considerando esto, se debe cautelar que no se ignore la complejidad y multidimensionalidad de los factores que están implicados en el bienestar y salud mental de las personas y, al mismo tiempo, se menosprecie el potencial de programas específicos que trabajan en esta materia (Solar et al., 2019).

2.4. Valores y Principios

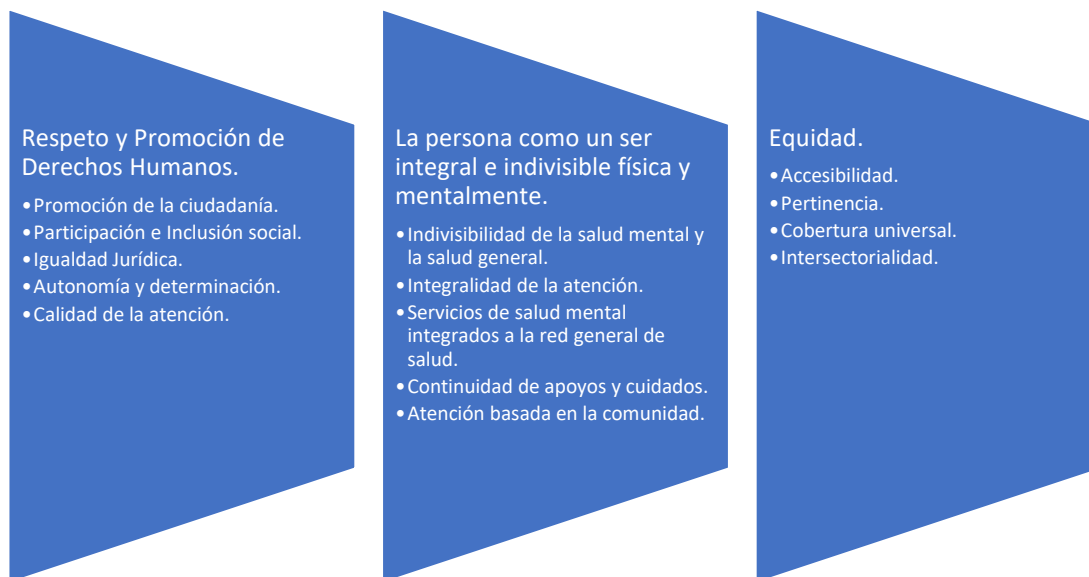
Los valores y principios que rigen el nuevo modelo de salud mental están regulados por un principio de salud comunitaria que implica un mecanismo de participación y construcción colectiva. La OMS (2001) señala que la salud no es condición para lograr la paz y la solidaridad entre los pueblos, sino al contrario, la paz, la seguridad entre los pueblos y la justicia social (equidad) es condición para lograr la salud.

Lopera (2014) señala que la declaración de Caracas y el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 de la OMS, han establecido principios claros respecto de la salud mental, en este último, por ejemplo, se establecen diez recomendaciones de las que destacan: la promoción de la atención comunitaria, centrada en la atención primaria; la importancia de educar al público en lo concerniente a la salud mental y la necesidad de involucrar a las comunidades y formar el recurso humano en salud mental. A su vez, se intenciona la atención comunitaria como forma de acercamiento a las personas que presentan problemas de salud mental y se promueve el cierre de los hospitales psiquiátricos.

En la misma línea, el Ministerio de Salud de Chile (2017), ha definido tres grandes valores en el Plan Nacional de Salud Mental, el primero, asociado al respeto y promoción de derechos humanos, el segundo, la persona como un ser integral e indivisible física y mentalmente y, el tercero, referido a la equidad (Ver figura 2)

Figura 2

Valores y principios de la salud mental en Chile



Nota: Información extraída desde el Ministerio de Salud, 2017

Las líneas de acción, que se desprenden de estos valores, dan vida a los programas específicos de salud mental que construyen objetivos, estrategias y metas para responder a los desafíos propios de cada nivel de atención.

En relación con la investigación en salud psíquica, el 9,6 % de las publicaciones científicas de salud en Chile se refieren a temas de salud mental y se focalizan, principalmente, en estudios epidemiológicos, con muestras acotadas como resultado de la aplicación de cuestionarios o instrumentos de intervenciones clínicas, psicosociales y terapéuticas. El 22% de estas publicaciones, trata sobre la evaluación o seguimiento de programas que realizan los propios profesionales que trabajan en dichos servicios (Ministerio de Salud, 2017)

2.5. El rol de la Psiquiatría en la Salud mental

Considerando los cambios mundiales producidos por el término de la segunda guerra mundial, la hegemonía norteamericana y el fracaso del nacionalismo latinoamericano que se

basaba en la ciencia y el progreso, el discurso dominante de la psiquiatría chilena, comienza a reducirse, principalmente, a sus aspectos científicos y tecnológicos.

Zelasqui (2019) realiza una sistematización respecto de cómo la psiquiatría fue observando la salud mental y pronunciándose respecto de su abordaje. Señala que el movimiento crítico respecto del abordaje clásico en salud mental, que aplicaba un conjunto de prácticas y saberes que hasta ese momento justificaban la segregación y medicalización, fue debido a la tradición denominada Psiquiatría Democrática Italiana, propulsada por Franco Basaglia entre las décadas del 60-70 del 1900. La psiquiatría, como una especialidad de la medicina, también se beneficia de esta visión en que la mente del hombre aparece como una propiedad emergente de la evolución de la especie y, en particular, del cerebro y, por ende, definido y condicionado en forma importante por la biología que le da sustento (Toro, 2018).

El mismo autor señala que en 1990 se incorpora en la concepción de salud mental, la atención primaria de salud, la promoción de modelos comunitarios dentro de redes sociales, la garantía de dignidad personal y de Derechos Humanos, en la denominada “Declaración de Caracas”, que aportó una perspectiva crítica respecto del modelo tradicional de atención en hospitales psiquiátricos.

Posteriormente y corriendo el año 2005, en la Conferencia Regional de Brasilia, se ratificaron los postulados relacionados con la protección de la persona, así como sus libertades y derechos humanos fundamentales. En esta conferencia se indicó, además, la necesidad de reformar los servicios de salud mental, mediante el reemplazo de los hospitales psiquiátricos por redes comunitarias.

Fue así, como corolario del impulso y participación de esta tradición histórica en la lucha por el reconocimiento de los derechos que, a fines del año 2006, Naciones Unidas aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que incluye en su conceptualización de personas con discapacidad a aquellas que tengan “deficiencias mentales o intelectuales” (Zelasqui, 2019).

En Chile, mientras tanto se realizaban también una serie de diálogos respecto del abordaje de la psiquiatría en materias de salud mental, respecto de este punto, Araya (2014) señala que en 1937 se organizaron en Santiago de Chile las primeras jornadas neuro-psiquiátricas

del Pacífico. El interés era diseñar un plan de encuentros regulares y permanentes con los psiquiatras de toda Latinoamérica para construir un glosario común de trabajo, así como también precisar objetivos y fines de la profesión. Esta intención era congruente con la línea que el continente venía desarrollando para poder proveer de una institucionalidad científica permanente, que favoreciera el proceso de profesionalización en el que se hallaban embarcadas la psiquiatría y sus disciplinas afines en esa década.

De allí en adelante, la conformación de agrupaciones y sociedades médicas, en la línea de la psiquiatría y salud mental, fueron proliferando en Chile, a la par de la visibilización social que esta temática fue desarrollando en el discurso colectivo de las sociedades.

En paralelo, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) fue sistematizando las investigaciones y prácticas clínicas de los profesionales vinculados con la salud mental, organizando dicha información en manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSM) que apoyaran el trabajo de diagnóstico y tratamiento. Estos manuales, fueron revisados y mejorados, en la actualidad se utiliza la quinta versión del manual, denominada DSM-V y su actualización DSM-5TR.

El objetivo principal del DSM-V consiste en colaborar con profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes, como parte de la evaluación de un caso que permita elaborar un plan de tratamiento documentado para cada individuo (APA, 2014).

El diagnóstico de un trastorno mental, según este manual, debe tener una utilidad clínica y debe servir para que el médico determine el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados del tratamiento en sus pacientes. Sin embargo, es importante considerar que el diagnóstico de un trastorno mental no necesariamente equivale a una necesidad de tratamiento, puesto que la necesidad de tratamiento es una decisión clínicamente compleja que debe considerar la gravedad del síntoma, su significado (p. ej. la presencia de ideas de suicidio), el sufrimiento del paciente (dolor mental) asociado con el síntoma, la discapacidad que implica dichos síntomas, los riesgos, los beneficios de los tratamientos disponibles, además de otros factores, por ejemplo, los síntomas psiquiátricos que complican otras enfermedades (APA, 2014).

Actualmente los manuales DSM contemplan un mayor número de categorías y consideran cuadros que se extienden a lo largo de todo el ciclo vital, incluyendo a toda la población. En este

contexto y, con el propósito de asemejarse al resto de las ramas de la medicina, la psiquiatría se ha esmerado por establecer correlatos biológicos para cada trastorno mental, con la aspiración de poder definir el fenotipo de cada cuadro y de esta forma establecer una delimitación clara y precisa entre cada trastorno mental y su respectivo sustrato biológico específico (Pinilla, 2022).

Aun cuando las actualizaciones de los DSM han sido cada vez más precisas y reflejan los intentos por establecer fenotipos, de todas formas siguen presentando temas sin resolver, por ejemplo : el solapamiento entre cuadros, la falta de evidencia consistente para establecer marcadores biológicos y un aumento de cuadros cada vez mayor, al punto de llegar a la sobreabundancia de diagnósticos; así pues, con cada nueva versión del DSM aparecen más diagnósticos, sin que esto implique una mejora en los tratamientos (Pinilla, 2022). Tal vez, esto es un indicador importante respecto de una mirada cada vez más dinámica de la salud mental con una fuerte influencia cultural y comunitaria.

2.6. El suicidio como problema de la salud mental

El suicidio es una de las principales causas de muerte en todo el mundo (Glenn et al., 2020). Ahora bien, a la complejidad que tiene la comprensión terminológica del suicidio, derivada de la intencionalidad real de morir, se le añade otra, que resulta de las etapas o fases que podrían diferenciarse en este fenómeno. Es así como cuando se habla de conducta suicida, se suele diferenciar entre fases que se relacionan con momentos secuenciales, desde la ideación hasta la ejecución con resultado de muerte (Blanco, 2020). En este contexto, la investigación ha diferenciado diversos componentes de la conducta suicida: ideación, amenaza, gesto, planificación, tentativa y suicidio consumado (García-Haro et al., 2019).

La ideación suicida (IS), varía en severidad desde la ideación pasiva, desde un deseo de morir, a la ideación activa, es decir, un deseo de matarse, por lo que los pensamientos son esenciales para avanzar en las estrategias para evaluar el riesgo y prevenir el comportamiento suicida (Liu et al., 2020). En este sentido, el juicio de intencionalidad sería fundamental para tener en cuenta a la hora de categorizar un acto como conducta suicida, utilizar el concepto suicidio o conducta suicida, sería atribuir a una conducta la intención de un sujeto de autoprovocarse la muerte. Se trataría, por lo demás, de un criterio dimensional más que categorial y donde

“voluntario” e “intencional” no significa indeterminado, caprichoso o gratuito (García-Haro et al., 2019).

Esto implica cierta complejidad para abordar críticamente la conducta suicida, considerando la falta relativa de investigación sobre la ideación pasiva, comparándola con la ideación activa (Liu et al., 2020) y la diversidad de variables psicosociales involucradas.

Ahora la creciente prevalencia de conductas suicidas en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública (Mayer et al., 2016). Por lo que es relevante investigar este tema, especialmente en población juvenil, para identificar de mejor forma algunos factores de riesgo que pudiesen ser abordados en programas o proyectos de prevención (Gómez et al., 2019).

3. Suicidio

3.1. Evolución histórica

En principio, de acuerdo a lo indicado por Téllez (2021), la palabra suicidio fue reconocida e incorporada por primera vez en el diccionario de la Real Academia Española (RAE) en 1817 y la definió como: “El acto de quitarse uno a sí mismo la vida” . De acuerdo al autor, la alusión a esta conducta, se presentaba con mucha anterioridad y tiene una larga historia, no así la palabra “suicidio” que apareció, según los especialistas, por primera vez en la primera mitad del siglo XVIII en Inglaterra como “suicide”, para incorporarse después al español y a otras lenguas.

En culturas milenarias como Grecia y Japón, el suicidio fue concebido como un acto heroico que estaba asociado al honor de los ciudadanos, especialmente soldados combatientes o personas de alta jerarquía social. Con Platón y Aristóteles, se estableció una evaluación diferenciada del suicidio considerando el origen y la finalidad del mismo, fue así como se sostuvo el reconocimiento en casos vinculados al honor, enfermedad, filosofía o amor, en donde era exaltado o entendido como necesario. Al mismo tiempo, se penalizó en aquellos casos que se interpretaba como un acto de cobardía o una forma de huir de las responsabilidades con el estado (Amador, 2015).

Téllez (2021) menciona un ciudadano romano, quien es posiblemente uno de los pensadores más agudos, heredero de la filosofía del mundo clásico, que defendió el derecho del individuo a

quitarse la vida. Este pensador llamado Séneca, nacido en lo que ahora es Córdoba, España, en los linderos del año 0 de la era cristiana, manifestaba en su epístola “La muerte apetecible”, “Bien sabes que no es forzoso conservar la vida, pues lo importante no es vivir mucho sino vivir bien. Así que el sabio vive lo que debe, no lo que puede”. Esta declaración, señala Téllez (2021) reflexiona respecto de que la prolongación de la vida, en ocasiones, podría ser un sinsentido. El tema de la vida no estriba “en morir antes o después, sino en morir bien” “y ¿qué es morir bien? Sustraerse al peligro de vivir mal”.

Ortega (2018) realiza una síntesis filosófica de la historia del suicidio, donde menciona que en relación a la edad media, el cristianismo surgió y cambió para siempre el pensamiento de la humanidad, debido a la influencia que la iglesia y el clero tenían sobre la sociedad. En este tiempo, la muerte es la piedra angular que sostiene a todo el pensamiento de la religión cristiana y a todas aquellas religiones que prometen una mejor vida en otro mundo que está más allá de lo terrenal. En este sentido, Dios es quien da la vida y es el único que la puede quitar. De ahí que, a partir del año 542, la Iglesia castigara a los suicidas, principalmente de tres formas:

1. Condena eterna en el infierno, por medio de la no absolución del cuerpo del suicida.
2. Daño al cadáver del suicida (descuartizándolo y quemándolo en público).
3. Retiro de los bienes o pertenencias del suicida, dejando sin propiedades a los familiares.

Señala este mismo autor que en la época moderna aparecen filósofos como Hume, Descartes y Schopenhauer, este último hace referencia al suicida como aquel que hace un doble “movimiento” con su acto: opta por morir, al mismo tiempo que aprecia y valora la vida. Se comete suicidio porque se reconoce el valor de vivir, porque se comprende que no se consiguió, por cualquier razón que sea esta, hacerlo de la mejor manera. Visto así, el suicidio podría considerarse como un acto de rebeldía intelectual y emocional extrema.

Es así como el suicidio ha estado ligado a la humanidad y a sus costumbres, aceptándolo o rechazándolo según ideologías imperantes. La muerte autoinflingida ha existido en todas las épocas; en los primeros tiempos, relacionado con celebraciones religiosas y, en otros, como una respuesta aceptable y comprensible a situaciones tan intolerables para la persona como la esclavitud o el sufrimiento extremo (Cortés et al.,2019).

Esta comprensión contextual del suicidio se mantuvo durante los siglos venideros, tanto así que los grupos aristócratas comenzaron a entenderlo como una manifestación de ignorancia y vergüenza, propia de las clases más pobres. Las declaraciones religiosas y, en especial, los concilios católicos, establecieron la vida como regalo de Dios y manifestaron una preocupación por las conductas de agresión y suicidio que representaban, no solo un atentado contra uno mismo, sino un atentado contra Dios (Amador, 2015).

En la edad contemporánea, surgen comprensiones de suicidio asociadas a manifestaciones psicopatológicas que se encuentran en la misma línea de las incertidumbres que afectan a las enfermedades mentales sin causa específica y, habitualmente secundaria a una emoción impulsiva. De alguna forma, se intentaba establecer un modelo médico que estableciera conceptos y categorías clínicas como forma de contraste a la atribución que sectores le otorgaban a los cambios sociales como causa de suicidio, llegando a cuestionar que pudieran estar relacionados con alguna enfermedad (Plumed y Novella, 2015).

Estos autores indican que las doctrinas organicistas, que empezaron a popularizarse desde la década de 1860, introdujeron un modelo de sujeto fragmentario y condicionado por fuerzas biológicas que cuestionaba el libre albedrío y convertían al suicida en un individuo víctima de tensiones internas que lo desbordaban.

El psiquiatra Henri Ey en 1954, propone una incipiente clasificación clínica de suicidio, que considera tres formas de suicidio patológico : (a) raptus suicida con reacciones brutales y paroxísticas, (b) comportamiento suicida impulsivo como conducta secundaria a la organización defectuosa de la conciencia, atravesada por corrientes afectivas violentas y (c) las reacciones suicidas delirantes en relación a la presencia de ideas patológicas (Daray et al., 2016).

Ortega (2018) hace referencia a que en la época actual, el suicidio tiene una connotación legal y sanitaria distinta, por lo que la concepción social es más cauta, atendiendo a las particularidades de cada sistema.

Por otro lado, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), el suicidio se consideró como síntoma dentro del trastorno depresivo mayor y el trastorno de personalidad límite. En el suicidio se incluía ideación e intento desde una perspectiva de modelo categorial, lo que significa que la conducta suicida se encontraba clasificada como síntoma de un

trastorno mental, específicamente del trastorno depresivo mayor o trastorno límite de la personalidad. Con la aparición del DSM-5 TR, recibe una categoría diagnóstica propia, diferenciada e independiente del resto de trastornos, se elimina la evaluación multiaxial y la valoración de la conducta suicida acarrea la misma problemática que el manual precedente (Daray et al.,2016).

3.2. Conceptualización y clasificación

El concepto de suicidio ha sido estudiado por Durkheim, quien, en su libro original en 1897, conceptualiza el suicidio como “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado” El suicidio es un hecho social y, por lo tanto, no tiene importancia la explicación psicológica ni biológica. (Durkheim, 1982). Así, el suicidio supone la muerte, ejecutada por uno mismo, por acción u omisión que la produce, de forma directa o indirecta, con conocimiento de la persona protagonista sobre el efecto de muerte del acto u omisión (Blanco, 2020).La OMS (2013), en tanto, define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. El DSM-5 (2013) indica que intento de suicidio se refiere a una “secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte”. Ahora bien, a pesar de las diferentes definiciones de suicidio, hay acuerdo en señalar que lo nuclear es que la persona tiene la intención de autoprovocarse la muerte (García-Haro et al., 2019).

Señala Durkheim en la pág 12 de su reedición del libro suicidio de 1897:

“¿Acaso sólo hay suicidio cuando el acto del que resulta la muerte ha sido obra de la víctima que buscaba ese resultado? ¿Acaso sólo se mata quien ha querido matarse porque el suicidio es un homicidio intencional de la víctima misma? Eso sería definir el suicidio atendiendo sólo a uno de sus caracteres, que, al margen de su interés e importancia, no es fácilmente observable ni reconocible. ¿Cómo saber, por otra parte, qué ha movido al agente, y si este

buscaba la muerte o se proponía otro fin? La intención es algo demasiado íntimo como para que pueda ser apreciada desde fuera y por medio de aproximaciones groseras” (Durkheim, 1982).

Su definición aún resulta compleja debido a los múltiples factores involucrados y perspectivas respecto de la muerte, de hecho, algunos autores prefieren hablar de penicidio (matar la pena o matar el sufrimiento) o psicalgia (dolor psicológico, sufrimiento importante a nivel vital que afecta a la persona como un todo, y que puede conducir a que la persona se plantee el suicidio) (Fonseca & Al-Halabi, 2021).

Villafaña & Cárdenas (2022) al reportar el trabajo realizado por Crosby et al. (2011) indican que el Centro de Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos, crea una nomenclatura de consenso para referirse al suicidio, que denominan Sistema de Clasificación de Violencia Autodirigida (CVA)(Ver tabla 3). Definieron la violencia autodirigida como el uso intencional de la fuerza física o las amenazas contra uno mismo u otra persona, grupo o comunidad que tiene como consecuencia, o es muy probable que tenga, traumatismos, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.

Una forma de conceptualizar el suicidio, escapando de los límites impuestos por el modelo médico que lo intenta precisar como una entidad patológica, es el enfoque transdisciplinar. Este modelo recoge las complejidades antes descritas desde una mirada más holística, desarrollando estrategias de atención al fenómeno suicida desde un nuevo posicionamiento. Lo transdisciplinario va más allá de lecturas y tratamientos apriorísticos emanados de estrategias de medición y comparación que generalizan y atrapan en una lógica causal, determinista y lineal. Permite incorporar saberes extraacadémicos: identidades, formas de aprender, maneras de concebir el conocimiento, hibridaciones culturales y transmisión de experiencias (Gómez et al., 2015).

Tabla 3*Sistema de clasificación de violencia autodirigida*

<i>Tipo</i>	<i>Subtipo</i>	<i>Términos</i>
<i>Pensamientos</i>	Ideación violenta autodirigida no suicida	<ul style="list-style-type: none"> Ideación violenta autodirigida no suicida
	Ideación suicida	<ul style="list-style-type: none"> Ideación suicida sin intención suicida. Ideación suicida con intención suicida indeterminada. Ideación suicida con intención suicida.
<i>Conductas</i>	Preparatoria	<ul style="list-style-type: none"> Violencia autodirigida no suicida, preparatoria. Violencia autodirigida indeterminada, preparatoria. Violencia autodirigida suicida, preparatoria.
	Violencia autodirigida no suicida (Sin intención suicida)	<ul style="list-style-type: none"> Violencia autodirigida no suicida sin lesión. Violencia autodirigida no suicida sin lesión interrumpida por sí mismo u otros. Violencia autodirigida no suicida con lesión. Violencia autodirigida no suicida con lesión interrumpida por sí mismo u otros. Violencia autodirigida no suicida fatal.
	Violencia autodirigida indeterminada (Intención suicida indeterminada)	<ul style="list-style-type: none"> Violencia autodirigida indeterminada sin lesión. Violencia autodirigida indeterminada sin lesión interrumpida por sí mismo u otros. Violencia autodirigida indeterminada con lesión. Violencia autodirigida indeterminada con lesión interrumpida por sí mismo u otros. Violencia autodirigida indeterminada fatal
	Violencia autodirigida suicida (Con intención suicida)	<ul style="list-style-type: none"> Intento de suicidio sin lesión. Intento de suicidio sin lesión interrumpido por sí mismo u otros. Intento de suicidio con lesión. Intento de suicidio con lesión interrumpido por otros. Suicidio

Nota: Esta tabla fue tomado de: Crosby et al (2011) en Villafaña & Cárdenas (2022).

Otro elemento comprensivo del suicidio es el enfoque fenomenológico, que pretende “ir a las cosas mismas” y como tal, pretende describir la experiencia, tal como se presenta en la vida

cotidiana, dejando “entre paréntesis” todo aquello que hace referencia a diagnósticos, categorías, constructos o conceptos existentes sobre el suicidio. La conducta suicida es una puerta de salida a una cotidianidad saturada de problemas, donde las personas realizarían un análisis regular sobre los resultados de su existencia y, sobre esta evaluación, podría aparecer la opción de terminar con la vida (García Haro et al., 2018).

El interaccionismo simbólico, como enfoque metodológico, aporta en la sociedad moderna elementos que permiten comprender y explicar el suicidio, desde la interpretación de los significados que se representan y expresan a través del lenguaje. Los medios de comunicación e interacción social como la radio, la televisión, Internet y su sistema de redes sociales, así como los espacios que congregan personas como cultos religiosos, sistemas de educación, grupos de aficionados y juegos de roles, interfieren en los espacios sociales de convivencia de las personas. Estos medios contribuyen a interpretar la realidad y orientan respecto del comportamiento que se debe tener frente a situaciones de la vida cotidiana como la conducta suicida (Blandón-Cuesta et al., 2015)

Bonilla (2013) se refiere a cuatro dimensiones que debieran ser consideradas para conceptualizar y comprender de forma más complejas la conducta suicida, estas son:

a) *Dimensión etiológica*, en donde se distinguen dos grandes comportamientos suicidas, dependiendo si el énfasis lo ponemos en su origen biológico o psicológico. Si el foco está puesto en el origen biológico, se dará lugar a lo que hemos llamado *Conducta suicida y psiquiatría*, haciendo referencia a todas las conductas suicidas que están asociadas con alguna patología psiquiátrica: trastornos afectivos, esquizofrenia, adicciones o trastorno límite de personalidad, entre otras. Si el énfasis está en lo psicológico, estaría vinculado a la *Conducta suicida y salud mental*, es decir, todos los suicidios que se producen sin ninguna patología psiquiátrica diagnosticada, antes o después de la muerte, sino que su origen esté puesto en una crisis emocional, soledad, pérdidas o crisis de valores, entre otras.

b) *Dimensión clínica*, aquí el terapeuta explora diferentes aspectos de la vivencia suicida: la ambivalencia de la persona ante la muerte, si existe ideación o crisis suicida o si ha configurado un plan suicida con posibilidad de llevarlo a la práctica. También, habría que tener en cuenta la impulsividad del consultante y si se encuentra en un estado de “lógica suicida”.

c) *Dimensión evolutiva*, en este aspecto, habría que tener en cuenta dos dimensiones: la dimensión de la vivencia suicida (es decir, el momento de aparición, su desarrollo, si ha habido otras conductas suicidas con anterioridad y cómo se solucionaron) y el desarrollo biográfico del consultante, haciendo hincapié en su estructura familiar, social, además de su respuesta a situaciones traumáticas anteriores.

d) *Dimensión contexto actual*, incluye la estructura familiar y social en el momento que se está produciendo la consulta, poniendo el énfasis en el vínculo que el consultante tiene con su medio y el apoyo que, en situaciones difíciles, puede recibir.

El suicidio es un concepto poliédrico que considera no solo al suicidio consumado, sino también a la ideación suicida (IS), a la comunicación suicida y a la tentativa suicida (Fonseca & de Albéniz, 2020). Es posible entender el suicidio considerando cuatro fases bien definidas, la primera, es la representación de la IS; la segunda, es la planificación de su pensamiento y la tercera, es la materialización de esos pensamientos, desarrollando un intento suicida, que finalmente puede terminar generando una conducta suicida consumada, considerada la cuarta fase (Klonsky et al.,2015).

Puede ser que el método para cometer el suicidio dependa en gran medida de la influencia sociocultural y de las características geográficas. Los métodos para cometer suicidio se clasifican en violentos y no violentos, dependiendo de la impulsividad del acto suicida; y activos, como los ahorcamientos, precipitación, armas de fuego, armas blancas, o pasivos, como en el que se usan gases, drogas, venenos (Cortés et al.,2019).

El metaanálisis desarrollado por Glenn et al. (2020) señala que los medios usados para consumir el suicidio, ordenados de mayor a menor frecuencia en una muestra mixta de hombres y mujeres son: ahorcamiento/asfixia, saltar desde una altura o saltar/tumbarse frente a un objeto en movimiento, usar armas de fuego, autoenvenenamiento, otros/métodos no especificados, ahogo, vehículo de motor, objetos afilados o contundentes, explosión, fuego, vapor u objetos calientes.

3.3. Teorías explicativas

3.3.1. Teorías biológico-genéticas

Las teorías biológicas y genéticas dan cuenta de la influencia de factores fisiológicos y neurológicos en la aparición del riesgo y/o la conducta suicida.

Se infiere que los neurotransmisores más relacionados con la conducta suicida se asocian a la serotonina, además de que se encuentran niveles altos de hidrocorticoides en personas que pretenden llevar a cabo el suicidio, consecuencia de la hiperactividad del eje hipotalámico por la existencia de niveles elevados de esta sustancia (García y Contreras, 2008; Bonilla, 2013).

La explicación a los factores hereditarios son los neurotransmisores y la bioquímica, pues se ha encontrado que el fluido espinal de las personas con conductas suicidas y que tienen depresión contienen bajas cantidades de ácido 5 hidroxindoleacético (5HIAA), el cual es producido cuando la serotonina afecta los estados de ánimo y las emociones (García y Contreras, 2008). Beauchaine, et al. (2019), señala que existen correlatos neuroanatómicos y funcionales entre adolescentes indicativos de conducta suicida con correlatos neurales de desregulación emocional.

3.3.2. Teoría cognitiva

La teoría cognitiva estudia la forma en que los individuos representan su mundo a través de categorías y esquemas que permiten sostener una congruencia cognitiva que otorga equilibrio psíquico. Esta estructura cognitiva se va construyendo desde los primeros meses de vida y se prolonga a través del tiempo, configurando una forma única e irrepetible de entender y valorar la vida y la existencia. El suicidio, entonces, podría estar vinculado a una distorsión en alguna representación que genera disonancia y va instalando un desequilibrio en los pilares sobre los que se construye la estructura cognitiva individual (Bonilla, 2013).

Para Beck (1979), el suicidio forma parte de un contexto más amplio de la depresión, en la que los individuos elaboran categorías mentales inadecuadas de sus experiencias, las categorías distorsionadas elaboran una imagen distorsionada de la realidad, generando depresión, la cual provoca conducta suicida.

3.3.3. Teoría psicológica interpersonal del suicidio (ITS)

La teoría psicológica interpersonal de la conducta suicida se basa en dos postulados fundamentales. El primero, establece que existe una percepción errónea del sistema social en donde el individuo se percibe como una carga para los demás y, en combinación con la alienación social, instaura el deseo de muerte en las personas. El segundo postulado, se refiere a que el sujeto no actúa sobre el deseo de muerte a menos que haya desarrollado la capacidad para hacerlo, esta capacidad se adquiere y potencia en la medida en que se accede de manera regular a situaciones dolorosas. De esta forma, la ITS contempla dos temas relevantes, el deseo de morir y la capacidad para hacerlo (Galindo y Bahamón, 2017).

3.3.4. Teorías psicodinámicas

Los aportes más significativos que hizo Freud respecto de la CS hacen referencia como primera medida a que dicha conducta está asociada a sentimientos de culpa (Gómez et al., 2015).

En dicha narrativa, se expresa una lucha continua entre la vida y la muerte, en donde se advierte que los actos del habla que se dirigen al yo apuntan a una disminución del amor propio y a un empobrecimiento del yo. Proliferan discursos que integran reproches, insultos, lamentaciones y sanciones por acciones desarrolladas y no desarrolladas, compadece a su entorno cercano por tener que convivir con él y se siente culpable por hacer que su entorno tenga que tolerarlo.

Esta situación presenta un yo debilitado que no es capaz de establecer un equilibrio entre las pulsiones instintivas y las normas morales introyectadas. En estos últimos casos, el suicidio se produce como respuesta a la presión excesiva que las pasiones ejercen sobre el yo. Un mecanismo patogénico que conduce a los individuos al crimen o a cualquier mala acción, ya que el freno social y educacional que tradicionalmente se impone a las pasiones, deja de actuar adecuadamente en los tiempos modernos, favoreciendo un claro aumento en la prevalencia de las conductas suicidas (Plumed & Novella, 2015).

Desde el psicoanálisis y la sociología, se gestan nuevas orientaciones en donde la familia actúa como un elemento socializador primario de niños. Allí se administran controles sociales que exceden de manera clara a los que se necesitan para adaptarse en la vida. La familia deposita

en el niño un elaborado sistema de tabúes, lo cual se lleva a cabo como la enseñanza de los controles sociales, mediante la implantación de la culpa. Esta reflexión da origen a diversas opiniones, teorías y escuelas para el trabajo con familias y sus diversos problemas, entre ellos, de integrantes con ideación suicida (Gómez et al., 2015).

3.3.5. Teoría sociológica

El padre de esta concepción fue el sociólogo francés Emile Durkheim, quien lo expuso en su libro “El suicidio”, publicado en 1897 y reeditado en 1982 por Akal editor. Para este autor, las explicaciones a la conducta suicida aparecen en las instituciones, las costumbres, la ideología, la propia cultura y la estructura económica (Bonilla, 2013).

Durkheim (1982) fue pionero en acuñar conceptos como estacionalidad y contagiosidad del suicidio, además de establecer una primera categorización como resultado de la interacción del hombre y la sociedad, el suicidio egoísta, el suicidio anómico, el suicidio altruista y el suicidio fatalista.

a) El suicida egoísta: se refiere a que los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida. En ausencia de la presión y la coerción de la sociedad, el suicida queda libre para llevar a cabo su voluntad de suicidarse. Esta forma de suicidio tiende a darse más en las sociedades modernas, en las que la dependencia de la familia o del clan es menor que en las tradicionales. Según este autor, los “suicidas egoístas” son todos aquellos que no están integrados en ningún grupo social. Esto explicaría por qué los solteros son más vulnerables que los casados al suicidio y por qué en las comunidades rurales (más conexas por las costumbres) existen menos suicidios.

b) El suicidio anómico: considera a todos aquellos cuya integración en la sociedad está alterada, sea cual fuere la causa. Así, por ejemplo, la inestabilidad social o la pérdida de valores son dos caldos de cultivos para que se incrementen los suicidios. Este tipo de suicidio, según Durkheim, es el que se da en sociedades cuyas instituciones y lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o de anomia.

c) El suicidio altruista es en el que existe una renuncia en favor de los otros. Durkheim pone el ejemplo de los pueblos celtas, entre quienes llegó a ser honroso el suicidio de los ancianos cuando eran incapaces de obtener recursos por ellos mismos.

d) El suicidio fatalista, que se produce allí donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado férreas para que éstos conciban la posibilidad de abandonar la situación en la que se encuentra. La disciplina militar o las sociedades esclavistas serían ejemplos de situaciones en las que se da este suicidio. (Durkheim, 1982).

3.3.6. Teorías Humanistas

Como se ha visto, la Psicología ha estado principalmente centrada en una perspectiva psicopatológica basada en el modelo médico y, por ende, centrada en el déficit, el malestar y en el alivio de los síntomas. Sin embargo, a mediados del siglo XX, como efecto de la post guerra y en contrapartida al psicoanálisis y al conductismo, comenzaron a surgir en Estados Unidos lineamientos teóricos e investigaciones con una perspectiva más positiva y alentadora acerca del ser humano, conocida como la tercera fuerza, con raíces en el humanismo y el existencialismo (Galindo y Bahamón, 2017).

A través de la Psicología Humanista, el suicidio y sus fragmentaciones pueden ser explorados y analizados desde la perspectiva existencial que subyace a este abordaje psicológico. En él se tiene como centro a la persona y su búsqueda del sentido de la vida, tratando de alcanzar una vida plena, siendo ésta la base del proceso de ayuda al individuo que se encuentra en ideación y/o conducta suicida (Braga, 2020).

Los factores de vulnerabilidad disposicional para la conducta suicida son cinco: (a) impulsividad y constructos relacionados (predisposición a tener reacciones rápidas, no planificadas hacia los estímulos internos) (b) déficits en solución de problemas (capacidad para resolver problemas de la vida cotidiana) (c) estilo de memoria sobre generalizado (dificultades para recuperar recuerdos personales específicos de su pasado) (d) estilos cognitivos mal adaptativos (tendencia de tener pensamientos generales o un mismo patrón de respuesta no

específica para enfrentar situaciones diferentes) y (e) rasgos de personalidad, por ejemplo, perfeccionismo (Galindo y Bahamón, 2017).

3.4. Epidemiología en salud mental

En cuanto a las variables que contemplan las estadísticas oficiales, cabe indicar que son bastantes escasas, pues solo desagregan las muertes por suicidio según el sexo, la edad, el lugar de residencia, la nacionalidad y el método empleado (Blanco, 2020).

Respecto de lo mismo, la OMS (2021) indica que la disponibilidad y la calidad de los datos sobre el suicidio y sus intentos es insuficiente en todo el mundo. Solo unos 80 Estados Miembros disponen de datos del registro civil de calidad que se pueden utilizar directamente para estimar tasas de suicidio. Aunque el problema de la escasa calidad de los datos sobre mortalidad no es exclusivo de este tema, la notificación insuficiente y la clasificación errónea de los casos son, probablemente, mayores que con otras causas de defunción, porque las conductas suicidas son una cuestión delicada e incluso ilegal en algunos países.

En tanto, la OPS (2017) señala que, en la Región de las Américas, ocurren aproximadamente 65000 muertes por suicidio cada año. En muchos países, las muertes por suicidio pueden estar subestimadas. Las tasas más altas de la región se registran en el Caribe no hispano y en Norteamérica. Es la tercera causa de muerte en personas de 20 a 24 años y la cuarta en los grupos de 10 a 19 y de 25 a 44 años.

Chile duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio de Latinoamérica y el Caribe (Silva et al., 2013). En población de 10 a 19 años, en el 2008 la tasa fue de 7,7 suicidios por cada 100.000 habitantes y se esperaba que para 2020 llegara a 12 por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud, 2013).

3.5. Factores de riesgo y protección- Poblaciones de riesgo

3.5.1. Riesgo a desarrollar conducta suicida.

Existe escasa claridad respecto de qué condiciones o factores podrían estar relacionados de manera certera con la conducta suicida en jóvenes, toda vez que la edad adulta joven es un

período crucial en el que múltiples determinantes sociales pueden cruzarse y contribuir a la aparición de trastornos de la salud del comportamiento (Alegría et al., 2018). Considerando lo anterior, en la actualidad existen estudios que ordenan los factores por niveles de afectación, como lo muestra la figura 3.

Figura 3

Factores de Riesgo de la conducta suicida



Nota: Construido usando como referencia U.S. Office of the Surgeon General, National Action Alliance for Suicide Prevention. (2012)

Aldana et al. (2021) manifiesta que, en congruencia con las investigaciones actuales, estarían vinculados a factores de riesgo individual de un intento suicida, la presencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa, presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad. Se encontrarían, además, la presencia de depresión mayor, personas que han sobrevivido a un intento suicida, personas que han llamado la atención por presagiar o amenazar con el suicidio (proyecto suicida) o que presenten antecedentes familiares de suicidio o de intento y que no cuenten con apoyo social y familiar.

Hay una serie de factores de riesgo establecidos para las autolesiones y el comportamiento suicida en los jóvenes, incluidos los trastornos mentales como la depresión, la

ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno de conducta, el abuso de drogas y alcohol, además de características de personalidad como la impulsividad (Epstein et al.,2020). Bloch-Elkouby et al. (2020), afirma que existe una serie de factores interpersonales, sociales y psicológicos, similares a rasgos que pueden predisponer a una persona a la ideación y el comportamiento suicida.

En tanto, Parra-Urbe et al. (2017), indica que factores de riesgo para la conducta suicida podrían ser: menor de edad, que exista presencia de trastornos de personalidad y presencia de trastorno abuso de alcohol.

3.5.2. Factores psicosociales asociados a la conducta suicida

Como se ha señalado, el suicidio es un hecho multicausal que no puede atribuirse a un suceso único, razón por la cual, resulta muy relevante el estudio de los factores de riesgo y protectores asociados (Benavides et al., 2019).

Un estudio con universitarios realizado por Siabato y Salamanca (2015), analizó la forma en que algunos eventos vitales generadores de estrés estaban asociados a presencia de ideación suicida. Sus resultados dan cuenta de que cambiar de grupo de compañeros, vivir alejado de la familia, tener discusiones o altercados graves con un ser querido, tener un familiar con enfermedad grave mortal, seres queridos con problemas emocionales o psicológicos, vivenciar maltrato físico intrafamiliar, problemas con drogas o alcohol y/o verse afectado por un desastre natural, presentan un mayor nivel de IS.

Por otra parte, Baader et al. (2014) en un estudio realizado con estudiantes de la Universidad Austral de Chile demostró que el 26,9% de los estudiantes encuestados cumple con los criterios de depresión general, el 13,7% de los estudiantes cumple con criterios para una depresión mayor y un 5,3% de los estudiantes presenta puntuaciones elevadas de desesperanza; lo que sugiere un riesgo moderado a severo de cometer suicidio y/o autolesiones no fatales. El mismo estudio señala que puntuaciones elevadas de desesperanza, se asocian a personas con criterios para depresión mayor y la desesperanza es un factor de riesgo para suicidio y autolesiones no fatales, por lo que las puntuaciones obtenidas son un predictor útil de posible

suicidio. Esto viene a reafirmar la complejidad del cuadro depresivo y su asociación con riesgo suicida (Baader et al., 2014).

Ahora bien, estos procesos pueden ser más difíciles en periodos de incertidumbre o en donde desaparecen vínculos y redes interaccionales que operan como reguladores y catalizadores de estados psicológicos. De allí que las dimensiones de la adolescencia y los cambios que en ellas se producen, llevan a recoger información que pudiera estar generando estrés o ser percibidas como una situación estresante, frente a la que no necesariamente las familias y los expertos saben cómo responder (Soto et al., 2020a).

La prevención eficaz de la conducta suicida se basa en una predicción precisa de los factores de riesgo de pensamiento y comportamiento suicida, por lo que su investigación es importante. Los factores de riesgo son predictores longitudinales de un resultado que dividen a una población en grupos de bajo y alto riesgo (Ribeiro et al., 2018) y, en la medida que puedan identificarse de mejor forma, facilitarán el desarrollo de programas que sean cada vez más efectivos.

3.5.2.1. Factores personales

Ahora bien, al intentar precisar factores psicosociales que están involucrados en la aparición, planeación o ejecución de un acto suicida, podríamos de manera artificial intentar desagregar, en factores de corte personal, familiar, interpersonal y cultural, con el objeto de identificar de forma más precisa a cada uno y la interacción que se produce entre ellos.

En primer lugar y, tratando de establecer factores personales, es relevante mencionar procesos de corte cognitivo. En este sentido, la línea de representaciones y cogniciones que se asocia a la evaluación de la propia vida o la percepción de eficacia o ineficacia frente al mundo sería un factor a abordar. Sin embargo, existe desacuerdo sobre los efectos de pensamientos y comportamientos autolesivos previos, a saber, ideación suicida, planes de suicidio y autolesiones no suicidas, sobre la probabilidad de futuros pensamientos y comportamientos suicidas (Ribeiro et al., 2016).

Frente al mismo punto, Akpınar et al. (2020) señala que las cogniciones desadaptativas juegan un papel importante en la depresión y los trastornos de ansiedad y también en la ideación o intento de suicidio. Un estilo atribucional/cognitivo depresógeno, por ejemplo, puede estar

detrás de las cogniciones tanto depresivas como suicidas (mediadas por la desesperanza). Este estilo cognitivo de pensamiento puede definirse como una tendencia a asociar los eventos negativos de la vida con factores internos, estables y globales. Tampoco están claros los efectos de las experiencias indirectas con pensamientos y comportamientos suicidas, como antecedentes familiares de pensamientos y comportamientos suicidas y exposición a pensamientos y comportamientos suicidas de otros (Ribeiro et al., 2016).

Al precisar procesos de corte emocional y afectivo involucrados en la conducta suicida, se produce un entramado de relaciones entre sensaciones y sentires que es difícil de establecer paralelos diferenciales o flujos causales. El marco interaccional de las emociones se ve influido por creencias, motivaciones y otras construcciones que hace difícil su identificación.

Debido a que el estrés y la baja autoestima a menudo se correlacionan con la ansiedad y la depresión, puede ser complejo desentrañar las asociaciones entre estos factores. Los nuevos desarrollos metodológicos en la reconstrucción de redes permiten estimar las relaciones entre el estrés, la autoestima, la ansiedad y la depresión en estudiantes universitarios. Si el aumento del estrés y la baja autoestima son marcadores que preceden la ansiedad y la depresión, entonces estos métodos podrían ser útiles para una identificación más temprana o una intervención preventiva para las personas en riesgo (Huckins et al., 2020).

Por otra parte, un estudio con estudiantes universitarios chinos, obtuvo entre sus principales hallazgos que los principales factores de riesgo para la conducta suicida son la desesperanza, la depresión, el estrés y los estilos de afrontamiento negativos; además, la percepción del significado de la vida se mostró como un factor protector para la conducta suicida y el análisis de regresión lineal indicó que la desesperanza, la depresión, el estrés y la presencia de sentido en la vida fueron predictores significativos de la conducta suicida (Lew et al., 2019).

Considerando la estrecha relación que se da entre las variables personales, es importante para esta tesis poder precisar algunas de ellas como la autoestima, la desesperanza, la depresión, la ansiedad, y el estrés, entre otros conceptos que permitirán dar contexto comprensivo a los estudios posteriores.

La autoestima, por ejemplo, está asociada a la imagen corporal que forma el propio individuo respecto de su cuerpo, que considera la cognición objetiva y la evaluación subjetiva de

sus características, esta valoración adquiere una actitud positiva o negativa, por lo que es un tipo de evaluación emocional de los individuos sobre sí mismos y es un factor importante para predecir la implementación del comportamiento de salud (Ouyang et al.,2020).

Gao et al. (2022) indica que la autoestima y la depresión están fuertemente relacionadas y la naturaleza de su relación ha sido postulada por varios modelos teóricos sin decisión unánime. El DSM-V, asocia la baja autoestima, la autoevaluación negativa y los altos niveles de autocrítica con 21 trastornos diferentes, ya sea como características diagnósticas o asociativas, factores de riesgo o consecuencias. Esto incluye, pero no se limita a, depresión, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, disfunción sexual y trastorno de personalidad por evitación (APA, 2014).

La autoestima es un factor relevante para la salud mental y el bienestar psicológico, Akpinar et al. (2020) demostró incluso, que está correlacionada con el intento de suicidio.

Por otro lado, la evaluación de la desesperanza es particularmente importante en la práctica clínica, ya que puede conducir al aislamiento o puede inhibir comportamientos de búsqueda de ayuda (Akpinar et al., 2020), teniendo un papel importante en la predicción del suicidio y la manifestación de los cuadros depresivos. Es tanto así, que la depresión unipolar y la desesperanza se encuentran entre los factores de riesgo más comúnmente citados para los pensamientos y comportamientos suicidas. Como evidencia de esto, ambas se presentan constantemente dentro de las pautas de factores de riesgo desarrolladas por las principales organizaciones nacionales e internacionales y comúnmente integradas en evaluaciones estructuradas de riesgo de suicidio (Ribeiro et al., 2018).

La depresión, en tanto, parece ser una entidad de origen multifactorial (Toro,2018) y se caracteriza por la operación de sesgos negativos y, a menudo, por la falta de sesgos positivos, en el procesamiento autorreferencial, la interpretación, la atención y la memoria, así como el uso de estrategias desadaptativas de regulación emocional cognitiva (LeMoult & Gotlib, 2019).

Una alta prevalencia de enfermedades depresivas entre los estudiantes universitarios es particularmente alarmante, considerando las influencias negativas en sus estudios académicos y en la formación del carácter (Akhtar et al., 2020).

Además de los anteriores, la ansiedad, se caracteriza por referirse a una prolongada preparación para enfrentar una amenaza real o percibida, que puede manifestarse como

activación psicológica y fisiológica, lo que en última instancia conduce a un mayor riesgo de mala salud. Las personas que experimentan ansiedad crónica, angustiosa y debilitante son hipersensibles a las señales contextuales relacionadas con la amenaza, lo que aumenta la probabilidad de experimentar una activación fisiológica prolongada y/o más frecuente (Renna et al., 2018).

Gao et al. (2020) en su estudio en población universitaria de China, señala que la ansiedad resultó ser el problema mental más frecuente y grave para los estudiantes universitarios chinos, especialmente para las alumnas; mientras que se encontró una prevalencia creciente de depresión entre los estudiantes varones de la universidad.

El estrés, en cambio, se entiende como una respuesta fisiológica que prepara al individuo para enfrentar las demandas y requerimientos del medio. Estos cambios y tensiones experimentados por los adolescentes y su limitada experiencia para enfrentarlos (Lew et al., 2019), pueden convertir algunos eventos vitales en estresores que pueden ocasionar repercusiones psicológicas negativas y su acumulación puede afectar el bienestar psicológico y el estado emocional (Cejudo et al., 2018).

Lo complejo de este punto es que, como ya se mencionó, el sistema universitario no siempre provee de espacios de canalización del estrés, por lo que la mayoría de los estudiantes que presentan repercusiones negativas por estrés, continúan sufriendo en silencio (Akhtar et al., 2020).

La impulsividad también es un factor personal presente en el contexto universitario, incluida la búsqueda de sensaciones, la urgencia positiva y la urgencia negativa (Bloch-Elkouby et al., 2020). La impulsividad ha sido muchas veces vinculada a características propias de la posmodernidad y se comprende, principalmente, con el deterioro del control inhibitorio, lo que podría llevar a las personas a expresar comportamientos abiertamente agresivos para lograr su objetivo (Dobrucalı & Özkan, 2021).

Dado que los factores personales están asociados a los trastornos mentales y estos últimos pueden representar graves amenazas para el rendimiento académico de los estudiantes en la universidad y predecir de alguna forma su desarrollo profesional en el futuro, es de gran importancia identificar los factores que influyen en la angustia psicológica de los universitarios.

La literatura existente identifica varias fuentes de ansiedad, estrés y depresión comúnmente vistas entre los estudiantes universitarios en varios contextos, las que podrían clasificarse en cuatro aspectos principales: la personalidad, el estilo de vida, los antecedentes familiares y el rendimiento académico de los estudiantes (Gao et al., 2020).

3.5.2.2. Factores Familiares

La familia, su estructura, funcionamiento e interacción, son otro factor de influencia en la presentación de conducta suicida. Desde estadios tempranos, influye de forma considerable en los estilos de afrontamiento emocional de niños y niñas, permitiendo que sus integrantes aborden de forma ajustada las dificultades propias de la vida, ya sean normativas o no normativas. Deville et al. (2020) realiza un estudio en donde relaciona el conflicto familiar con una mayor probabilidad de ideación suicida, a su vez, el bajo control de los padres se vinculó con IS, intentos de suicidio y otras manifestaciones de la conducta suicida. Esta asociación con tendencias suicidas se mantuvo, incluso después de ajustar los datos por antecedentes familiares, problemas de internalización y externalización, adversidad financiera y sexo.

Las relaciones interpersonales, que se dan a partir de la familia, son el escenario en donde se ensayan y consolidan habilidades físicas y cognitivas, poniendo a prueba destrezas y desempeños, incluso emocionales y afectivos. La cultura subjetiva de la interacción interpersonal incluye la transmisión de normas, roles y valores que son compartidos por el grupo y en donde los individuos que deseen pertenecer al grupo se sentirán obligados a adoptar estas normas, roles y valores (Miller, 2020).

Esta disposición de interactuar con otros permite ajustar también creencias y representaciones respecto de sí mismo y de su entorno, que provienen de la familia, y que facilitan la incorporación del adolescente y adulto joven al entorno inmediato.

Levi-Belz et al. (2019) señala que una falta de habilidades de comunicación interpersonal, debido a una posible aversión del diálogo con otros, pertenencia frustrada o baja capacidad de autorrevelación, constituirían un riesgo de ideación suicida o de intentos de suicidio no comunicados. Respecto de este tema reflexiona que, en comparación con los intentos de suicidio revelados, los intentos de suicidio no comunicados informaron niveles más altos de IS y victimización. Una renuencia para hablar sobre sus problemas con los demás, indicaría que estos

jóvenes adolescentes presentarían un riesgo elevado de suicidio (ideación suicida y angustia elevada), puesto que la mayoría de las veces pasarían desapercibidos, debido a las dificultades interpersonales de relación y comunicación con otros, por lo que no revelarían ni su ideación ni los intentos ejecutados.

La existencia de una red de apoyo formada por amigos, compañeros o familiares que se vinculen regularmente con otros universitarios da la oportunidad de comunicar el pensamiento suicida e informar debidamente cuando aparece este primer indicador. Tal vez es complejo identificar con precisión las variables específicas que estarían vinculadas con intentos de suicidio no revelados, pero sí se ha establecido que las relaciones interpersonales tendrían las correlaciones más altas. Se encontró que los bajos niveles de autorrevelación y los bajos niveles de apoyo de los padres o redes de apoyo eran los factores claves que estaban relacionados con los intentos de suicidio no revelados (Levi-Belz et al., 2019).

3.5.2.3. Factores culturales

El entramado cultural que se vincula a los seres humanos permite comprender y enfrentar los fenómenos de la vida de forma diferenciada, dependiendo de la cultura en la que cada persona le ha tocado vivir. Factores como la etnia, la religión, el país y la condición sociodemográfica, influyen de sobremanera en la concepción de la salud mental, así como en la vivencia de los trastornos mentales y las formas de abordaje que se realizan en temas tan relevantes como la conducta suicida.

Las personas de diferentes culturas que se suicidan pueden presentar emociones o sentimientos que podrían ser comparables justo antes de la muerte, como desesperanza, mal humor persistente, dolor físico o mental insoportable y/o relaciones sociales rotas. La probabilidad de que las personas reaccionen suicidándose varía, de acuerdo con las características heredadas, los efectos de experiencias previas, la educación y la cultura. Las diferencias entre países, así como los grupos culturales y étnicos de los cuáles son parte los individuos, pueden explicar, en muchas ocasiones, las diferencias en las tasas y patrones de suicidio (Snowdon, 2018).

Althman y Fogarty (2020) explican las diferencias entre las tasas de suicidio en diversos países, considerando factores culturales como la religión, la educación, las tasas de emancipación

femenina, el tamaño de sus economías, entre otras condiciones externas. Los mismos autores realizaron un estudio en 182 países en el año 2015 en el que encontraron que el índice de suicidio fue más alto en las Américas y más bajo en África y Asia. La proporción más alta de suicidios entre hombres y mujeres se observó en los países donde el cristianismo era la religión predominante y la tasa más baja de suicidios, en países donde el hinduismo era la religión predominante.

En dicha investigación se destacaron las diferencias entre poblaciones a lo largo del tiempo en los patrones de suicidio, lo que sugiere que los factores culturales ayudan a explicar las diferencias en las tasas de suicidio entre géneros, grupos de edad y poblaciones étnicas. Snowdon (2018) aporta también a esta reflexión, indicando que los factores relacionados con la cultura en varios países parecen explicar las tasas de suicidio juvenil, presentando mayores tasas en poblaciones indígenas que en poblaciones no indígenas, dando un nuevo antecedente para la reflexión de cómo la cultura está influyendo en este tema.

3.6. Comorbilidad psiquiátrica y conducta suicida

La conducta suicida está vinculada con una serie de trastornos mentales o manifestaciones de corte afectivo-emocional, por lo que existen síntomas que pudieran confundirse o pasar desapercibidos al tener criterios similares con dichas patologías. Algunos datos indican que la disminución de las tasas de suicidio se relacionaría con el tratamiento de la depresión: prescripciones de antidepresivos y planes para capacitar a médicos en el diagnóstico y tratamiento de la depresión (Silva et al., 2013). En este sentido, trastornos depresivos, en particular la depresión recurrente, se asociaron con un mayor riesgo de suicidio tanto para hombres como para mujeres jóvenes. El trastorno por uso de sustancias y el trastorno límite de la personalidad también tuvieron una fuerte influencia en el comportamiento suicida de los jóvenes (Gili et al., 2019).

En los últimos años se ha prestado considerable atención a entidades psicopatológicas asociadas al suicidio. La impulsividad, la búsqueda de sensaciones o autocontrol se han visto implicadas en el consumo de drogas (Carou et al., 2016) y en trastornos como el Déficit de Atención con Hiperactividad y los Trastornos de la Personalidad. En los pacientes con trastorno bipolar se ha identificado un incremento en el consumo de todas las sustancias, existiendo drogas

que pueden estar más relacionadas con la inducción de cambios en el estado de ánimo de estos pacientes (Valdevila-Figueira et al., 2021) y un aumento en la ideación suicida.

La personalidad impulsiva, como los trastornos relacionados con la desinhibición y la falta de autocontrol, son ingredientes clave en la caracterización psicológica de los adictos y podría estar relacionado con CS (Carou et al., 2016). Por otra parte, el trastorno por consumo de alcohol aumenta significativamente el riesgo de IS, intento de suicidio y suicidio consumado. Por lo tanto, la conducta adictiva en este trastorno puede considerarse un importante predictor de suicidio y una gran fuente de muerte prematura (Darvishi et al., 2015).

Otra adicción asociada a la posmodernidad es la relacionada con el uso indiscriminado de internet, ya que muchas acciones de la vida se ven interrumpidas, sobre todo en el mundo adolescente por una adicción de este tipo. Un estudio realizado en India por Kumar y Mondal (2018) muestra que en comparación con los que no tenían adicción a internet, los adictos a internet tenían tasas más altas de morbilidad psiquiátrica (65,0 %), ideación suicida en una semana (47,0 %), intentos de suicidio en la vida (23,1 %) e intento de suicidio en un año (5,1 %), esto confirmaría la influencia de esta adicción en diferentes trastornos sociales, psicológicos y físicos, generando ansiedad, estrés y depresión.

3.7. La evaluación de la conducta suicida. Instrumentos de evaluación

La evaluación de la conducta suicida es un tema complejo, pues algunas de las investigaciones se construyen con familias que han vivenciado el suicidio de alguno de sus integrantes, realizando un estudio en formato de autopsia psicológica (Ortega, 2018), ahora bien considerando que una aplicación deficiente de esta estrategia, pudiera revictimizar a las familias, es preferible explorar los niveles primarios de la CS. De todas formas, se podría advertir la existencia de muchos instrumentos que valorizan o se refieren al comportamiento suicida que van desde la IS, hasta la concreción o suspensión del acto suicida. Es imposible referirse a cada uno de los esfuerzos individuales o colectivos que se han realizado para la pesquisa de la CS, de igual forma se intentará dar cuenta de algunos de los instrumentos más usados para este fin.

3.7.1. Instrumentos de medición asociados a la suicidalidad

Es relevante indicar que, si bien la entrevista clínica no necesariamente se considera un instrumento, es probablemente la estrategia más fidedigna para la pesquisa de la ideación suicida (Ortega, 2018) La entrevista permite realizar una evaluación de la situación psicopatológica de la persona, así como tener claridad tanto de los factores protectores y de riesgo frente a la CS (Bonilla,2013).

Considerando lo anterior se presentan una serie de instrumentos que apoyan la entrevista clínica, son de uso frecuente en estudios internacionales para medir suicidalidad y se encuentran disponibles de forma electrónica.

3.7.1.1. Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) (Osman et al., 1998)

Este inventario tiene como objetivo evaluar factores de riesgo y protección frente a las ideas de suicidio. Contiene 14 ítems distribuido en dos dimensiones. La primera dimensión, ideación suicida negativa, contiene ocho ítems, con indicadores como: “¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?”, “¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?”. La segunda dimensión, ideación suicida positiva, contiene seis ítems, con indicadores como: “¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?”, “¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?”. Las opciones varían desde 0 (nunca) y 4 (siempre).

3.7.1.2. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchick & Van Praag, 1989)

Esta escala consta de 15 ítems cuyas opciones de respuesta son Sí o No; cada respuesta afirmativa suma un punto, para una puntuación de 0 a 15; a mayor puntaje mayor es el riesgo suicida, y se toma el 6 como punto de corte, el cual permite diferenciar entre individuos que no presentan riesgo suicida y los que sí están en él.

3.7.1.3. El Inventario de Orientación Suicida (ISO30) (King y Kowalchuk,1994)

Es una escala de 30 ítems formulados en forma positiva y negativa (directos e inversos) que se responden mediante una escala Likert de cuatro posiciones: 0 = Totalmente en desacuerdo, 1 = En parte en desacuerdo, 2 = En parte de acuerdo, 3 = Totalmente de acuerdo. Permite evaluar cinco factores asociados al riesgo suicida: baja autoestima, desesperanza, incapacidad para afrontar problemas emocionales, soledad y aislamiento social e IS. La suma de

las respuestas numéricas se expresa en un índice global de la Orientación Suicida que determina la clasificación del riesgo suicida en tres niveles: bajo ≤ 30 ; $31 \leq$ moderado ≤ 44 ; alto ≥ 45 .

3.7.1.4. Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (Osman et al., 2004)

EL IRS-25 (Suicidal Resilience Inventory) fue diseñado para medir los factores que ayudan a preservar pensamientos y conductas suicidas y “ampliar el concepto de factores protectores y estudiar el papel que juega la resiliencia en la conducta suicida” Se organiza en tres factores: a) protección interna: alude a los atributos personales y representa creencias y sentimientos positivos sobre uno mismo y la satisfacción con la propia vida; b) estabilidad emocional: refleja las creencias positivas sobre las habilidades propias para regular las ideas y comportamientos relacionados con el suicidio, cuando se afrontan eventos estresantes difíciles y c) protección externa: representa las habilidades que tienen los individuos para buscar recursos sociales, que pueden ser útiles cuando se afrontan dificultades personales o ideas suicidas.

3.7.1.5. Cuestionario de Ideación Suicida (Reynolds & Mazza, 1999)

El SIQ-HS (Suicide Ideation Questionnaire High School) es un cuestionario de ideación suicida que tiene como objetivo evaluar la frecuencia de una jerarquía de pensamientos suicidas, desde los posibles pensamientos de desear no estar vivo, hasta pensamientos serios y específicos de matarse a sí mismo. Consta de 30 ítems que evalúan la frecuencia de una jerarquía de pensamientos suicidas, partiendo desde los posibles pensamientos de desear no estar vivo, hasta pensamientos serios y específicos de matarse a sí mismo.

3.7.1.6. Escala de Ideación Suicida de Beck: (Beck et al, 1993)

Esta escala mide la intensidad y las dimensiones (el grado y la severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas del individuo al intentarlo. La escala está formada por 21 reactivos, cada uno de los cuales tiene 3 posibles alternativas, calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2. La suma de éstas indica la severidad de las ideas suicidas. Los dos últimos reactivos no se califican, ya que miden su severidad y el número de intentos previos de suicidarse. En la evaluación de las conductas suicidas se considera su aparición en el último mes, de tal manera que por medio de los reactivos 4 y 5 se define si se sigue o se suspende la entrevista. El punto de corte planteado por Beck es: un puntaje mayor o igual (\geq) a 10 indica que corre el riesgo de suicidarse.

3.7.1.7. La Escala de Roberts (Roberts, 1980)

La escala de Roberts consta de cuatro reactivos: "No podía seguir adelante"; "Tenía pensamientos sobre la muerte"; "Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)"; "Pensé en matarme". Estos reactivos exploran el contenido cognoscitivo de pensamientos sobre la muerte en general y de sí mismo. El formato de respuesta registra su presencia y duración durante la semana anterior. Las opciones de respuesta son: 0 = ningún día, 1 = 1-2 días, 2 = 3-4 días y 3 = 5-7 días de la semana pasada. Los puntos de corte utilizados en los estudios varían de acuerdo con el criterio del investigador. Algunas veces se utiliza la media, más una desviación estándar o la suma de los 4 reactivos, es decir, de los 4 síntomas.

3.7.1.8. Escala Paykel de Suicidio (Paykel et al.1974: Fonseca & Al Halabi, 2021)

La PSS (Paykel Suicide Scale) es una herramienta diseñada originalmente para la evaluación de las diferentes manifestaciones de la conducta suicida en población clínica (p.ej., pensamientos de muerte, ideación e intentos de suicidio). Consta de un total de cinco ítems con un sistema de respuesta dicotómico Sí/No (puntuación 1 y 0, respectivamente).

3.7.1.9. Escala Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida (Posner et al, 2011)

La C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS), es una entrevista semiestructurada, bastante sencilla de aplicar, que recoge la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el período de evaluación. Mide cuatro constructos: gravedad de la ideación, intensidad de la ideación, conducta suicida y letalidad de la conducta suicida.

3.7.1.10. Escala para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes SENTIA. (Díez-Gómez et al.,2020)

La escala SENTIA es un autoinforme desarrollado para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes. La versión extendida consta de 16 ítems en formato dicotómico (sí/no). SENTIA mide un factor general de conducta suicida y tres factores específicos (acto/ planificación suicida, comunicación e ideación).

3.7.1.11. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI), (Nock et al, 2007)

Este instrumento consta de 169 ítems divididos en 5 módulos que examinan la presencia, frecuencia y características de 5 tipos de conductas autolesivas: a) ideación suicida; b) planes de suicidio; c) gestos suicidas; d) intentos de suicidio y e) autolesiones.

3.7.1.12. El “inventario de razones para vivir” (Jaramillo et al., 2009)

El RFL (RFL, por sus siglas en inglés reasons for living inventory) es una escala de 48 ítems y seis dimensiones 1. Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento; 2. Miedo a la muerte y la desaprobación social; 3. Responsabilidad con la familia; 4. Preocupación por los hijos; 5. Percepción de incapacidad para el suicidio y 6. Objeciones morales. Es un instrumento de autorreporte, con ítems consistentes en afirmaciones que son calificadas en orden de importancia usando una escala de seis puntos tipo Likert.

3.7.1.13. Escala de Suicidalidad de Okasha. (Okasha et al., 1981)

La Escala de Suicidalidad consta de cuatro ítems. Los primeros tres ítems evalúan el pensamiento suicida y el cuarto, se refiere a un intento de suicidio en los últimos 12 meses: (1) ¿Has pensado alguna vez que no valía la pena vivir la vida? (2) ¿Alguna vez has querido estar muerto? (3) ¿Alguna vez has pensado en acabar con tu vida? (4) ¿Alguna vez has intentado suicidarse? Se utilizó una escala Likert de 0 a 3 (0 = nunca; 3 = frecuentemente). El ítem de intento de suicidio también fue puntuado de 0 a 3 puntos, según el número de intentos de suicidio realizados (0 = ningún intento; 3 = tres o más intentos. En esta investigación se utilizó la versión chilena, validada por Salvo et al. (2009), la cual mostró alta consistencia interna y validez, demostrando una adecuada discriminación al utilizar un puntaje de corte de 5 para determinar intento de suicidio.

3.8. Los tratamientos Psicológicos del suicidio

La complejidad de la conducta suicida, que considera factores culturales, familiares y personales, hace difícil la planeación de un tratamiento que sea efectivo y obliga a trabajar desde una mirada transdisciplinaria a objeto de asegurar que la temática pueda abordarse desde distintas dimensiones.

Echeburúa (2015) sugiere que las intervenciones deben ser específicas según la manifestación de la conducta, por lo que deben establecerse tratamientos diferenciados para las autolesiones, la ideación suicida, la desesperanza o el intento suicida propiamente tal. En cualquiera de los casos se requiere de un fuerte apoyo del entorno y una alianza sólida entre el paciente y el terapeuta. Una revisión sistemática realizada por Iyengar et al. (2018) presenta

como conclusión que la efectividad de los tratamientos psicológicos está condicionada al compromiso de la familia con el proceso terapéutico del adolescente o a lo menos, de una persona de apoyo que sea permanente a través de toda la terapia.

Los tratamientos que presentan mayor evidencia de efectividad para el abordaje de la conducta suicida son los relacionados con el modelo cognitivo conductual (Mollà et al., 2015; Alavi et al., 2013; Horowitz et al., 2020). En la revisión de Iyengar et al. (2018) que considera ensayos clínicos aleatorizados, se informó que las intervenciones terapéuticas psicológicas desarrolladas, dieron como resultado una reducción de la IS y sintomatología depresiva, mostrando una mayor posibilidad de reducir los intentos de suicidio en cualquier momento durante el tratamiento. Horowitz et al. (2020) a su vez, da cuenta que la intervención desde un modelo cognitivo conductual en comparación con un tratamiento habitual, asegura para aquellos que han presentado un intento suicida, la reducción de dicha conducta en un 50% una vez hayan llevado un tratamiento de 18 meses. Alavi et al. (2013) concluye que la terapia cognitivo conductual es un tratamiento efectivo para reducir la ideación suicida en jóvenes que han presentado intentos suicidas previos.

De acuerdo a lo indicado, las terapias derivadas del modelo cognitivo conductual parecieran ser las más eficaces para el abordaje de la conducta suicida y, entre ellas, aparece, por ejemplo, la terapia de solución de problemas, que contempla un entrenamiento para enfrentar los problemas de forma activa y eficaz haciendo un buen uso de las habilidades y actitudes que cada persona posee (Mollà et al., 2015). Este tipo de intervención considera fortalezas y recursos del cliente/familia y el terapeuta alienta la conversación 'sin problemas'. Los esfuerzos por "comprender" el problema no se consideran necesariamente útiles. Los pequeños pasos alcanzables en la dirección correcta promueven la resolución del problema y, a menos que existan consideraciones legales, el cliente es visto como el mejor juez de cómo o cuándo se debe resolver el problema (Prosser, 2021).

Ahora bien, la modalidad de terapia cognitivo conductual que presenta más estudios en el abordaje de la conducta suicida es la terapia dialéctica-conductual, esta terapia combina entrenamiento en habilidades, manejo de contingencias, exposición con prevención de respuesta, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva; todo lo

anterior, incorporando técnicas de mindfulness, validación y aceptación. Este tratamiento en comparación con los tratamientos habituales de abordaje ha mostrado una mejora sustantiva en pacientes con intento suicida en cuanto a número de hospitalizaciones, ideación suicida, depresión, ansiedad y severidad global (Mollà et al., 2015).

Bateman y Fonagy (2018) dan cuenta de un tratamiento basado en la mentalización (MBT) de duración anual y con sesiones individuales semanales y reuniones con la familia una vez al mes, su objetivo primordial es la identificación y la expresión del afecto para estabilizar la expresión emocional y asegurar la continuidad de la terapia y de paso, la vida del paciente. Se considera que si no existe capacidad de mentalización, lo negativo es vivido con gran intensidad, se presentan sentimientos de depresión elevados y urgencia de distracción. Si no se trabaja en un control mejorado del afecto, no puede existir una consideración seria de las representaciones internas, aun cuando también sin representaciones internas estables no puede darse un control sólido de los afectos. Sólo cuando el afecto y la impulsividad están bajo control es posible centrarse en las representaciones internas y fortalecer el sentido del self del paciente.

La terapia multisistémica también aparece como tratamiento habitual para jóvenes que presentan conductas de suicidio, se basa en intervenciones cognitivas-conductuales y considera una mirada en donde las personas tienen imágenes y pensamientos (cognición), afectos y sensaciones (afectividad), sobre una base somática (biológico) y conductual en contextos interpersonales (familia, escuela).

La terapia multifamiliar tiene logros importantes, pues realiza una comprensión que supera prejuicios y simplismos culturales, a lo largo de las intervenciones se construye una historia común que llega a "contener" a todos los participantes y, al mismo tiempo, incentiva que los integrantes puedan incluirse en la terapia como protagonistas. Es una herramienta terapéutica integradora, con un enfoque cognitivo - conductual que considera una ambientación en congruencia con el ambiente y que involucra tratamientos psicosociales y psicoeducativos, dirigida a adolescentes, familiares y profesores (Doimeadios y Martínez, 2020).

Por último, se presenta la terapia cognitiva-analítica, intervención estandarizada de alta calidad, el trabajo consiste en reconocer y tomar conciencia de los patrones existentes, nombrándoles o experimentándoles, con el objeto de desarrollar un patrón de vida más

saludable. La relación terapéutica es tolerante y respetuosa y trata de centrarse en los aportes de la persona para establecer problemas y los patrones más profundos que pueden subyacer a ellos, no preocupándose de síntomas o síndromes psicopatológicos o psiquiátricos tradicionales. El modelo establece que las personas son mucho más que sus problemas o diagnósticos identificados y ayuda a cada individuo a encontrar en su propio lenguaje lo que le molesta, configurando objetivos viables para alcanzar el bienestar (Gray y Glackin, 2021).

3.9. Los programas de prevención de la conducta suicida

Los programas de prevención de la conducta suicida, que se revisaran con más detalle en el capítulo tres y seis de esta tesis, tienen el objetivo de poder anticipar conductas asociadas al suicidio, considerando factores de riesgo y otros antecedentes que pueden ayudar a focalizar acciones que sean efectivas.

De acuerdo con la OMS (2004) los programas de prevención del suicidio deben abordar todos los niveles de la sociedad, incluidos, entre otros, la legislación, las opiniones y actitudes públicas, el sistema de atención de la salud o las personas afectadas por trastornos mentales. Al estar basados en un modelo socio ecológico y tomando en cuenta que no existe linealidad en la manifestación del fenómeno, deben incluir acciones en contextos sociales, comunitarios, interpersonales e individuales.

Las estrategias de prevención se pueden clasificar en términos generales en intervenciones universales, selectivas y focalizadas a grupos específicos. Fonseca & de Albéniz (2020) definen la estrategia de prevención universal como aquella que se dirige a toda la población y tiene como objetivo sensibilizar las condicionantes del suicidio y salud mental, educar a las personas y reducir el estigma, facilitar el acceso a los sistemas de salud, promover búsqueda de ayuda, mitigar el impacto de las recesiones económicas y promover factores protectores como el apoyo social y las habilidades de afrontamiento. Contemplan, además, la restricción del acceso a los medios de suicidio, proporcionando pautas de la forma en que se deben denunciar los suicidios, la promoción del comportamiento de búsqueda de ayuda, campañas de concientización pública, y programas educativos que disminuyan el acceso a medios

potencialmente letales, líneas de ayuda (teléfono o internet) y la reducción del estigma social por problemas de salud mental (Siu, 2019).

La prevención selectiva según Fonseca & de Albéniz (2020), se dirige a grupos específicos que son más vulnerables o en mayor riesgo, como aquellos con problemas de salud mental, personas que presentan consumo problemático de drogas y alcohol, personas privadas de libertad, víctimas de violencia física y/o sexual y migrantes, entre otros. Puede contemplar programas de detección en centros de salud primaria, capacitación de monitores para ayudantes de primera línea o apoyo psicológico y tratamiento de problemas de salud mental y abuso de sustancias en personas que aún no muestran signos de tendencias suicidas.

En todos los casos, un aspecto primordial en los programas de prevención de suicidio es que exista evidencia de la utilidad del programa en la mejoría de los síntomas y en la reducción de las manifestaciones de la conducta suicida (Hegerl, 2022).

De acuerdo con Beauchaine et al. (2019), existen algunos obstáculos que han impedido el desarrollo de programas efectivos de prevención del suicidio. Estas dificultades dicen relación primero con una identificación válida de quienes presentan vulnerabilidad, segundo el establecimiento de objetivos viables y posibles de llevar a la práctica y, en tercer lugar, la existencia de mecanismos de evaluación de la acción que permitan medir su eficacia. Esto quiere decir que debe existir mayor precisión en la identificación de la población con mayor vulnerabilidad o mayor riesgo de manifestar conductas suicidas y especificar, comprometer y medir de manera efectiva las estrategias a implementar y los mecanismos de cambio en la expresión de conductas asociadas al suicidio.

Hay evidencia insuficiente o contradictoria con respecto a la efectividad de los enfoques restantes, por lo que se requiere una mejora importante en el alcance y la calidad de la colaboración entre investigadores, al objeto de recoger nueva evidencia y apoyar la actualización de políticas y de paso un incremento en la financiación de estudios y programas asociados al suicidio. (Platt y Niederkrotenthaler, 2020).

4. Conclusiones

La salud mental presenta nuevos desafíos al preocuparse de factores socio comunitarios y ampliar su modelo comprensivo, trascendiendo a una comprensión biomédica tradicionalista. Este desafío ha llevado a reorientar también los presupuestos asociados a salud mental al incorporar, en este nuevo abordaje, a otros profesionales de la salud que anteriormente no eran parte del equipo de intervención, lo que ha demandado nuevas organizaciones y desafíos que han quedado explícitos en los planes que para esta materia se han presentado desde el estado. Esta forma diferente de concebir nuestra relación con los procesos mórbidos no solo ha permitido una comprensión diferente de los mismos, sino también ha facilitado la elaboración de nuevas estrategias de intervención de salud pública y opciones terapéuticas nuevas en patologías específicas (Toro ,2018).

La acción política y económica, debido a la crisis financiera mundial, se ha desarrollado bajo medidas restrictivas de la cobertura universal de las prestaciones sanitarias (Juliá-Sanchis et al., 2020), por lo que se ha fortalecido la atención primaria y secundaria, como también sus lazos con la comunidad y servicios comunitarios, a fin de superar el modelo hospitalario de atención terciaria y del hospital psiquiátrico (Leiva-Peña et al.,2021) y apuntar a labores de corte más preventivo. Dicho interés, ha surgido asociado a una mayor visibilidad de la salud pública como un campo distinto en donde se identifican y trabajan los factores de riesgo para prevenir enfermedades, ya sea como prevención primaria, referida al tratamiento de los factores de riesgo o como prevención primordial, referida a la prevención misma de la aparición de los factores de riesgo (Jeste & Pender, 2022).

Esta identificación de factores de riesgo, que se asocian a la presencia o manifestación de enfermedades de salud mental, se realiza principalmente en los espacios en donde las personas viven cotidianamente, es allí en donde las universidades como instituciones educativas se convierten en el entorno natural en el que es posible construir derechos de agencia, seguridad y libertad personal en los jóvenes, reconociendo las limitaciones que esto pueda tener (O'Reilly et al., 2018b).

Si bien el sistema sanitario tiene la responsabilidad primaria de atender problemas de salud mental y especialmente los asociados a la conducta suicida, la universidad aparece como

un escenario propicio para abordar desde la prevención y la promoción, cuadros como ansiedad, depresión y desesperanza que se influyen entre sí y que presentan sus estudiantes. La conducta suicida en todo su espectro resulta preocupante por la carga de estrés que viven los universitarios y, en muchos casos, la falta de redes de apoyo que puedan colaborar en un abordaje de los problemas que se asocia a un enfrentamiento emocional más positivo y alejado de conductas autolesivas.

Los estudios mencionados vinculan cuadros y factores psicosociales como la impulsividad, la autoestima, la depresión, la ansiedad y el estrés con el pensamiento y la ideación suicida y se priorizan como tema de interés para su estudio y abordaje desde políticas o planes de salud mental que corrijan los fallos de focalización que hasta ahora han presentado (Castillo, 2022) pero también, desde estrategias particulares que se puedan levantar al interior de los campus formativos que cada universidad dispone.

Después de todo lo dicho, se hace imperiosa la necesidad de realizar investigaciones e intervenciones en contextos como la universidad, que podría entenderse como de alta vulnerabilidad o estrés y no atenderla supone una negligencia en el contexto en el que nos encontramos (Angulo, 2020).

Capítulo 2: Adolescencia, juventud y conducta suicida

2.1. Introducción

Los pensamientos y comportamientos suicidas son poco comunes en la infancia, pero aumentan significativamente durante la transición a la adolescencia (Glenn et al.,2020) por lo que demandan una atención especial de la familia y el sistema educativo (Gaete, 2015). Los cambios interaccionales, que ocurren con ocasión de procesos de independencia y autonomía vivenciados durante esta etapa, ocasionan en el propio adolescente sensaciones contradictorias respecto de su bienestar que desembocan en situaciones estresantes (Crocetti, 2018). La competencia que el joven necesita para abordar adecuadamente esta etapa del ciclo vital y los desafíos que pudieran aparecer, requieren de una serie de recursos propios que deben ser identificados y actualizados por el joven (Quintero-Jurado & Ossa-Henao, 2018).

Lo anterior se ha visto comprometido durante el periodo de aislamiento social provocado por las medidas restrictivas puestas en marcha para controlar la pandemia por Covid 19, que restringieron los derechos fundamentales de socialización, asistencia a clases y libre circulación. Este proceso afectó al desarrollo de procesos interaccionales que favorecen el desarrollo de recursos personales en medios sociales protegidos, como los encuentros con amigos, las celebraciones y las actividades familiares, entre otras (Soto et al., 2020a). Esta ruptura influyó en el desarrollo fluido y esperable de procesos de independencia, autonomía e identidad, retrasando la presencia de ciertas crisis normativas y saltando de forma abrupta de una infancia intermedia a una etapa con demandas y responsabilidades más complejas (Silvers,2022), desencadenando en un aumento de los problemas mentales y la CS (Baader,2018).

Ahora bien, independiente de las variables contextuales asociadas al periodo de aislamiento social por covid19, la adolescencia ha tenido comprensiones contrapuestas respecto de su temporalidad. Algunos autores distinguen con claridad la adolescencia de la juventud, mientras que otros tienden a solapar ambas etapas (Sánchez, 2019). Asumiendo la dificultad de establecer esta distinción respecto de la edad de inicio y término de la adolescencia y/o edad juvenil, se realiza una revisión de los elementos centrales de la adolescencia y la juventud.

2.2. La etapa adolescente-juvenil

La adolescencia es un período crucial y crítico en el desarrollo del individuo, de transición entre la niñez y la adultez en un ambiente cultural determinado (Minev et al., 2018). El concepto de adolescencia reviste en sí mismo una serie de interpretaciones y frente a la imposibilidad de determinar su temporalidad con claridad, se le confunde con estadios puberales u otros que están más cerca de la adultez joven (Lozano, 2014).

La adolescencia es un estadio que se inicia una vez concluida la niñez, hasta alcanzar la adultez y donde se producen cambios rápidos y de gran magnitud, permitiendo una creciente maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto, capaz de vivir en forma independiente y responder adaptativamente a los requerimientos del medio (Gaete, 2015). En esta etapa, se construyen virtudes que permiten ir configurando el estilo de funcionamiento de lo que el joven será en su etapa adulta (Dávila & León, 2019). A lo largo de esta etapa evolutiva se debe ir resolviendo dilemas ético-morales que provocan incertidumbres, y en donde no se cuenta con mucha experiencia. Debido a esta misma razón, los adolescentes son descritos y frecuentemente caricaturizados como impulsivos, arriesgados, egocéntricos y altamente susceptibles a la presión social (Soto et al., 2020a). Así, lo desafiante para el adolescente, consiste en ampliar su repertorio conductual para adaptarse al tránsito de normas y valores que se manifiesta al pasar de un mundo infantil a un mundo adulto y resolver las situaciones ambivalentes que desde el propio contexto se presentan al relacionarse con ellos, en esos dos planos de forma superpuesta.

2.3. Etapa evolutiva y desafíos identitarios

Como etapa evolutiva, la adolescencia contiene una serie de temas que se presentan de forma particular, atendiendo a características individuales, pero también a factores culturales que le asignan menor o mayor valor. Es imposible aplicar un esquema único de desarrollo psicosocial a todos los adolescentes, pues esta etapa constituye un proceso altamente variable

en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de las diversas personas (Gaete, 2015).

La formación de la identidad es la tarea fundamental del desarrollo de la adolescencia, el proceso de descubrir o construir la concepción de sí mismo, reviste un desafío primordial para el adolescente (Crocetti, 2018).

El adolescente logra la consolidación de identidad una vez que ha trabajado y explorado varias dimensiones del sí mismo, consiguiendo establecer parámetros que permiten diferenciarse de otros y, al mismo tiempo, asociarse con aquellos que presentan características con cierta valoración (Gaete, 2015). En este camino, el adolescente busca un referente (presente en el circuito más cercano o que aparezca dentro de lo cotidiano) que sea usado como ideal de acción y con el cual se establezca una suerte de comparación social por parte de los individuos, tanto de sus decisiones, compromisos o conductas (Albarello et al., 2018). Otro ámbito vinculado a la construcción de identidad es el entorno educativo, la influencia que generan compañeros y profesores, resulta relevante, pues es en ese espacio, en donde el adolescente pasa gran parte del tiempo y en donde se configuran los primeros grupos de referencia. Es común que los amigos y las personas significativas que aportan al proceso de construcción de identidad provengan del entorno escolar y se mantengan como referentes sociales, no solo en la construcción de identidad sino también en la definición de otras variables como el autoconcepto y la autoestima.

2.4. El autoconcepto y autoestima en los adolescentes

La autoestima es uno de los constructos más prolíficos en la práctica psicológica (Rentzsch et al., 2022) y ha estado tradicionalmente vinculado como parte del autoconcepto, así como la autoeficacia y la autoidentificación (Minev et al., 2018). Las distinciones de estos conceptos son poco claras en lo que respecta a determinar aspectos específicos de cada uno, por lo que pareciera no existir una frontera clara entre ellos (Hernández et al., 2018).

Ahora bien, a pesar de existir este conjunto de conceptos relacionados que apuntan a la conciencia y valoración del sí mismo, la autoestima es probablemente el término que acuña mayor consenso. Eso lo lleva a ser visualizado como un hito importante del desarrollo de la

persona y, al mismo tiempo, como uno de los objetivos a tener en cuenta en el sistema de apoyo al adolescente (Hernández et al., 2018).

Considerando lo anterior, la autoestima en el mundo adolescente recoge, en primer lugar, las experiencias cotidianas en todas las esferas donde emerge como un ser pensante y sintiente y, en segundo lugar, se retroalimenta de opiniones, comentarios y vivencias de las personas que lo rodean.

Hernández et al. (2018) afirma que las experiencias y opiniones que los demás muestran sobre nosotros, pueden ser todavía más importantes en la adolescencia, ya que en esta etapa aumenta la preocupación por los cambios que conlleva pasar de la niñez a la vida adulta. Además, en esta etapa, se muestra confusión en relación con su propia imagen y lo que los demás opinan y esperan; esta valoración expresada en forma positiva o negativa se retroalimenta de forma continua y modifica la percepción que se va construyendo sobre sí mismo.

Trabajar en autoestima requiere para el adolescente, avanzar en dos ejes relevantes, el autoconocimiento y la autoconciencia (Minev et al., 2018). Respecto del autoconocimiento, se debe construir una base de autoobservación que permita recoger información en forma de autoconceptos de dominio específico. Es importante explorar sus identidades emergentes en las distintas formas que fomentan la autonomía y la conexión con el entorno. La autoconciencia, en cambio, demanda indagar en procesos metacognitivos, que permiten identificar creencias y pensamientos que configuran la evaluación que se va construyendo de sí mismo (Pfeifer & Berkman, 2018).

En todos los escenarios, es importante, la exploración personal que permite identificar las características propias del individuo y la valoración cognitiva que el adolescente realiza de dichas características. Lo anterior, sumado a la contraposición o confirmación de la propia percepción con la imagen que proyecta en los otros, constituyen un insumo constante que dará dinamismo a la autoestima durante toda esta etapa e influirá en la presentación de otros indicadores psicológicos, principalmente de corte emocional.

2.5. Desarrollo y expresión emocional adolescente

El reconocimiento y expresión de las emociones en la etapa adolescente, requiere de un proceso preliminar que debería darse en la infancia y en donde se logra diferenciar las sensaciones y establecer una valoración cognitiva de las mismas. Esta acción es tradicionalmente mediada por los padres o figuras significativas, quienes asisten al niño en el proceso de identificación emocional, regulando incluso su expresión con otros. En la adolescencia en cambio, al producirse una mayor independencia de las figuras de cuidado y una revisión de creencias, pensamientos y conductas, se genera un marco de evaluación emocional que requiere un *feedback* del medio. Esta retroalimentación es respondida por amigos o compañeros que vivencian situaciones similares de desarraigo familiar y que van colaborando de forma recíproca para ajustar y autorregular la expresión de emociones (Silvers, 2022).

La congruencia entre las conductas y los “sentires” sería un factor protector para gestionar el bienestar emocional, establecer prioridades, enfrentar retos y orientar la conducta hacia estados emocionales deseados (Mónaco et al, 2019). La regulación emocional es una aliada importante para un desempeño exitoso del adolescente, para un buen ajuste social, alto rendimiento académico y relaciones favorables con los coetáneos (Dávila & León, 2019). Además, asegura que las acciones vinculadas a la expresión de relaciones de amor, propias del inicio de la vida en pareja, se presenten con menos confusión y mayor claridad (Villalobos, 2019).

2.6. La juventud o adolescencia tardía

Existe una importante discusión respecto del término de la adolescencia y el inicio del mundo adulto, a este tránsito se le ha denominado adolescencia tardía, juventud o adultez emergente. Gaete (2015) indica que, en esta etapa, la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos, la autoimagen depende más del propio joven que de sus pares, presenta intereses más estables, mayor conciencia de limitaciones y límites personales. Señala, además, que logra comenzar a tomar decisiones por sí mismo y se proyecta a mediano plazo, planificando acciones respecto de temas vocacionales, laborales y sociales de forma más aterrizada y realista. También, avanza hacia una idea de auto sustento, por lo que pone mayor atención a sus ingresos

y gastos, regulando acciones impulsivas respecto de este tema y de otros que le generan incomodidad, transitando hacia una mirada de la vida con mayor compromiso y responsabilidad.

En la juventud, aparecen más espacios para dialogar y discutir sobre temas de interés que, sin abandonar la singularidad de cada individuo, permiten aprender el respeto hacia otras personas, tomar decisiones de forma independiente y asumir responsablemente las consecuencias de dichas decisiones (Zuković, & Stojadinović, 2021). Este evidente desarrollo cognitivo, ligado a la obtención de un pensamiento más lógico y abstracto, ayuda a establecer hipótesis evaluando posibles respuestas y consecuencias, mejorando su capacidad de decisión y anticipación a problemas cotidianos.

El desarrollo social en la juventud se caracteriza por una pérdida del nivel de influencia del grupo de pares, debido a que los principios grupales son menos prioritarios en la medida que el individuo se siente más cómodo y seguro con sus propios valores e identidad. Los grupos de pares disminuyen en volumen y se establecen ciertas condiciones para ser parte de un nuevo grupo de referencia más cercano y selecto. Las relaciones con la familia tienden a mejorarse y al haber concluido el proceso de independencia y autonomía, se pueden restituir lazos de intimidad, restableciendo valores transversales dentro de un marco relacional menos verticalista. La relación padres-hijo se reconfigura, permitiendo acrecentar el desarrollo personal y familiar, con un clima de verdadero respeto y valoración de las diferencias (Gaete, 2015).

El mismo autor señala que el desarrollo no llega a su fin con el término de la adolescencia y que el joven que emerge de este proceso no es un «producto acabado». Los planos del desarrollo, así como sus tareas y desafíos, continúan en las siguientes etapas y si bien, los cambios que se presentan siguen siendo vertiginosos, en esta etapa tienden a ser más tranquilos y estables, los adultos jóvenes se verán enfrentados a nuevas tareas, cuyo logro dependerá en gran parte de la resolución saludable del proceso adolescente (Gaete, 2015).

2.7. La salud mental y conducta suicida en la adolescencia y juventud

Según la OMS (2013) la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades para afrontar las tensiones normales de la vida y logra trabajar de forma productiva y fructífera contribuyendo a su comunidad.

Según Hernández et al. (2018), la mayoría de los problemas de salud mental a los que se ven enfrentados los jóvenes están asociados a estados de ansiedad. Estos estados se producen por situaciones de bajo rendimiento o fracaso estudiantil y por dificultades de convivencia con sus pares. Una forma de colaborar en la disminución de estos estados ansiosos que influyen en la salud mental juvenil, según Bennetts et al. (2018), sería el establecimiento de interacciones menos violentas en el manejo de estereotipos o prejuicios por parte de sus familiares, amigos y compañeros(as) de clase, de modo que ocasionen menos trastornos progresivos en un tiempo determinado.

Estos cuadros de ansiedad y estrés pudiesen generar manifestaciones de corte afectivo o emocional que se asocian a conductas del tipo suicida u otras que vulneran el derecho a estar y sentirse bien. Es importante detectar conductas y factores que puedan atentar con la estabilidad emocional, garantizando así, el normal desenvolvimiento del adolescente y futuro adulto (Cuenca-Robles et al, 2020).

Tabla 4

Estimaciones combinadas de las tasas de mortalidad por suicidio por cada 100 000 personas por grupo de edad (10 a 19 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años) y sexo

Grupo		Estimación	95% CI	95% CI	I2	Q	p
			Inferior	Superior			
Todos	10 a 19 años	3.77	3,15	4,45	96,87.	1587,92	<.001
	10 a 14 años	0,93	0.57	1,36	91,75	512.72	<.001
	15 a 19 años	6.04	5.01	7,15	96,02	1173,68	<.001
Masculino	10 a 19 años	4.91	4.06	5,83	94,63	1.034,97	<.001
	10 a 14 años	0.76	0.32	1,33	87,79	349.65	<.001
	15 a 19 años	8.41	6,96	9,99	93,01	793.55	<.001
Femenino	10 a 19 años	1.99	1,45	2,61	93,92	673.83	<.001
	10 a 14 años	0,64	0.25	1,15	79,65	209.88	<.001
	15 a 19 años	2.98	2.06	4,03	92,95	511.46	<.001

Nota: Tomada de Glenn et al., 2020.

Existe un aumento de la prevalencia del suicidio durante la adolescencia, además de una escalada significativa de pensamientos y CS (Glenn et al.,2020). Este autor realiza un metaanálisis

en donde presenta las tasas mundiales de suicidio en adolescentes. La Tabla 4 muestra las tasas agrupadas de suicidio de adolescentes por grupo de edad y sexo. La tasa combinada de suicidios en todos los sexos, de 10 a 19 años, fue de 3,77 por 100.000, se aprecia una tasa más alta en el grupo de 15 a 19 años (6,04) y en hombres de 15 a 19 años (8,41).

Esta escalada se presenta entre el término de la educación secundaria y la educación universitaria, en donde el adolescente debe tomar decisiones para poder adaptarse al nuevo escenario en el que se encuentra. El mundo universitario, por ejemplo, ha sido ampliamente observado durante los últimos años puesto que, por un lado, se le asigna la responsabilidad de formar profesionales competentes y asertivos para un mundo cambiante y globalizado y, por otro, se le endosa el hacerse cargo de vacíos pedagógicos que pudieron presentarse en la extensa cadena del proceso de formación tradicional. Así, la vida universitaria demanda un alto nivel de compromiso para enfrentar las exigencias y requerimientos que desde este espacio surgen, elicitando situaciones de tensión o estrés (Akpınar et al., 2020), dando lugar a que las crisis de ansiedad y las manifestaciones depresivas sean frecuentes (Acosta et al., 2019). Esta tensión coloca al colectivo estudiantil en alta vulnerabilidad para el consumo de alcohol (García-Carretero et al., 2019) y el desarrollo de pensamientos y conductas suicidas (O'Neill et al., 2018).

El suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los estudiantes universitarios (Bornheimer et al., 2022; Mortier et al., 2018), además de ello, resulta preocupante ver la alta frecuencia en que jóvenes de distintas carreras evidencian cortes en sus brazos o piernas, reportan consumo indiscriminado de medicamentos o manifiestan una serie de expresiones de la conducta suicida. Un metaanálisis reciente desarrollado por Mortier et al. (2018) en el que revisó 634,662 casos, concluyó que uno de cada cuatro estudiantes universitarios experimenta ideación suicida.

Gunnell et al. (2020) realizó un estudio transversal entre los años 2000/2001 y 2016/2017 en una población de estudiantes universitarios en Inglaterra y Gales. Este estudio mostró que se produjeron 1330 muertes de estudiantes por suicidio en este periodo de tiempo, presentando una incidencia anual en 2015/16–2016/17 de 4,7 por 100 000 estudiantes. La incidencia fue mayor en hombres que en mujeres y entre estudiantes universitarios, frente a posgraduados.

Uchida y Uchida (2017) realizaron una investigación en 8.262.314 estudiantes japoneses para determinar la prevalencia en un rango de 23 años de las causas de muerte en este grupo etéreo. Los resultados de este estudio indicaron que las tasas de suicidio aumentaron a lo largo del tiempo medido y el suicidio fue la principal causa de muerte de todos los años, desde 1996 en adelante; en términos porcentuales, el suicidio representó el 42,4% de todas las muertes que ocurrieron en los 23 años.

Tarchi et al. (2021) da cuenta de un estudio realizado en la ciudad de Pavia, Italia, en donde registra los casos de suicidio de universitarios de la facultad de medicina matriculados en una universidad local y los comparó con la población general de la misma edad. Para el análisis recolectó datos del registro de suicidios desde el año 2014 y hasta el año 2019. La razón de probabilidad de suicidio en estudiantes de medicina, en comparación con la población general, fue de 14,58. La tasa estimada de suicidio en estudiantes universitarios excedió lo informado para la población general.

Estudios similares en estudiantes universitarios de China, indican una alta prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y trastornos de estrés post traumático, en las que una proporción considerable de estudiantes presentó IS e intentos de suicidio, los que aumentaron durante el brote de COVID-19 (Hou et al.,2020).

Echávarri et al. (2015) sistematiza información respecto de las tasas de suicidio adolescente en Chile entre los años 2005 y 2010, focaliza lo ocurrido en el año 2009, donde la tasa de suicidios en adolescentes de 10 a 19 años fue de 7 por 100.000 y proyecta que la tasa de suicidio siga en crecimiento hasta superar los 12 por cada 100.000 habitantes en la década del 2020. Un estudio más reciente, desarrollado por Araneda et al. (2021) en el periodo 2000 al 2017, con los datos proporcionados por los servicios de salud regionales que fueron enviados al departamento de Estadística del Ministerio de Salud de Chile, indicó que a nivel nacional se registraron 6292 muertes por suicidio en el grupo poblacional de adolescentes y jóvenes (10-24 años), de las cuales 2676 corresponden al grupo poblacional de adolescentes (10-19 años) y 3616 al grupo poblacional de jóvenes (20-24 años). El riesgo de cometer suicidio en jóvenes fue de 2,7 (IC95% [2,5-2,9]) veces el riesgo en adolescentes. En el grupo de 10-24 años, los hombres mostraron un mayor riesgo de mortalidad por suicidio que las mujeres; el riesgo de suicidio en

hombres es 3,5 (IC95% [3,3-3,7]) veces el riesgo en mujeres. Cabe mencionar que la tasa de suicidio que se produce en el rango entre 19-24 años alcanza el 14, 7 por cada 100000 personas, lo que supera proyecciones realizadas en años anteriores, donde se proyectaban relaciones de 9 en 100000.

Un estudio realizado en un centro comunitario de salud mental en el municipio de Santa Clara, en Cuba, durante el año 2015, señala seis causas que motivaron un intento suicida y que se asocian a frustraciones, necesidades básicas insatisfechas, imitación del grupo, depresión situacional, sentimientos auto reprimidos y conflictos familiares (Pérez-Abreu et al.,2018). En este mismo sentido, Ardiles-Irarrázabal et al. (2018) indica que el CS en adolescentes presenta múltiples causas interrelacionadas que pueden organizarse en dos categorías (1) predisposiciones internas, en donde se consideran factores biológicos correlacionados con impulsividad, agresividad, inestabilidad afectiva u otros trastornos afectivos y (2) condiciones externas, vinculadas a la vida cotidiana como la violencia social, relaciones tóxicas, discriminación, entre otras.

Congruente con esto son los estudios reportados por Cuenca-Robles et al. (2020) que indican que la mayoría de los problemas de salud mental de los jóvenes se asocian con acciones de impulsividad. Se canalizan sentimientos reprimidos, que ocasionan muertes de forma prematura, producto de accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades que pudieron ser abordadas con estrategias preventivas.

2.8. Factores de protección y riesgo de la conducta suicida juvenil

Los análisis de los factores de riesgo, de protección y de desarrollo que conducen a un intento de suicidio pueden mejorar nuestra comprensión de las conductas suicidas y apoyar los procesos comprensivos que llevan a observar la vida de adolescentes y adultos jóvenes, así como de estudiantes universitarios (Lew et al.,2021). Según Millner et al. (2020) un principio organizativo que puede poner orden en la larga lista de factores de riesgo implicados en los pensamientos y comportamientos suicidas, es trabajar a partir de la suposición de que el suicidio, resulta de la interacción dinámica de múltiples procesos evolutivamente adaptativos. Se

consideran, en este caso, manifestaciones interpersonales o intrapersonales y de cómo ellas influyen de menor o mayor forma en la presentación de conductas suicidas.

Existen ciertos eventos negativos que en algunas personas provocan una experiencia subjetiva de mayor dolor psicológico (tristeza, soledad, ansiedad, desesperanza) y han demostrado que las personas con pensamientos/comportamientos suicidas tienden a informar niveles más altos de esas experiencias; lo mismo ocurre respecto con las formas en que se maneja el estrés, la autoestima o valoración de sí mismo, la proyección de vida y la existencia de mecanismos de abordaje o alternativas de escape (Millner et al.,2020).

El metaanálisis de Mortier et al. (2018) encontró que de los estudiantes que experimentaron IS, la mayoría (65%) tuvo estos pensamientos en los doce meses anteriores a la evaluación y casi el 3% de los estudiantes señaló haber intentado suicidarse en los doce meses previos a la evaluación. En concordancia con este estudio, Liu et al. (2017) informó que los intentos de suicidio anteriores se han documentado como uno de los factores de riesgo más alto para otro intento de suicidio, existe un 20 % de intentos de suicidio que se presenta después de un intento de suicidio previo, lo que podría ser un antecedente relevante de atender a la hora de trabajar en la prevención de nuevos intentos de suicidio o de un suicidio consumado.

Probablemente los factores mencionados, podrían ser entendidos como un elemento protector o de riesgo, según la forma en que se ha manifestado en la experiencia del vivir y en la valoración que el adolescente ha realizado de dicha dimensión. La familia, por ejemplo, es un factor protector cuando opera de forma funcional en periodos claves del desarrollo humano (Barrios, 2018), pero podría ser también un factor de riesgo cuando presenta condiciones de disfuncionalidad o patrones de funcionamiento nocivos y desequilibrantes (Pupo-González et al., 2018).

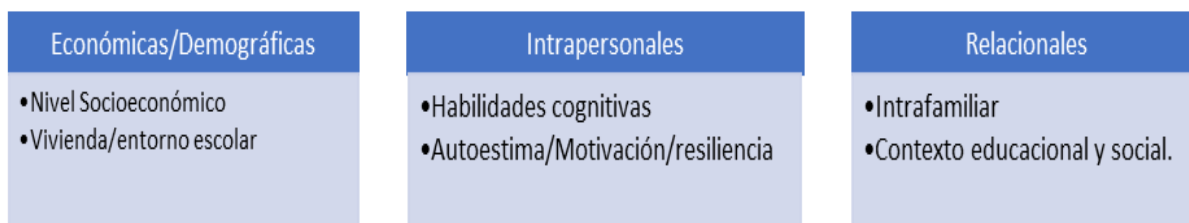
2.8.1. Factores protectores de la conducta suicida en jóvenes

Los factores protectores se entienden como las condiciones personales o contextuales que protegen la vida psíquica del individuo y le permiten afrontar crisis normativas o no normativas del desarrollo, así como otros factores emocionales o relacionales.

Tal como se señala en la figura 4, se podrán organizar los factores protectores en tres ámbitos distintos, en primer lugar, los factores demográficos y económicos que aseguran una vida relativamente estable, con necesidades básicas y de seguridad cubiertas y un entorno escolar que está en congruencia con las necesidades y características del individuo. Un segundo grupo, que integra las variables asociadas a factores personales e intrapersonales como la autoestima, motivación y resiliencia. Un tercer grupo, se refiere a la dimensión relacional y considera las interacciones familiares y las que se producen con amigos, compañeros, profesores y otras que se encuentren en su contexto mediato e inmediato. Esta clasificación permite dar cuenta de forma incipiente de factores protectores de la CS, aun cuando se podría profundizar en otras variables como por ejemplo las relacionadas con la cultura, religión o tradiciones específicas de grupos o comunidades que podrían incorporarse dentro de este análisis.

Figura 4

Factores protectores de la conducta suicida



Nota: elaboración propia

El desarrollo positivo de variables personales como la autoestima, la motivación o resiliencia apuntan a generar una creencia en donde aparece una sensación de autoeficacia. Esta sensación facilita el abordaje de situaciones negativas como, por ejemplo, la frustración y el fracaso, las que se consideran como experiencias transitorias, lo que facilita su superación.

2.8.2. Factores de riesgo de la conducta suicida en jóvenes

Existen ciertos indicadores que en función de cómo se presenten, podrían ser entendidos como factores protectores o de riesgo, por lo que si las condiciones asociadas a factores sociodemográficos, consolidación de variables cognitivas y afectivas, personales, familiares y

entornos educativos no cumplen las funciones esperables en cada caso, podrían transformarse en un factor de riesgo de la CS.

Otras características específicas que se conceptualizan como factores de riesgo son, la violencia y maltrato vivenciado por los adolescentes, así como los antecedentes de maltrato infantil, estas situaciones están a favor de las hipótesis que involucran este antecedente en la etiología de los trastornos psiquiátricos, especialmente en los correspondientes al espectro depresivo y a conductas suicidas (Soto et al.,2020b).

Además de la depresión, existen otros trastornos psiquiátricos altamente asociados al suicidio: por ejemplo, la esquizofrenia, el trastorno de personalidad límite, el trastorno bipolar y el trastorno por abuso de sustancias límite.

Para todos los cuadros psiquiátricos, el riesgo suicida aumenta: (a) si existe comorbilidad, especialmente con cuadros depresivos y/o abuso de alcohol u otras sustancias (el abuso de alcohol es tanto un factor de riesgo como un precipitante de CS); (b) ante las recaídas y el deterioro social y laboral como consecuencia de la enfermedad; y (c) si no se recibe el tratamiento adecuado o falla la adherencia al tratamiento (Echávarri et al, 2015).

Más específicamente, los síntomas de insomnio y las pesadillas se asociaron con una mayor probabilidad de presentar CS y la experiencia de pesadillas y la angustia de las pesadillas están asociadas con intentos de suicidio y autolesiones con y sin intención suicida (Russell et al.,2019).

Elov (2022) afirma que existiría una serie de factores que influyen en el desarrollo del comportamiento suicida: el sexo de una persona, la edad, el lugar de residencia, la ocupación, el estado civil, el estado de salud, siendo la causa un enjambre de razones más como, por ejemplo, la soledad, rupturas familiares, muerte de un ser querido, miedo al castigo, fracasos, enfermedades incurables, sentimiento de inutilidad, limitación de las capacidades físicas, entre otras. Millner et al. (2020) en cambio, señalaría que además de este enjambre de factores se debe poner atención al resultado de las relaciones e interacciones que podrían darse entre estos factores específicos.

Un estudio realizado sobre la prevalencia de la IS entre los estudiantes universitarios de la provincia de Jilin en China, mostró, principalmente, una asociación de la IS con el género, el

año de estudio y los gastos de manutención mensuales. Se identificaron como factores de riesgo, aspectos de la familia, la interacción social, los hábitos diarios y la salud mental; los factores familiares tuvieron efectos directos e indirectos sobre la IS y fueron los factores de riesgo más influyentes. Los síntomas depresivos fueron un factor mediador entre la interacción familiar, social o los hábitos cotidianos y ejercieron efectos directos sobre la IS (Wang et al.,2019).

El estudio de McLaughlin, y Gunnell (2021), realizado en el Reino Unido, reporta que los estudiantes que murieron por suicidio tenían más probabilidades de haber sido hombres, experimentando dificultades académicas como repetición de curso y suspensión de estudios, entre otras; lo que se asoció con un aumento del riesgo de 5 a 30 veces en comparación con otros estudiantes, lo que sitúa el género y el rendimiento académico, como factores de riesgo con mayor evidencia estadística en universitarios.

El estudio de Uchida y Uchida (2017) con estudiantes japoneses mostró que los estudiantes varones, los estudiantes de medicina, los estudiantes en el último año de su programa y los estudiantes que completaron años adicionales de educación o tomaron licencias académicas, tenían un mayor riesgo de suicidio.

2.9. Conclusiones

La adolescencia, adolescencia tardía y adultez joven es una macro etapa del desarrollo humano que concentra una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social, que lleva al individuo a estar demandado continuamente por el contexto. Para alcanzar los parámetros sociales que se esperan, el joven debe superar los procesos básicos de individuación, conformación de identidad, y autonomía, así como también el desarrollo óptimo de procesos de auto observación que facilitan la definición del autoconcepto y la posterior valoración y aceptación de sus características personales. Lo anterior permitirá sostener una autoestima que apoye los procesos de socialización y construcción de relaciones con pares y compañeros.

La alta demanda psicosocial que presenta esta etapa eleva los niveles de estrés que afectan la vida psíquica y, en ocasiones, pueden ocasionar problemas de salud mental que deriven hacia una conducta suicida. Datos internacionales y nacionales dan cuenta de cómo los casos de suicidio han ido en aumento en la población de estudio y de cómo existe una importante

influencia de factores de riesgo en la presentación de dicha conducta. La observancia de situaciones de estrés y alta carga emocional que viven los universitarios, desafía a la sociedad y a los estados a proponer acciones efectivas de prevención de la CS.

Por esta razón, los jóvenes se presentan como prioridad en las políticas de promoción y prevención en salud mental, a objeto de poder garantizar su desarrollo y bienestar, a través de las distintas comunidades donde emergen, ya sea a partir de la participación en actividades académicas, artísticas, recreativas, deportivas, ocupacionales, vocacionales, de servicio y religiosas, que no se ofrecen como acciones terapéuticas de manera explícita, sino que se articulan como iniciativas basadas en una comunidad que opera como un escenario privilegiado de intervención en promoción de la salud mental (Quintero-Jurado & Ossa-Henao, 2018).

Capítulo 3: Programas de prevención de la conducta suicida

3.1. Introducción

Al realizar una revisión de los programas existentes en torno al abordaje de la conducta suicida (CS), surge la reflexión respecto de si efectivamente la sugerencia de la OMS ha sido recogida por los países a la hora de definir planes de intervención de la conducta suicida y, si esto se ve reflejado en la existencia de programas específicos.

Resulta relevante recordar que los gobiernos dentro de su operación estratégica diseñan políticas, planes y programas (Fischer et al., 2002) que reciben presupuestación para poder transformarse en una acción concreta que beneficia a la ciudadanía. Una política es la intención expresada en un documento constitucional o en alguna ley específica que garantiza el trabajo en un ámbito determinado. Un plan consiste en una articulación de objetivos, metas y acciones que trazan el curso deseable y probable de la política en un sector predefinido y permiten jerarquizar las necesidades que se pretenden resolver, así como establecer instrumentos que sean efectivos a la hora de medir el alcance del plan y el logro de los objetivos inicialmente propuestos. Un programa, en tanto, ordena y vincula cronológica, espacial y técnicamente las acciones o actividades y los recursos necesarios para alcanzar en un tiempo dado una meta específica y un proyecto, la bajada en temas específicos y tiempos acotados que irán tributando a las metas propuestas, tanto en el programa como en el plan.

Existen una serie de declaraciones políticas que distintos gobiernos realizan respecto de la salud mental como eje estratégico de salud pública y dentro de dicha política aparecen planes y programas orientados a la conducta suicida. Según Campodónico (2018) existe en la actualidad una tendencia transversal a los gobiernos respecto de un abordaje de la salud mental que contemple los siguiente elementos: (a) centrar la atención en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo y no el de enfermedad mental, (b) romper el supuesto o representación de peligrosidad, (c) proponer formas ambulatorias o integradas a la sociedad de atención de las patologías psiquiátricas tradicionales, (d) trabajar sobre la producción social de padecimiento subjetivo en las esferas de la vida social, (e) abordaje comunitario en actividades de promoción

de la salud, (f) conceptualizar la práctica curativa y preventiva como derecho de la ciudadanía y (g) reconocer que la complejidad de la problemática implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Esta declaración da cuenta de la necesidad de políticas multisectoriales que aborden de manera multisistémica el fenómeno, integrando la perspectiva de los individuos, las familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, apuntando a estrategias de corte poblacional (Jiménez-Sola, et al.,2019). La idea es no dejar de lado las estrategias de control que limitan a las personas el acceder a métodos o herramientas potencialmente letales y, además, trabajar en la prevención de CS en personas que presentan algunos de los factores de riesgo ya conocidos.

Si bien es posible recoger esta intención de los gobiernos por abordar la problemática mundial de salud mental y suicidio, no es menos cierto que en muchos casos la asignación de presupuestos no prioriza la salud mental de la población o no desarrolla planes de prevención, por lo que se evidencian carencias y necesidades no cubiertas en esta materia, lo que conlleva a una sensación social de ineficacia de las políticas públicas en congruencia con un aumento considerable de los trastornos de salud mental y del número de suicidios.

Por esta razón, resulta relevante seguir investigando respecto de planes o programas relacionados, tanto con salud mental en términos globales, como con la CS o alguna manifestación específica de ella, que indique cómo se ha estado abordando el fenómeno durante este último tiempo en los lugares donde sí existe algo más de preocupación sobre el tema. La información específica de propuestas de intervención encontrada será profundizada en un próximo capítulo en que se mencionarán programas específicos de prevención de la conducta suicida que han publicado sus resultados, luego de realizar ensayos clínicos aleatorizados.

3.2. Políticas y programas de salud mental

La teoría y práctica de la salud mental, en gran parte ha surgido de tradiciones culturales e históricas de occidente en donde existe una particular forma de comprender al ser humano y su condición (Gopalkrishnan, 2018). Esto genera que necesariamente al analizar cualquier aspecto de la comprensión de la vida, como, por ejemplo, la salud psíquica, se consideren acuerdos científicos que se han presentado como respuesta a las complejidades del desarrollo

humano. Han existido esfuerzos liderados por la Organización Mundial de la Salud, para uniformar comprensiones respecto de salud mental y CS, que han servido como punto de partida.

Ortega y Wenceslau (2020) basados en una versión de “universalismo”, dan cuenta de la desafiante intención de construir una serie de medidas de intervención en salud mental que estén estandarizadas y con una favorable relación costo beneficio. Estas medidas tendrían la ventaja de ser intervenciones estandarizadas, universalmente replicables y, al mismo tiempo, posibles de financiar por los gobiernos. Esta idea de políticas “universales” respecto de esta materia contemplaría la priorización de la significatividad cultural de estas intervenciones, tema del que ha estado preocupado el Movimiento por la Salud Mental Global (MGMH) actualmente con unos 10.000 miembros individuales y 200 instituciones afiliadas.

En distintos continentes se han dado importantes pasos en la definición de políticas de salud mental y prevención de suicidio, aun cuando su implementación haya tenido dificultades, de todas formas, se dará cuenta, a continuación, de algunas experiencias específicas respecto de este punto.

En Asia, por ejemplo, los programas de prevención del suicidio adolescente son esenciales debido a la alta tasa de suicidios en la región (OMS, 2019). Existe el Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Japón, administrado por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar (2023) y tiene como propósito elevar la conciencia pública sobre el suicidio y prevenir la CS entre los adolescentes, por lo que ofrece servicios de apoyo y tratamiento para los jóvenes en riesgo de suicidio y sus familias, así como capacitación para profesionales de la salud mental y educadores. En Corea del Sur existe el Centro Nacional de Prevención del Suicidio que dispone de una serie de servicios orientados a la prevención de la IS y la CS en todas las edades, especialmente jóvenes; se realizan jornadas de capacitación y educación permanente, además de un programa de acompañamiento telefónico (National Suicide Prevention Center of Korea, 2022).

El gobierno chino (Xiao & Zhao, 2020) ha implementado un programa nacional de prevención del suicidio que se centra en la prevención del suicidio entre los adolescentes y jóvenes. El programa ofrece capacitación para profesionales de la salud mental y educación, así como programas de asesoramiento y tratamiento para personas en riesgo de suicidio.

La salud mental en el viejo continente ha tenido caminos distintos de desarrollo y no necesariamente puede ser ejemplo de otros países, respecto de esto Knapp et al. (2007) señala que Europa está formada por países heterogéneos con diversas historias, estilos de gobernanza y procesos políticos, lo que se ve reflejado en las necesidades de las personas que sufren problemas mentales, así como en las posibilidades de acceso a tratamiento y apoyo para mejorar su calidad de vida. Esto da cuenta de que la intención de avanzar hacia políticas universales respecto de planes o programas en salud mental resulta imposible por las particularidades de los más de 50 países miembros.

García (2014) señala que la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Unión Europea (DG-SANCO) como consecuencia del nuevo Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar, estableció cinco prioridades: depresión y suicidio, salud mental de los jóvenes, salud mental en el mundo laboral, salud mental en ancianos y lucha contra el estigma y exclusión social. El mismo autor indica que la Asociación Europea de Psiquiatría (EPA) desarrolló una guía dirigida a la prevención y tratamiento del comportamiento autolítico, que contempla: crisis suicida, diagnóstico, tratamiento, equipo de tratamiento, familia, soporte social, seguridad y formación de personal.

Los programas educativos de prevención realizados en Europa, Gotland Study en Noruega, Jämtland Study en Suecia, Kiskunhalas Study en Hungría, Nuremberg Alliance against Depression en Alemania y European Alliance against Depression, que incluye a varios países de Europa, están dirigidos a profesionales de atención primaria y consisten en programas de formación continuada para mejorar el reconocimiento y abordaje de los trastornos depresivos y así disminuir los comportamientos suicidas. Se analizaron las consecuencias a largo plazo (mayores a 3 años) de la implementación de estos programas y se observó un retorno de las tasas de suicidio a valores más bajos (García, 2014).

La oficina estadística de la Unión Europea lleva a cabo distintos registros de los estados miembros respecto del suicidio, una publicación correspondiente a los registros hasta el año 2015, indicaba que los países europeos con más muertes por suicidio eran Alemania, Francia, Polonia, Reino Unido, Italia y España (Eurostat, 2017).

Al considerar este registro, se mencionan algunas acciones que, principalmente los países mencionados en este estudio, desarrollan en salud mental y que podrían tributar directa e indirectamente a la prevención de suicidio.

En Alemania, Mueller-Stierlin et al. (2022) afirman que existe una sólida red para la salud mental (NWpG = Netzwerk psychische Gesundheit). Allí, se agrupa a los centros comunitarios de atención de salud mental no médicos que están habilitados para proporcionar paquetes de atención de salud mental multiprofesional que incluyen servicios médicos y psicosociales reembolsados por los seguros médicos oficiales alemanes. A pesar de esto, muchas personas ven afectada su salud mental, puesto que las medidas dispuestas por sí solas pueden ser insuficientes para proteger completamente a la población contra los efectos adversos de las recesiones en la salud mental (Avdic et al., 2021). Los planes alemanes, ponen énfasis en la alfabetización suicida con el objeto de capacitar a la población sobre como reconocer señales que pueden ser importantes a la hora de prevenir la conducta suicida (Ludwig et al.,2022).

En Francia, (Gandré et al.,2019; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022) señalan que el fondo francés SHI, en asociación con el Ministerio de Salud, tiene como objetivo mejorar el tratamiento psicológico de los problemas de salud mental de leves a moderados, si bien pueden variar en severidad y frecuencia, corresponden a aquellos en los que una persona tiene una pequeña cantidad de síntomas que tienen un efecto bastante limitado en su vida diaria. El sistema público de salud mental está particularmente centrado en el hospital y se preocupa en gran medida del tratamiento de trastornos graves , mientras que trastornos como depresión, trastornos de ansiedad general o trastornos de adaptación, suelen ser manejados por médicos generales, quienes pueden recomendar psicoterapia como tratamiento de primera línea, sobretodo a personas que presentan ideación suicida, ya sea proporcionado directamente por médicos de cabecera o mediante la derivación de pacientes a un psiquiatra o psicólogo. El Plan Nacional de Prevención del Suicidio francés, apunta a la prevención de suicidios en jóvenes y personas mayores, focalizándose en la detección temprana de los problemas de salud mental y en el acceso a los servicios de salud para las personas en riesgo de suicidio.

En Polonia, la atención primaria es el primer punto de contacto con el Sistema de Salud, quién facilita el enlace entre el paciente y el resto de los niveles asistenciales. El médico de

primaria es quien deriva al paciente a atención especializada. Esta asistencia comprende tratamiento ambulatorio y visitas domiciliarias en caso del mal estado de salud del paciente. El Ministerio de Salud polaco (Stańdo et al.,2022) cuenta con programas de salud mental en donde destaca "Di lo que sientes. Desenmascara tus emociones" campaña social del Ministerio de Salud, cuyo objetivo es llamar la atención sobre los problemas de salud mental, incluido conductas suicidas de niños y adolescentes. La campaña promueve un teléfono de atención gratuita. Los niños y adolescentes pueden contactarse con una oficina especializada llamada "Defensor del niño".

En Reino Unido, Woelbert et al. (2019), informan que el Departamento de Salud (DoH) y Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (NHS) además de los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes (CAHMS) suelen operar como equipos multidisciplinarios que trabajan con otras agencias, según sea necesario. Por ejemplo, los especialistas de CAHMS pueden trabajar de forma coordinada con profesionales de la educación y la atención social para proporcionar un enfoque colaborativo para satisfacer las necesidades de salud mental de niños y adolescentes (O'Reilly, et al.,2018). Sin embargo, no se dispone de un sistema de categorización completo para la investigación en salud mental y, por lo tanto, los datos nacionales e internacionales sobre la financiación de la investigación en salud mental son mínimos y no comparables. Algunos programas reconocidos son Connecting for Life (después de Reach Out) y Every Life Matters (después de Choose Life) (Platt et al.,2019).

En Italia, Wang y Fattore (2020) indican que los servicios de salud mental son ofrecidos por el Servicio Nacional de Salud Italiano (INHS) quien posee una red de servicios hospitalarios gratuitos y servicios ambulatorios que contemplan copago, pero con exención de personas por razones económicas, de edad o por una condición crónica específica. Se manifiesta la intención de ejecutar programas de prevención de suicidio dentro de su territorio, por ejemplo, en el proyecto llamado "Re-dame confianza", las participantes imaginan un intercambio y comunicación entre mujeres jóvenes que son víctimas de abuso sexual y personas mayores que viven en hogares infantiles como una forma de reintroducir a estas mujeres jóvenes en sus comunidades (Testoni et al.,2021).

En Finlandia, el Ministerio de Asuntos Sociales y de Salud (2022) propone un Programa Nacional de Prevención del Suicidio que se centra en la prevención del suicidio a través de una estrategia de tres niveles. El primer nivel considera la prevención universal, proporcionando información sobre el suicidio y la promoción de la salud mental en la población general a través de medios de comunicación. El segundo nivel se centra en la prevención selectiva, identificando y proporcionando apoyo a las personas en riesgo de suicidio. El tercer nivel se centra en la prevención indicada, proporcionando tratamiento y apoyo a las personas que han intentado suicidarse.

En España, por ejemplo, Fraguas et al. (2021) declara la existencia de una ley de sanidad que propone un modelo de atención universal, integral, equitativo, de base poblacional, enfocado en la promoción y la prevención de salud. Con respecto a la salud mental, se trabaja en un sistema de atención comunitaria, contemplando la necesidad de estructuras intermedias para una asistencia integral coordinada con los servicios sociales (Salvador-Carulla et al.,2020). Es prioridad trabajar la salud mental de la población y, al mismo tiempo, humanizar la forma en que se desarrolla esta tarea. Es así como más del 80% de las comunidades autónomas tienen planes vigentes de salud mental que incorporan acciones como mejorar la calidad de atención, luchar contra el estigma y la discriminación, promover la participación de los usuarios y cuidar a las personas especialmente vulnerables. Tal como indica Blanco (2020) en España aún no se cuenta con un plan nacional de suicidio a pesar de varios esfuerzos políticos, pero desde la sociedad civil se están empezando a crear organizaciones orientadas a la agrupación de profesionales y al conocimiento y la difusión del problema del suicidio. Han surgido la Asociación para la Investigación, Prevención e Intervención en Suicidio (AIPIS), la Fundación Salud Mental España, la Sociedad Española de Suicidología y la Asociación Vasca de Suicidología (AIDATU), entre otras.

Finalmente, es posible señalar que la UE financió una serie de proyectos orientados a prevenir el suicidio que apuntan a mejorar la comprensión del riesgo de suicidio y desarrollar bases de pruebas de lo que funciona para prevenir el suicidio. Los ejemplos incluyen la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD), Salvando y Empoderando Vidas Jóvenes en Europa (SEYLE), Prevención del Suicidio a través de Internet y la Promoción de la Salud Mental Basada en los

Medios (SUPREME) y Reducción de Suicidios e Intrusiones en Propiedad Ferroviaria (RESTRAIL) (Pompili et al.,2020)

Por otra parte, Platt et al. (2019) hace referencia que, en 1996, las Naciones Unidas (ONU) publicó Prevención del Suicidio: Directrices para la Formulación e Implementación de Estrategias Nacionales, este documento fue desarrollado por expertos internacionales y estableció un marco coherente para que los países desarrollaran sus propias estrategias para la prevención del suicidio.

En Norteamérica y América Latina existen declaraciones similares a las europeas en lo que respecta a la forma de abordaje de los trastornos de salud mental y la conducta suicida, así como las preocupaciones respecto de recursos o financiamiento para la atención de la población. Es así como en Estados Unidos la salud mental se ha convertido cada vez más en un foco de atención de la salud pública, sin embargo, los esfuerzos de vigilancia con respecto a la salud y los trastornos mentales han enfrentado una serie de dificultades, incluida la falta de oportunidad, disponibilidad limitada de fuentes de datos demográficos estatales y falta de medidas que sean consistentes e incluyan un conjunto completo de trastornos específicos. Además, se visibiliza un problema importante respecto del enfoque económico que ha tenido la salud, puesto que debido a los fines de lucro que muchas instituciones tienen, se ha producido un acceso deficiente a la atención de la salud mental y a la medicalización de la angustia emocional (Zeira, 2022).

Stone et al. (2021) señala que, en EEUU, luego de trece años, se ha producido una baja de 2,1% en la tasa de suicidio en el periodo 2018 a 2019, además de una alentadora disminución de los suicidios efectuados con armas de fuego. Las investigaciones han demostrado que la prevención del suicidio debe enfocarse en la constelación de factores asociados, que incluyen enfermedades mentales, abuso de sustancias, alto conflicto o relaciones violentas, aislamiento social, problemas laborales y financieros, falta de conexión con la comunidad, barreras para la atención relacionada con el suicidio y acceso a medios letales entre personas en riesgo.

En otros países de América se presentan preocupaciones similares, en Cuba, por ejemplo, la salud, es considerada un derecho humano fundamental y está protegida constitucionalmente. La salud mental se basa en un enfoque transdisciplinario, en el que los profesionales de los

distintos equipos pueden trascender a sus roles para comprender la imagen completa del paciente y diseñar planes de tratamiento que sean personalizados. En este sentido, se brinda una atención integral centrada en la persona, proporcionada a través de un continuo de prevención, promoción y tratamiento de la salud que se coordina entre las disciplinas de la salud e incluye la participación de la comunidad (Linz & Lorenzo-Ruiz, 2021).

Los Ministerios de Salud y Educación de Cuba han establecido prioridades para elevar la calidad de vida de los adolescentes favoreciendo la prevención educativa como un principio fundamental. De esta forma se abordan tempranamente los problemas sociales y personales que entorpecen el normal desarrollo de la personalidad de los adolescentes, especialmente la prevención de la conducta suicida (Cera et al.,2022).

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social es el encargado de establecer las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental y el suicidio. Este ministerio garantiza el acceso, implementación y cumplimiento para todos en el territorio nacional, mientras la Ley 1616 de 2013, asegura el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de la población, priorizando niños, niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental y el suicidio. La atención integral e integrada en salud mental es prioridad para el sistema general de seguridad social en salud, que tiene un enfoque en calidad de vida y estrategias diferenciadas de acuerdo con las etapas del ciclo vital para el trabajo de la atención primaria (Castaño-Pulgarín & Betancur-Betancur, 2019).

La salud mental brasileña, así como sus agentes sanitarios, hacen pocas referencias y apenas dialogan con la agenda de Salud Mental Global. (Ortega & Wenceslau, 2020). Su cultura y forma de gobierno han optado por trabajar desde un paradigma de atención psicosocial que es considerada un giro epistemológico en el campo de la salud mental. El sufrimiento humano, se aborda desde un marco comprensivo complejo, que cuestiona al ser humano como parte de una dinámica psicosocial en la que las etiquetas de normalidad y cordura quedan suspendidas, al margen o entre paréntesis, mediante la exploración de los intereses y mecanismos sociales y biopolíticos que producen esas etiquetas. Este cambio de modelo se operacionaliza en el trabajo que realizan los servicios de atención de salud mental, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS,

Centros de Atenção Psicosocial) y los asilos a la atención comunitaria de salud mental (Ortega & Wenceslau, 2020) donde se aborda la prevención de la conducta suicida.

La Argentina trabaja profusamente la salud mental de la población y ha ido actualizando sus políticas de atención y abordaje. En relación con la conducta suicida, suscribió la consideración del suicidio como problema de salud pública, adoptando la tónica de los organismos internacionales, a través de la Ley 27.130/2015 y mantiene una interpretación epidemiológica predominante, lo que implica una mirada anclada en factores de riesgo, desencadenantes y protectores, como en las clásicas distinciones entre los niveles de atención sanitaria (Krmpotic & Barrón, 2021).

En Chile, el ministerio de salud ha diseñado un Plan Nacional de Salud Mental, del que se ha dado cuenta en capítulos anteriores y en donde diferencia, el trabajo en atención primaria encargada de acciones de prevención y promoción y la atención hospitalaria, donde se abordan patologías más complejas y profundas. En lo específico, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio propuesto por el Ministerio de Salud en Chile (Minsal, 2019) incorpora la multicausalidad del fenómeno y se plantea desde un enfoque comunitario, que orienta los recursos al ambiente en que las personas se desenvuelven, considerando las diferentes dimensiones humanas involucradas, promoviendo la coordinación intersectorial con el objeto de aunar los esfuerzos de los distintos estamentos y niveles, logrando así mayor eficiencia. Este mismo plan incorpora protocolos específicos a desarrollar en prevención de suicidio.

Platt et al. (2019) indica que en países donde aún no se han llevado a cabo actividades de prevención del suicidio, el énfasis está en la acción y desde la OMS (2014) se aconseja a estos países que busquen a las partes interesadas y desarrollen actividades de manera oportuna donde haya mayor necesidad o donde ya existan recursos. *Preventing Suicide: A Community Engagement Toolkit* (OMS, 2018) ofrece apoyo práctico al entregar una guía paso a paso para el inicio de actividades de prevención del suicidio a nivel comunitario. Se indica en este documento un proceso de participación comunitaria, en donde distintos agentes pueden trabajar juntos para identificar, priorizar e implementar actividades que son importantes y apropiadas a su contexto local y que pueden influir y dar forma a políticas y servicios a nivel local y nacional (OMS,2018)

3.3. Programas de prevención de la conducta suicida juvenil

Existen una serie de programas orientados a prevenir la conducta suicida, cada país en congruencia con sus políticas de estado asociadas a la salud mental ha desarrollado acciones tendientes a la prevención del suicidio, a través de redes de atención primaria y hospitalaria. Ahora bien, además de estas acciones que surgen de manos del estado, existen agrupaciones no gubernamentales que han diseñado programas de prevención de la conducta suicida que se han venido desarrollando a través del tiempo. En este apartado, se presentan algunos programas de prevención sin distinción de tipo, eficacia o seguimiento, de los cuales existe información electrónica disponible.

1.-**Gatekeepers o guardianes** (Tsong et al., 2019; Lipson et al., 2014) fue creado en Estados Unidos, su objetivo es educar a la comunidad estudiantil sobre las señales de suicidio y preparar a agentes de la comunidad con habilidades básicas para contener a una persona en riesgo y proporcionar referencias a los servicios de salud mental apropiados. Un guardián (gatekeepers) es cualquier persona de la comunidad estudiantil que esté en condiciones de reconocer una crisis y/o señales de advertencia de que alguien puede estar contemplando el suicidio. Una de las estrategias de Gatekeepers (GTK) más utilizada es “Preguntar, persuadir y recomendar” (QPR sigla de acuerdo con sus palabras en inglés) y enseña a los participantes cómo "preguntar", “persuadir” y “referir” a alguien que muestre signos de advertencia de suicidio. Se contemplan 8 sesiones de preparación y se utiliza principalmente en instituciones educativas en donde se prepara a estudiantes de cursos avanzados o profesionales que asumen este rol. Actualmente según datos de OPS (2021) se utiliza este programa en varios países reportando iniciativas de Australia y Canadá. Se sugiere que los GKT pueden no estar logrando plenamente sus objetivos finales. El conocimiento autoinformado y la autoeficacia parecen insuficientes para promover comportamientos de intervención entre los guardianes que ayuden a buscar el bienestar en las comunidades estudiantiles. Es posible que sea necesario revisar los GKT y considerar estrategias completamente nuevas. La debilidad general de los resultados sugiere que podrían ser necesarios nuevos modelos de GKT. Los alumnos pueden necesitar un proceso de aprendizaje más sostenido,

con oportunidades repetidas para practicar habilidades y discutir experiencias de control de acceso.

2.- **Signs of Suicide (SOS)** (Aseltine et al., 2007. Aseltine & DeMartino, 2004) fue desarrollado en EEUU. Su objetivo es brindar educación sobre el suicidio y disminuir los intentos de suicidio auto informados, brindando oportunidades para buscar ayuda e identificar a los jóvenes en riesgo. Incorpora 2 estrategias prominentes de prevención del suicidio en un solo programa, combinando planes de estudio para crear conciencia sobre el suicidio, estrategias metodológicas atractivas y experiencias que ayudan a sensibilizar a las personas en la temática. Entre sus materiales se encuentra una serie de juegos didácticos, láminas y sugerencias de dramatizaciones en donde es posible apreciar signos de suicidio y depresión, además de formas recomendadas de reaccionar ante alguien deprimido y suicida, a lo que suma un set de entrevistas con personas reales, cuyas vidas han sido afectadas por el suicidio. Se concentra en la evaluación de la depresión y otros factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida. Actualmente se aplica en la Universidad de Salem y en escuelas intermedias de EE. UU. El programa de prevención del suicidio SOS ha tenido un impacto sustancial a corto plazo en las actitudes y comportamientos de los jóvenes en edad de escuela secundaria en entornos de alto riesgo, al reducir significativamente las tasas de intentos de suicidio autoinformados en los 3 meses posteriores a la exposición al programa, SOS parece haber tenido un impacto sustancial en el objetivo final de los programas de prevención del suicidio. También se demostró la eficacia para aumentar el conocimiento de los estudiantes y promover actitudes más adaptativas hacia la depresión y el suicidio y un análisis posterior, destacó la importancia de estas variables para explicar potencialmente los efectos beneficiosos del programa SOS en los intentos de suicidio autoinformados. SOS es el primer programa de prevención del suicidio implementado en las escuelas que demuestra reducciones significativas en los intentos de suicidio autoinformados.

3.- **Motivational Interview-Enhanced Safety Plan (MI-SP)** y **Motivational interview-enhanced safety planning (MI-SafeCope)** (Czyz, et al., 2021) fue creado en la Universidad de Michigan, EEUU y contempla la capacitación de monitores para aumentar la motivación de los

adolescentes que presentan conducta suicida para adherirse a un plan de seguridad y afrontamiento, resolver la ambivalencia y apoyar la autoeficacia después del alta. El MI-SP presenta un plan de seguridad durante la hospitalización y, posterior a ella, se realiza un seguimiento a través de llamadas. El MI-SafeCope adiciona a lo anterior, un sistema de mensajería de texto después del alta durante un periodo de cuatro semanas. Actualmente se aplica en el Departamento de Psiquiatría y Psicología de la Universidad de Michigan y en algunas escuelas vinculadas a la Universidad. Los resultados sugieren que el aumento de MI-SP entregados durante la hospitalización con textos posteriores al alta tuvo un impacto prometedor en los mecanismos de acción hipotetizados (uso del plan de seguridad, autoeficacia, afrontamiento mediante la búsqueda de apoyo), al igual que proporcionar llamadas de refuerzo, independientemente de si el MI-SP inicial fue acompañado o no de textos. Además, los resultados insinuaron el beneficio potencial de MI-SP con textos sobre el comportamiento suicida 3 meses después del alta y las llamadas de refuerzo, parecían haber beneficiado adicionalmente a los inicialmente asignados a este grupo.

4.- European Alliance Against Depression (Gavilondo, 2020). Programa desarrollado en Alemania e implementado en más de 100 regiones de Europa en donde se han realizado ajustes y adecuaciones para ejecutarlo. El programa incorpora una campaña de sensibilización ciudadana, formación de agentes sociales y profesionales sanitarios, e intervención educativa con familiares y pacientes. El programa consiste en el desarrollo de un enfoque de cuatro niveles; el primer nivel, atención primaria y de salud mental; segundo nivel, atención de público general en la comunidad; tercer nivel, facilitadores comunitarios, guardianes y partes interesadas y el cuarto nivel, pacientes, grupos de alto riesgo y familiares. Se aplica en 20 capítulos nacionales y 12 miembros asociados en Europa, Australia, Canadá y América del Sur. Una primera evaluación de su aplicación en Nuremberg hizo reducciones en la conducta suicida de hasta el 24% a lo largo de 2 años. El programa se aplicó también en Barcelona y Sabadell y tuvo un impacto positivo en las tasas de reintento de suicidio e ingreso psiquiátrico de pacientes de riesgo.

5.- **Survivors of Suicide Attempts (SOSA)** (Hom et al., 2018; Stanley et al., 2019) Fue desarrollado en EEUU y contempla la conformación de grupos cerrados de jóvenes que presentan alto riesgo suicida con quienes se realiza un trabajo sistemático de apoyo. Enfatiza la conversación impulsada por los compañeros, el intercambio de información y la psicoeducación, así como las necesidades emocionales y prácticas de los miembros. Considera a lo menos reuniones semanales durante dos meses con seguimientos posteriores. Se aplica desde el Servicio de Salud Mental Didi Hirsch en Los Angeles, EE. UU., y ha tenido resultados positivos en la disminución de riesgo suicida.

6.- **Youth Aware of Mental Health (YAM)** (Kahn et al., 2020; McGillivray et al., 2021) Fue creado en Suecia por Mental Health in Mind International AB (MHIM) y Karolinska Institutet Innovations AB. Se desarrolla en jóvenes y tiene el objetivo de capacitar a sus asistentes en las temáticas de la CS, sembrando ideas y nociones de afrontamiento y abordaje. Se brinda información sobre factores de riesgo y prevención del suicidio, conocimientos acerca de la depresión y la ansiedad e información de cómo afrontar eventos adversos de la vida, estrés y comportamientos suicidas. Utiliza una estrategia metodológica dinámica y participativa contemplando juegos de roles y debates interactivos, centrados en dilemas cotidianos, estrés, crisis, depresión y tendencias suicidas. Es un programa universal, consta de tres horas de sesiones de role-playing con talleres interactivos, un folleto, seis pósteres educativos y dos conferencias interactivas al comienzo y al final de la intervención. Es financiado por la UE y se realiza en al menos 10 países de dicha comunidad. Actualmente hay sitios YAM activos en Australia, Alemania, India, Noruega, el Reino Unido y los Estados Unidos. YAM también se ha realizado en Austria, Estonia, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, Rumania, Eslovenia y España. Estudios realizados en Australia han reportado que la ideación suicida se redujo significativamente y los hallazgos actuales proporcionan evidencia preliminar de que el programa YAM es una intervención preventiva prometedora para las escuelas australianas, particularmente para reducir la ideación suicida, la depresión y aumentar las intenciones de búsqueda de ayuda en los jóvenes. La implementación de YAM en un gran número de escuelas demuestra la viabilidad y aceptabilidad por parte de las escuelas de implementar este programa a escala.

7.- **As Safe as Possible (ASAP)** (Kennard et al., 2018) Es un programa de Estados Unidos que trabaja la psicoeducación y activación de recursos personales, centrada en la regulación de las emociones y la planificación de la seguridad. Consiste en un trabajo intenso realizado por profesionales impartido en la unidad de hospitalización y luego del alta, se realiza un seguimiento telefónico durante una o dos semanas para chequear el uso del plan de seguridad y el cumplimiento de las recomendaciones entregadas. Dura aproximadamente tres intervenciones y se aplica desde el Departamento de Psiquiatría, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas; el Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center; Children's Health Medical Center, Dallas; el Departamento de Estadística de la Universidad de Pittsburgh; y Florida International University, Miami. La intervención ASAP se aplica en los centros de salud en EEUU con un alto grado de satisfacción tanto con la intervención como con la aplicación y se muestra prometedor para reducir la incidencia de intentos de suicidio después del alta entre adolescentes hospitalizados por suicidio.

8.- **Teen Options for change (TOC)** (King, et al., 2015b) Programa desarrollado en EEUU, en los Departamentos de Psiquiatría y Psicología de la Universidad de Michigan. Es una intervención breve que usa el entorno de emergencia, en el que un adolescente, padre o tutor suele estar frente a una conducta suicida. Se trabaja a través de entrevistas motivacionales que permiten construir un plan de trabajo con tareas a corto plazo con el objeto de estimular la autorregulación y la autodeterminación. Se aplica en los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU. Estudios ejecutados por su autor muestran que adolescentes asignados al TOC mostraron mayores reducciones en la depresión, desesperanza e ideación suicida que los adolescentes asignados al grupo de comparación. El TOC puede ser una intervención breve y prometedora para los adolescentes que buscan servicios de emergencia y corren el riesgo de suicidio.

9.- **Youth-Nominated Support Team (YST I) y YST II** (King et al., 2006) Es un programa desarrollado en EEUU, que proporciona apoyo a través de personas que pueden ser adultos o adolescentes a quienes se prepara para abordar los problemas de salud mental, enfatizando que

los problemas pueden identificarse y tratarse con oportunidades de asistencia informal para la resolución de problemas. YST II actualiza los recursos de psicoeducación a actividades que son más significativas para jóvenes y adolescentes e incluye solo adultos como personas de apoyo. El YST es una intervención psicoeducativa de apoyo social para adolescentes con ideación o intento suicida después de una hospitalización psiquiátrica. Este apoyo es brindado por adultos nominados por los jóvenes y autorizados por padres o tutores, que son capacitados por especialistas sobre la psicopatología del adolescente, el plan de tratamiento y la forma específica de ayuda a cada joven asignado. La duración es de 6 meses (YST I) y tres meses (YST II). Actualmente se aplica en hospitales psiquiátricos de EEUU. Estudios presentados por King et al (2006) indican que YST puede estar asociado con trayectorias juveniles positivas y mortalidad reducida, demostrando ser una intervención segura, sin resultados negativos asociados durante un seguimiento de 12 meses.

10.- Assertive intervention for deliberate self-harm (AID) (Morthorst et al., 2012) Es un programa desarrollado en Dinamarca, cuyo objetivo es preparar a profesionales de la salud, especialmente enfermeras que ejecutan una intervención en crisis en casos de intento de suicidio, a través de un apoyo emocional, en una serie de sesiones que permiten realizar un abordaje flexible de problemas. Su principal estrategia es la gestión de casos a través de un alcance asertivo que proporciona una intervención en crisis y resolución flexible de problemas. Este enfoque incorpora apoyo motivacional y ayuda activamente a los pacientes a las citas programadas para mejorar la adherencia con el tratamiento posterior como un complemento al tratamiento estándar. La intervención considera de ocho a 20 consultas de extensión flexibles realizadas por enfermeras especializadas durante 6 meses, lo que se suma al tratamiento estándar. Actualmente se desarrolla como una intervención ambulatoria en el Hospital Universitario de Copenhague, Dinamarca. Estudios desarrollados han reportado datos positivos respecto de la eficacia del programa.

11.- Counselors (C-CARE) y Coping and Support Training (CAST)(Thompson et al., 2001) Programa desarrollado en EEUU que contempla la capacitación de adultos del sistema

educacional y/o familiar, para convertirles en agentes de apoyo emocional que acompañen a jóvenes que presentan ideación o riesgo suicida. El objetivo del programa es brindar empatía y apoyo a los jóvenes vinculándoles a través de las redes sociales con estos adultos que han sido capacitados. El programa de entrenamiento de afrontamiento y apoyo (CAST) imparte capacitación durante 12 semanas en habilidades para la vida, enfrentamiento de problemas, manejo de la ira, fortalecimiento de autoestima y habilidades para reconocer el progreso en los tratamientos. El programa C-CARE, incorpora una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo y de protección, seguida de una intervención breve diseñada para mejorar los recursos personales del joven y las conexiones de la red social con los padres y la escuela. La intervención suma la estrategia CAST con la estrategia C-CARE. Actualmente estos programas se aplican desde el Instituto Nacional de Investigación en Enfermería y Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington. De acuerdo a estudios realizados por Thompson et al. (2001) en población estadounidense, se evidencian tasas significativas de disminución en la actitud hacia el suicidio y la ideación suicida asociada con las intervenciones experimentales. C-CARE y CAST, en comparación con la atención habitual, también fueron efectivos para reducir la depresión y la desesperanza. Entre las mujeres, las reducciones en la ansiedad y la ira fueron mayores en respuesta a los programas experimentales. CAST fue más eficaz para mejorar y mantener el control personal y el afrontamiento de la resolución de problemas para hombres y mujeres. Los enfoques de prevención indicados basados en la escuela son factibles y efectivos para reducir los comportamientos suicidas y la angustia emocional relacionada y para mejorar los factores de protección

12.- **Saving and Empowering Young Lives in Europe** (SEYLE) (Wasserman et al., 2010; Wasserman et al., 2015) El proyecto SEYLE, está financiado por la Unión Europea en el marco del Séptimo Programa Marco de Salud, es una iniciativa europea que busca evaluar la eficacia de tres intervenciones sobre la conducta suicida: entrenamiento a gatekeepers, psicoeducación, y screening por parte de profesionales. Cada país realiza tres intervenciones activas y una intervención mínima como grupo de control. Las intervenciones activas incluyen la capacitación de guardianes, la capacitación de concientización sobre la promoción de la salud mental para

adolescentes y la detección de adolescentes en riesgo por parte de profesionales de la salud. Luego de la derivación al programa, se interviene en abordar seis temáticas relacionadas con el suicidio, las que se realizan junto con sesiones de juego de roles, en cinco sesiones de una hora, durante 4 semanas de duración. Se ha aplicado en diversas escuelas de Austria, Estonia, Francia, Alemania, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Rumania, Eslovenia y España, con Suecia como centro de coordinación científica. La fortaleza de SEYLE, en comparación con otros programas escolares de prevención y promoción de la salud, es la derivación activa de todos los casos de emergencia a profesionales psicólogos y psiquiatras que son valorados por los estudiantes que presentan alto riesgo.

13.- Yellow Ribbon Suicide Prevention Programme (YRSP) (Schmidt et al.,2015)
Programa desarrollado en EE.UU., cuyo objetivo es prevenir el suicidio de los jóvenes a través de empoderar a las personas y las comunidades por medio del liderazgo, la conciencia y la educación, además de reducir el estigma y los prejuicios asociados con el suicidio. Ofrece dos fórmulas de trabajo: “¡Ask 4 Help! Prevención del suicidio para la juventud y ¡Sé un enlace! entrenamiento para el personal de prevención de suicidios”. El programa ¡Ask 4 Help! incluye una serie de actividades que entregan a los estudiantes conocimientos sobre las conductas de búsqueda de ayuda, a través del uso de la tarjeta de prevención del suicidio de Yellow Ribbon, que proporciona tres pasos para que sigan en caso de crisis, así como una lista de líneas telefónicas de crisis. Se les proporciona a los estudiantes los conocimientos necesarios para aumentar los comportamientos de búsqueda de ayuda para sí mismos o en nombre de otros estudiantes mediante el uso de la Tarjeta de Prevención del Suicidio, así como acceso inmediato a una lista de números de teléfono de ayuda de las líneas directas nacionales. Actualmente se aplica en EE.UU. especialmente en colegios del estado de Maryland. Según el autor, la aplicación del programa ha dado lugar a cambios positivos en el conocimiento y el comportamiento de los jóvenes que buscan ayuda en nombre de sus compañeros.

14.- Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS)(Tejedor et al., 2011)
Programa desarrollado en España en el marco de la European Alliance Against Depression (EAAD).

Consiste en el desarrollo de cuatro fases : (a) creación de un equipo multidisciplinar para articular niveles asistenciales y dispositivos sociales en los que se debía asentar el PPCS, (b) elaboración de un programa de información, educación y sensibilización, dirigido a los profesionales sanitarios y trabajadores sociales a través, de sesiones informativas, (c) asistencia de los pacientes con ideación o conducta suicida y (d) seguimiento, que evalúa a los pacientes a través de entrevistas protocolizadas presenciales o telefónicas a los seis y doce meses. La tercera fase se destina a la asistencia de los pacientes con ideación o conducta suicida, los cuales acceden al programa desde los servicios de urgencias de psiquiatría, desde atención de salud primaria o interconsulta hospitalaria. La atención se inicia en un plazo máximo de 48 horas y, tras una evaluación psiquiátrica, se diseñaba un plan terapéutico individualizado y coordinado por un psiquiatra de referencia. Estudios realizados por los autores han reportado menores recaídas en la conducta suicida, reducción de las hospitalizaciones, mayor tiempo hasta la repetición del intento y menor número de repeticiones a los 12 meses. Este programa español ha sido, uno de los mayores hitos en la prevención del suicidio por la solidez de su diseño, el desarrollo de materiales, los resultados obtenidos y su divulgación.

15.- Programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC). (Jiménez-Sola et al., 2019) Programa desarrollado en España que se aplica desde el año 2012 en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid, incluye la garantía de una cita en un recurso de salud mental ambulatorio. Proporciona un recurso de salud mental ambulatorio en un máximo de 7 días para los pacientes atendidos en un servicio hospitalario o de urgencias. 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. Se realiza una atención prioritaria y especializada, potenciando el contacto con los profesionales de salud mental a lo largo de los primeros días posteriores al intento.

16.- Intervención Intensiva en Conducta Suicida (PII). (Reijas et al., 2013; Espandian et al., 2020) Es un programa desarrollado en España, de corte asistencial y preventivo de la conducta suicida, su principal propósito es intervenir en personas con conducta suicida 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 respectivamente. Se propone entregar una intervención terapéutica en el menor tiempo posible. El periodo de intervención dura 6 meses, con una consulta de seguimiento al año del inicio del programa. Desde la solicitud de cita en la unidad hasta la primera valoración, el periodo de espera no puede superar los 15 días. Los métodos empleados en el IS (intento suicida) han demostrado tener un importante valor predictivo.

17.- **LifeApp'tite** (O'Toole et al., 2019) Creado en Dinamarca, es un programa que funciona a través de una aplicación que opera como forma de interacción con potenciales jóvenes suicidas, contiene funcionalidades alineadas con el contenido de la terapia, asegurando un acceso rápido a una serie de herramientas importantes (por ejemplo, plan de seguridad) y diseñado para servir como una guía de apoyo a través de psicoeducación adicional y diversos métodos terapéuticos (por ejemplo, resolución de problemas). Considera la cercanía que los jóvenes tienen con la tecnología y los teléfonos inteligentes proporcionando ayuda a través de una herramienta amigable, que proporciona una gran flexibilidad de uso y tiene el potencial de mejorar la adherencia al tratamiento. Se utiliza en el hospital Psiquiátrico Universitario de Dinamarca. Ha demostrado que el riesgo de suicidio y los síntomas de tendencia suicida disminuyeron después de una evaluación de 4 meses post-intervención, así mismo, se identificó que estos síntomas seguían mejorando y en algunos casos la ideación suicida desapareció.

18.- **“Hablemos de Todo”** (Krmptic & Barrón, 2021) Es un programa coordinado desde el Instituto Nacional de Juventudes de Argentina, está a cargo de un equipo de profesionales de distintas disciplinas que responden consultas de jóvenes de forma online. Existen varias plataformas digitales asociadas que acompañan la intervención como, por ejemplo,

@Hablemosdetodok. A través de estos recursos, el programa difunde información, educa y sostiene una interacción sincrónica con los jóvenes con objeto de prevenir conductas de tipo suicida. Este servicio realizado por profesionales rentados, en su mayoría psicólogos, es el que recibe consultas en forma directa de jóvenes con ideación suicida como también consultas institucionales gubernamentales y no-gubernamentales. El ingreso al sistema es anónimo y confidencial y los datos sólo pueden recopilarse una vez que se logra el consentimiento de quien llama. El servicio de asistencia on-line vía chat analizado, permite reconocer que la interpretación del intento de suicidio o el relato en torno a la ideación, debe ser tomado como un pedido de ayuda, de reconocimiento y escucha, bajo la amenaza de muerte latente. En este sentido, el servicio brindado por los operadores del programa adquiere un valor simbólico importante para los/as jóvenes que pueden encontrar alguien dispuesto a escucharlos. La posibilidad de escucha y la expectativa de recibir ayuda son fundamentales en momentos de crisis, lo que obliga a evaluar los métodos, y en particular, el uso de las tecnologías de la información en la atención del suicidio. Sin duda, la problemática requiere una asistencia especializada y clínica que incluya actividades preventivas, en lugar de una prevención genérica.

19.- **CALMA** (Piazzese-Spratte, 2022; Daray et al., 2018) Desarrollado por el Instituto de Farmacología de la Universidad de Buenos Aires y profesionales de la salud vinculados a la Universidad en Argentina. Es una aplicación móvil basada en la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT) que interactúa con los usuarios y brinda herramientas basadas en la evidencia para resolver las situaciones de crisis, apuntando a prevenir el suicidio. Esta es la primera aplicación (app) en español para smartphones que interactúa con el usuario brindándole herramientas basadas en la terapia dialéctico comportamental para el manejo de situaciones de crisis y así prevenir el suicidio. CALMA también funciona por fuera de la situación de crisis, promoviendo actividades tendientes a reducir la vulnerabilidad del sujeto para evitar la aparición de nuevas crisis y brindando contenidos de psicoeducación acerca del suicidio y su prevención. La app fue diseñada para jóvenes y adolescentes, está disponible en forma gratuita en Argentina desde marzo de 2017 y funciona con Android y iOS. El próximo paso del equipo es el desarrollo de un ensayo clínico con el objetivo de determinar si estas intervenciones que han demostrado

ser efectivas en el tratamiento cara a cara con un profesional, lo son también al ser administradas a través de un smartphone.

20.- **+Contigo** (Amaral et al., 2020; Santos et al., 2013) Es un programa brasileño que busca promover la salud y el bienestar mental y prevenir las conductas suicidas en jóvenes de secundaria. Las intervenciones incluyen la formación de los profesionales de la salud en el área de influencia de la escuela, la formación de los profesores y la sensibilización de los tutores. Incluye aplicación de cuestionarios diagnósticos e intervenciones en el aula en temas como el estigma, la adolescencia, la autoestima, la capacidad de resolución de problemas y el bienestar, demostrando efectividad para la prevención del acto suicida. Según los autores, se observó un aumento significativo en el conocimiento de prevención del suicidio y el cambio de actitudes de los profesionales de la salud hacia la persona con la conducta suicida.

21.- **Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida (PNPACS)**. (Portieles et al., 2014; Aguilar et al., 2012; MINSAP República de Cuba, 2021). Coordinado por el Ministerio de Salud Pública de Cuba, ejecutado en la red de centros de atención de salud. Consiste en realizar una atención priorizada a la población Infanto juvenil que presente conducta suicida, derivar a atención de especialista en un plazo acotado y realizar un debido seguimiento del caso. Como objetivos específicos se establece un sistema de vigilancia, en Cuba es obligatorio el reporte de todas las personas que tienen un intento suicida a través de las tarjetas de las enfermedades de declaración obligatoria, a partir de ese momento desde la Atención Primaria de Salud (APS) y los Departamentos de Salud Mental Municipales se realiza el proceso de dispensarización y se les garantiza el seguimiento especializado al individuo y la familia. Han existido dificultades en su aplicación, debido a deficiencias en la capacitación y socialización del programa.

22.- El **programa RADAR** en Chile (Red para la Atención y Derivación de Adolescentes en Riesgo Suicida) (Bustamante et al., 2018) 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, RADAR 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 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 red. Durante el 2016, RADAR fue implementado como prueba de concepto en dos colegios de Puerto Aysén de la Región de Aysén, Chile. Se capacitó un total de 409 participantes (entre alumnos, profesores de los colegios, apoderados y profesionales de la salud) para la pesquisa y derivación de adolescentes en riesgo de suicidio. De un total de 144 alumnos que pasaron los sistemas de pesquisa de RADAR, se detectaron 29 casos en riesgo suicida (20%) y 27 fueron derivados oportunamente al Servicio de Urgencia del Hospital de Puerto Aysén. En la segunda campaña de pesquisa de RADAR, 3 meses después, el 90% de los casos ya no presentaba riesgo suicida.

23.- El **Programa Vive, yo te ayudo** (Baader, 2018).) Ha sido creado por la Universidad Austral de Chile en conjunto con el Ministerio de Salud Chileno. El programa presenta los siguientes objetivos: (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 comunitarios. Este programa ha permitido la creación de protocolos de abordaje frente a casos que presentan riesgo suicido y la asignación de recursos para la formación de unidades de apoyo a los estudiantes en bienestar estudiantil y prevención de la conducta suicida. Se han construido manuales que contienen información sobre síntomas depresivos y factores de riesgo suicida, estrategias de cómo ayudar, en estos casos, así como videos, columnas de opinión, reportajes, enlaces y espacio en línea para solicitar apoyo de forma directa, son algunos de los servicios que entrega el programa.

24.- El **Proyecto Opa-Ufro** (Opa, Universidad de La Frontera 2023) Nace desde la Universidad de la Frontera en la ciudad de Temuco, región de la Araucanía en Chile. Este programa OPA (Observo, Protejo y Aprendo) tiene como objetivo relevar la problemática del suicidio y articular un protocolo en las escuelas y colegios de nivel primario y secundario, que pesquisen tempranamente la ideación suicida y puedan articular intervención especializada. Para ello han generado un plan de socialización, visitando a los colegios de la región y capacitando a equipos de profesores para mejorar el abordaje del tema, además de diseñar una plataforma web y aplicación móvil, tendiente a incentivar una red colaborativa co-diseñada entre los sistemas escolar, familiar y de salud.

25.- **Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile.** (Moreno, 2016; Inostroza, 2022) Contempla sistemas prioritarios de atención y post-intervención a través de equipos de salud de atención primaria (APS) con consultoría por parte de los centros de salud mental especializados (COSAM o unidades de psiquiatría ambulatoria). El Programa Nacional tiene seis componentes que deben ser desarrollados en cada región del país, por las citadas secretarías. El primer componente es la instalación de un Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida. El segundo componente trata la elaboración y ejecución de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio. El tercer componente considera el fortalecimiento de las competencias de los profesionales de salud en la detección y el manejo del riesgo suicida mediante la capacitación en servicio, la difusión de instrumentos técnicos y el trabajo con las instituciones formadoras para que incluyan estas materias en las mallas curriculares de pre y posgrado. El cuarto componente está dirigido al desarrollo de intervenciones preventivas en los establecimientos educacionales. El quinto componente se refiere a la instalación de sistemas de ayuda en situaciones de crisis como, por ejemplo, la implementación de una línea telefónica de ayuda, una página de ayuda en Internet y un servicio de intervención en crisis que asegure el seguimiento de las personas que se han contactado, a través de este sistema y de aquellas que han realizado un intento de suicidio. Finalmente, el programa incluye un componente relacionado con la cobertura mediática y el papel que los medios de comunicación pueden desempeñar.

3.4.-Conclusiones

La preocupación por el suicidio es un tema que trasciende a los países (OMS, 2019), por lo que investigadores de distintas latitudes en función de recursos y condiciones locales han propuesto programas de prevención de suicidios. De todas formas y comprendiendo esta imposibilidad de construir programas genéricos, es posible definir ciertos ejes comunes de abordaje dada la carga de los problemas de salud mental tanto para el individuo como para la sociedad. Para ello, es fundamental que las coordinaciones internacionales sobre esta materia sigan haciendo su trabajo y los proveedores de servicios especializados, así como organizaciones públicas y privadas puedan hacer frente y proporcionar programas efectivos de prevención y tratamiento (Moloney, 2018).

La problemática del suicidio, más aún en población adolescente, ha despertado el interés de los estados al objeto de poder acceder a través de políticas universales, principalmente realizadas a través de los sistemas educacionales. Las actividades específicas de prevención de suicidio se han desarrollado con la población de riesgo a través de los centros de salud, quienes pesquisan situaciones de gravedad en controles o atenciones comunes de salud y derivan a profesionales especializados, activando protocolos específicos.

Hasta ahora, el trabajo más focalizado se realiza con jóvenes que han presentado ideación suicida y/o han tenido intentos que han generado su ingreso al sistema de salud donde se pesquisan los casos y se activan acciones de educación, formación de la familia, psicoterapia y procesos de seguimiento, toda vez que existen estimaciones en que el riesgo aumenta en jóvenes que han hecho intentos previos (Krmpotic & Barrón, 2021).

Echávarri et al. (2015) del centro de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, plantea que todo programa de prevención de suicidio debiera contar, a lo menos, con una instalación de un sistema de estudio de casos. La implementación de un plan regional intersectorial de prevención del suicidio debe considerar el fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud, la incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales, el desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis, un apoyo técnico para una correcta cobertura mediática y el refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio.

Estos requisitos, sin duda, demandan un esfuerzo que va más allá de programas sectoriales específicos y requieren contar con un grupo especializado de profesionales que sea independiente y separado del plan de salud mental, que pueda tener recursos propios para que sea más que una unidad de registro de incidencias. Esta fuerza de tarea debiera contar con fondos de investigación, una red de respuesta y una evaluación científica continua, con financiamiento público y con información de tasas anuales de intentos de suicidio y suicidios consumados (Inostroza, 2022).

De esta manera, los programas existentes públicos y privados pueden sostenerse a través del tiempo, evaluar su efectividad, ajustar sus procesos metodológicos y avanzar en el objetivo por el cual han sido diseñados, atendiendo características sociales y culturales específicas para prevenir la conducta suicida en jóvenes y adolescentes.

Segunda Parte: Metodología y Estudios realizados

Capítulo 4: Estudios y metodología general

4.1. Introducción

Como se ha presentado en el bloque anterior, la salud mental y especialmente la CS en población adolescente y juvenil resulta un tema de interés, más aún en el contexto universitario.

Debido a la complejidad del espectro y a las dificultades existentes para poder delimitar el cuadro, los esfuerzos de abordaje se han centrado en mejorar los procesos de detección de la IS, a través de programas que logran identificar la población que pudiera estar más vulnerable frente a la presentación de un comportamiento suicida, que activen los protocolos de prevención de dicha conducta.

Para el desarrollo de esta Tesis de doctorado, se realizó un estudio de corte transversal encaminado a descubrir en qué medida factores de corte individual como la impulsividad, desesperanza, sintomatología ansiosa depresiva, el estrés o la autoestima pueden predecir el comportamiento suicida en una muestra de universitario chilenos. Asimismo, se llevó a cabo una revisión sistemática en búsqueda de programas de prevención de suicidio que mostraron ser efectivos en población joven y que muestran evidencia científica accesible, con el fin de dar cuenta de estrategias claramente identificables.

A continuación, se exponen los objetivos de esta Tesis Doctoral y el diseño general de los estudios propuestos para alcanzarlos.

4.2. Supuestos de investigación

Los supuestos de investigación fueron:

- a) Existe claridad respecto a los problemas de salud mental que afectan a la población joven y adolescente.
- b) Existe un aumento de suicidios en población adolescente y juvenil principalmente en Chile.
- c) Las causas de los intentos de suicidio se vinculan, entre otros factores, a factores psicológicos como la desesperanza, autoestima, depresión e impulsividad.

- d) La identificación de la relación de estos factores psicológicos y la suicidalidad podría añadir información relevante para el trabajo de promoción y prevención de la CS.
- e) Los programas de prevención de la conducta suicida se desarrollan principalmente en países desarrollados y en países como Chile existen esfuerzos precarizados respecto de su abordaje.

Considerando los supuestos anteriormente descritos, surgen dos preguntas importantes de explorar.

1.- ¿Existe relación entre factores psicosociales como la desesperanza, autoestima, depresión, impulsividad, ansiedad y estrés y la CS en universitarios chilenos?

2.- ¿Qué programas de prevención de la CS existen o han sido reportados durante los últimos años con niveles importante de eficacia?

De la revisión teórica mostrada en los capítulos anteriores y de los supuestos descritos surgen los objetivos de esta Tesis de doctorado que se circunscriben a dos ejes temáticos, como se presenta a continuación.

4.3. Objetivos de investigación

Objetivo General 1

Establecer indicadores psicológicos en relación con riesgo suicida en una muestra de universitarios chilenos.

Objetivos Específicos:

Objetivo 1.1.- Conocer si existen diferencias entre los universitarios chilenos en riesgo de CS y los que no lo están, en relación con variables psicológicas tales como la desesperanza, autoestima, depresión, impulsividad, ansiedad y el estrés.

Objetivo General 2

Realizar una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales de programas de intervención clínica (tratamientos psicológicos), educativos (acciones de capacitación y educación formalizadas) y psicosociales (intervenciones comunitarias o masivas) de prevención de suicidio ejecutados con jóvenes y adolescentes en contextos clínicos y educativos.

El objetivo 1 y 2 serán abordados en los capítulos 5 y 6 respectivamente.

Capítulo 5: Estudio sobre la prevención de suicidio en Universitarios Chilenos

5.1. Introducción

Hoy en día las instituciones de educación superior transitan entre identificar la salud mental de sus estudiantes como un tema prioritario de atención y otras que intentan normalizar las quejas que los propios estudiantes presentan respecto de su emocionalidad. En ocasiones, el estrés que presentan los estudiantes se asume como producto de una formación exigente y, se acusa a las nuevas generaciones como las responsables de sus dificultades y la incapacidad para enfrentarlas (Gallardo, 2019).

Los países invierten mucho en la formación de los futuros profesionales, pensando en la importancia que estos tendrán para el desarrollo de ciudades modernas, sin embargo, la presión social que vivencian los universitarios construyen un escenario propicio para la manifestación y desarrollo de comportamientos suicidas, asociados con enfermedades mentales (O'Neill et al., 2018).

Chile es un país con altas tasas de enfermedades mentales (Errázuriz et al., 2015) y, duplica la mortalidad juvenil por suicidio de Latinoamérica y el Caribe (Silva et al., 2013). De acuerdo con datos del Ministerio de Salud de Chile (2019) desde el año 2006 al año 2016 se presenta una tasa promedio de suicidio de 10,6 y 15,9 por cada 100.000 personas, en rangos de edad de 15 a 19 años y de 20 a 24 años respectivamente. Ambos rangos corresponden a las edades más comunes que presentan los estudiantes universitarios que ingresan habitualmente a los 17 o 18 años y egresan cerca de los 24 años.

Por tanto, la IS, el intento suicida y el suicidio no son fenómenos inusuales en el contexto universitario (Restrepo, et al, 2018), por lo que existe una clara necesidad de una mayor comprensión de los factores de riesgo de la CS y la autolesión en los estudiantes. Esta información sería de gran utilidad para poder desarrollar políticas y estrategias para reducir el riesgo en este grupo (O'Neill et al., 2018). Los factores de riesgo asociados a la CS en la adolescencia y juventud son numerosos (Martínez-Monteagudo et al., 2020). Algunos factores o variables asociadas a la manifestación de la CS, sobre todo en población juvenil, están relacionadas con las dificultades de afrontar las situaciones de estrés que surgen en el momento de ingresar al mundo adulto, la

desesperanza, un autoconcepto debilitado (González-Forteza et al, 2013), la violencia verbal o física y maltrato, entre otros (Espinoza-Gómez et al., 2010; González-Forteza et al, 2013).

Siabato y Salamanca (2015), al estudiar los eventos vitales estresantes que afectan a estudiantes universitarios, encontraron un mayor nivel de IS en estudiantes que vivenciaron cambiar de grupo de compañeros, vivir alejado de la familia, tener peleas y discusiones graves con un ser querido, tener un familiar con enfermedad grave mortal, seres queridos con problemas emocionales o psicológicos, vivenciar maltrato físico intrafamiliar, problemas con drogas o alcohol y verse afectado por un desastre natural. En esta línea, un estudio realizado en la Universidad Austral de Chile demostró que los estudiantes presentan puntuaciones elevadas de desesperanza, lo que sugiere un riesgo moderado a severo de cometer suicidio y/o autolesiones no fatales (Baader et al, 2014).

Por tanto, el dilema que plantea la esperanza y la desesperanza y las dificultades que presentan un autoconcepto debilitado, puede llevar a los jóvenes universitarios a presentar CS (González-Forteza et al, 2013). Más específicamente, el contexto de las instituciones de educación superior puede llevar a algunos jóvenes a convivir con periodos de incertidumbre, en el que desaparecen vínculos y redes interaccionales, que operan como reguladores y catalizadores de estados psicológicos, y los lleva a vivenciar el periodo universitario con desesperanza y desilusión que puede ser percibida como una situación estresante (Soto et al., 2020a).

Aunque actualmente se conocen múltiples factores de riesgo de la CS en la adolescencia y juventud (Elov, 2022), existe cierta controversia respecto de la influencia que cada uno de ellos pudiera tener en la manifestación del suicidio, lo que deja abierto el desafío de nuevas investigaciones que permitan obtener información más precisa respecto del tema (Martínez-Monteagudo et al.,2020). El contar con la información necesaria respecto de factores asociados a la CS permite que se puedan desarrollar estrategias de prevención y reducción de la mortalidad y las secuelas generadas por esta causa. A su vez, puede entregar elementos precisos en la operación, el abordaje o la derivación que se pueda realizar con jóvenes que presenten síntomas o conductas asociadas (Elov, 2022).

Siendo así, el objetivo del estudio fue establecer indicadores psicológicos respecto del estado de universitarios chilenos en relación con riesgo suicida. Los objetivos específicos fueron (a) Establecer indicadores de riesgo suicida de universitarios chilenos y (b) Establecer diferencias de grupos de acuerdo con los indicadores (ansiedad, depresión, impulsividad, e ideación suicida).

I. Las hipótesis del estudio para el objetivo relacionado con “Establecer indicadores de riesgo suicida de universitarios chilenos” fueron:

H0: No existen indicadores psicológicos asociados a IS en universitarios chilenos

H1: Existe relación entre indicadores de ansiedad y depresión con IS en universitarios chilenos.

H2: Existe relación entre indicadores de impulsividad con IS en universitarios chilenos.

H3: Existe relación entre indicadores de autoestima e IS en universitarios chilenos.

II. Las hipótesis para el segundo objetivo que intenta “Establecer diferencia de grupos en función de las variables sociodemográficas de acuerdo con los indicadores psicológicos de la IS (ansiedad, depresión, impulsividad) son:

H0: No existen diferencias entre géneros y áreas de formación respecto de la manifestación de indicadores psicológicos e IS en universitarios chilenos.

H1: Existen diferencias entre géneros respecto de indicadores psicológicos e IS en universitarios chilenos.

H2: Existen diferencias entre áreas de formación respecto de indicadores psicológicos e IS en universitarios chilenos.

H3: Existen diferencias entre géneros y áreas de formación respecto de la manifestación de estados psicológicos e IS en universitarios chilenos.

El poder establecer indicadores psicológicos respecto del estado de universitarios chilenos en relación con riesgo suicida permitirá afinar programas de prevención de la conducta suicida recogiendo experiencias internacionales y nacionales que se han ejecutado y avanzar hacia un sistema que apoye un desarrollo positivo del adolescente fomentando programas cuya

característica esencial sea el empoderamiento y desarrollo de competencias necesarias para realizar con éxito las tareas evolutivas de esta edad (Muñoz et al.,2018).

5.2. Método

Diseño de Investigación

Este es un estudio de corte transversal (Rodríguez & Mendivelso, 2018). Se midieron y analizaron variables psicológicas con instrumentos por separado para dar cuenta de factores de riesgo suicida expuestos por la literatura. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Mayor Sede Temuco con el número de registro 0181 de 2021. Todos los participantes se ofrecieron voluntariamente a participar y firmaron de forma electrónica el consentimiento informado elaborado de acuerdo con la Ley 20.120 sobre investigación científica en el ser humano del Ministerio de la Salud de Chile (ver anexo 1).

Participantes

La población estuvo constituida por estudiantes de pregrado de las Universidades Chilenas que cursaban una carrera técnica o profesional en modalidad presencial, en régimen diurno, intensivo o vespertino. Fueron excluidos del estudio, los estudiantes menores de 18 años que no pueden consentir de forma autónoma su participación en el estudio, así como estudiantes de intercambio de otros países o estudiantes que cursen estudios de postgrado.

Instrumentos

La escala de Okasha para Suicidalidad (EOS; Okasha et al., 1981)

La EOS se compone de cuatro ítems. En este estudio se utilizó la versión chilena, validada por Salvo et al. (2009) y mostró alta consistencia interna ($\alpha = 0,89$). Los tres primeros valoran la IS en el último año (conformando la subescala de IS), mientras que el último ítem evalúa el intento de suicidio alguna vez en la vida. Los ítems de la escala de IS se puntúan en una escala

ordinal tipo Likert de cuatro puntos, que va de 0 (nunca) a 3 (muchas veces). El rango de puntuación de esta subescala varía entre 0 y 9 puntos y las puntuaciones más altas indican mayor grado de suicidalidad (Okasha et al., 1981). En la validación chilena de la EOS (Salvo et al., 2009) se calculó un punto de corte de 5 punto para determinar intento de suicidio con una alta sensibilidad (90%) y adecuada especificidad (79%). El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0 a 3 puntos en función del número de intentos de suicidio: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos. El rango de puntuación total de la EOS varía entre 0 y 12 puntos, y las puntuaciones más altas indican una mayor gravedad (Okasha et al., 1981). En este estudio se utilizó tanto el punto de corte de 5 en la subescala de ideación suicida para para discriminar entre estudiantes universitarios con o sin riesgo de IS y la puntuación total para analizar la gravedad de la conducta suicida.

Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995)

EL DASS-21 es una versión abreviada del DASS que fue creado con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones (Antúnez & Vinet, 2012). La versión abreviada DASS-21 tiene como ventaja ser un instrumento autoaplicado, breve, fácil de responder y con propiedades psicométricas adecuadas en estudios de validación en adultos. La versión chilena abreviada compuesta por 21 ítems que en sus tres escalas miden depresión, ansiedad y estrés, ha sido validado en Chile por Antúnez y Vinet (2012), para ser utilizado con estudiantes universitarios, mostrando propiedades psicométricas favorables.

Escala de Impulsividad de Barratt (EIB; Barrat,1959)

La versión inicial data de 1959, fue desarrollada como parte de un intento por relacionar ansiedad e impulsividad con la eficiencia psicomotora. Es una escala diseñada para evaluar impulsividad, consta de 30 ítems que se agrupan en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora e Impulsividad no planeada. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems y no existe un punto de corte propuesto. Fue validada en Chile por Salvo y Castro en el año 2013, quienes señalan que, en adolescentes chilenos de población general, el

instrumento mantiene sus propiedades psicométricas, ya que presenta una consistencia interna satisfactoria, una aceptable homogeneidad de sus ítems y correlaciona significativamente con impulsividad, conducta suicida y consumo de alcohol.

Escala de autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg,1965)

La Escala de Autoestima de Rosenberg fue desarrollada por Rosenberg para evaluar la autoestima en adolescentes. Es un autoreporte, tipo likert, de 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos. Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde " muy de acuerdo" a " muy en desacuerdo", su contenido se centra en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. Fue validado en Chile por Rojas et al. en el 2009.

Escala de desesperanza de Beck (EDB; Beck & Steer,1989)

Beck construyó esta escala recogiendo reactivos de la prueba de actitudes sobre el futuro y afirmaciones pesimistas sobre el porvenir, recolectadas de pacientes psiquiátricos que describían cogniciones desesperanzadoras (Beck & Steer,1989). La escala quedó conformada por 20 afirmaciones con opciones verdadero y falso, con duración aproximada de 5 minutos. Alamo et al., (2019) valida la EDB, para su utilización en Chile como instrumento para la pesquisa de riesgo suicida en jóvenes universitarios.

Procedimiento

Los participantes se reclutaron con un sistema de bola nieve, usando agentes claves, además de redes y contactos del investigador, así como a través de correos dirigidos a las unidades de bienestar o asuntos estudiantiles de algunas casas de estudios. La recolección de datos se realizó a través de un formulario de *Google forms (anexo 2)*, que incluía luego del consentimiento informado online, los instrumentos seleccionados para comprobar las hipótesis y finalmente un cuestionario sociodemográfico, desarrollado Ad-hoc, que sirvió para recoger las informaciones referentes a la edad, sexo, carrera, universidad y región de los participantes. Una

vez que los estudiantes aceptaron el consentimiento pudieron responder los demás instrumentos del formulario de *Google forms*.

Análisis estadístico

Se utilizaron estadísticas descriptivas (por ejemplo, media, desviación estándar, frecuencia, porcentaje, asimetría y curtosis) para todas variables continuas y/o discretas analizadas. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para examinar la relación entre las puntuaciones de los diferentes instrumentos. La confiabilidad se obtuvo con Alfa de Cronbach para cada prueba. Para estimar posibles diferencias entre las medidas recogidas por edad, nivel educacional e ingresos se utilizó ANOVA, mientras que las comparaciones de las puntuaciones de los diferentes instrumentos y de las variables sociodemográficas entre el grupo con y sin ideación suicida se realizaron con la prueba de t de Student y tablas de contingencia.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 25.0 (IBM Corp. Released 2013) y los valores $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

5.3. Resultados

La muestra estuvo formada por 1019 estudiantes de pregrado de universidades chilenas. Los participantes (rango de edad: 18 a 53 años) eran en su mayoría mujeres, estudiantes de ciencias sociales y educación y cursaban los primeros cursos del grado (ver tabla 5).

Tabla 5.**Datos sociodemográficos de los participantes del estudio**

Edad, M (DT)		21,82 (4,72)
Género, fr (%)	Masculino	305 (29,9)
	Femenino	699 (68,6)
	No binario	14 (1,4)
	Heterosexual	1 (0,1)
Área de formación, fr (%)	Ingenierías	139 (13,6)
	Sanitarias	257 (25,2)
	Sociales y Educación	513 (50,3)
	Técnicas	110 (10,8)
Año de Ingreso, fr (%)	2016	49 (0,8)
	2017	77 (7,6)
	2018	141 (13,8)
	2019	191 (18,7)
	2020	176 (17,3)
	2021	385 (37,8)

Nota. M = Media; DT = Desviación Típica; Fr = frecuencia; % = porcentaje.

La tabla 6 muestra la matriz de correlaciones y la fiabilidad de las escalas usadas en el estudio. Se encontró una asociación positiva y moderada entre las puntuaciones de la EOS y las puntuaciones de las escalas de estrés, ansiedad y depresión de la Dass-21, así como con la EDB y las subescalas de IC, IM y INP de la EIB. Sin embargo, las puntuaciones de la EOS y la escala de EAR mostraron una asociación moderada e inversa. Asimismo, los resultados mostraron una buena fiabilidad de las medidas usadas con valores alfa de Cronbach variando de .771 a .956.

Tabla 6

Media, desviación típica y matriz de correlaciones de las medidas del estudio

	<i>M (SD) [Alfa]</i>	1	2	2.1	2.2	2.3	3	3.1	3.2	3.3	4	5
1. EOS	4,82 (3,33) [,889]	1										
2. Dass-21	26,29 (16,66) [,956]	,519**	1									
2.1. Dass-21-E	10,16 (5,77)	,500	,932	1								
2.2. Dass-21-D	8,10 (6,23)	,645	,934	,754	1							
2.3. Dass-21-A	8,03 (6,03)	,519	,909	,840	,754	1						
3. EIB	40,81 (10,29) [,907]	,352**	,427	,407	,410	,368	1					
3.1. IC	13,07 (3,1)	,288**	,367	,353	,352	,314	,718	1				
3.2. IM	13,62 (5,3)	,279**	,418	,440	,335	,388	,817	,503	1			
3.3. INP	14,16 (4,9)	,268**	,222	,161	,289	,161	,722	,329	,291	1		
4. EAR	2665 (6,60) [,771]	-,579**	-,646	-,539	-,704	-,544	-,442	-,375	-,299	-,382	1	-,
5. EDB	4,80 (439) [,886]	,525	,549	,426	,639	,451	,378	,308	,237	,364	-,699	1

Nota. ESO = DASS-21 = Escalas de depresión, ansiedad y estrés; DASS-21-E: subescala de estrés de la DASS-21; DASS-21-D: subescala de depresión de la DASS-21; DASS-21-A: subescala de ansiedad de la DASS-21; EIB = Escala de Impulsividad de Barratt; IC = subescala de Impulsividad Cognitiva de la EIB; IM= subescala de Impulsividad Motora de la EIB; INP= subescala de Impulsividad no planeada de la EIB; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; EDB = Escala de desesperanza de Beck

También se encontraron diferencia de género en relación con las medidas psicológicas usadas. Más específicamente, las estudiantes mostraron mayor puntuación en ideación suicida, impulsividad motora, en la percepción de estrés, ansiedad y depresión, así como una menor autoestima. En cambios, los estudiantes mostraron mayor impulsividad no planeada que sus contrapartes femeninas. Si bien no hubo diferencias en desesperanza entre los grupos, la medida de dimensión cognitiva de la escala de EIB estuvo cerca de ser significativa (ver tabla 7), de forma que en media las estudiantes presentaron una media más alta que los hombres. Por otro, lado tampoco hubo diferencias respecto a las áreas de formación, así como respecto al año de ingreso.

Tabla 7*Comparación de las medidas psicológicas entre los géneros masculinos y femeninos*

	Masculino (N = 305)	Femenino (N = 699)	t (1002)	P valor	g de Hedges
EOS	4,08 (3,20)	5,1 (3,35)	-4,49	.000	0,31
Dass-21-E	8,05 (5,415)	11,08 (5,681)	-7,90	.000	0,54
Dass-21-D	6,98 (6)	8,59 (6,3)	-3,79	.000	0,26
Dass-21-A	5,91 (5,2)	8,97 (6,2)	-7,58	.000	0,52
EIB-IC	12,76 (3,2)	13,17 (3,074)	-1,94	0.052	0,13
EIB-IM	12,79 (4,834)	13,97 (5,48)	-3,24	.001	0,22
EIB-INP	15 (5)	13,76 (4,9)	3,66	.000	0,25
EAR	27,68 (6,3)	26,22 (6,713)	3,24	.001	0,22
EDB	4,67 (4,4)	4,83 (4,4)	-0,51	0.61	0,03

Nota. EOS = Escala de Suicidalidad de Okasha; DASS-21 = Escalas de depresión, ansiedad y estrés; DASS-21-E: subescala de estrés de la DASS-21; DASS-21-D: subescala de depresión de la DASS-21; DASS-21-A: subescala de ansiedad de la DASS-21; EIB = Escala de Impulsividad de Barratt; IC = subescala de Impulsividad Cognitiva de la EIB; IM= subescala de Impulsividad Motora de la EIB; INP= subescala de Impulsividad no planeada de la EIB; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; EDB = Escala de desesperanza de Beck

Por otro lado, encontramos que el 48,2% de los discentes universitarios mostraron un riesgo de IS al puntuar 5 o más puntos en la subescala de IS de la EOS; eran en su mayoría mujeres ($\chi^2 = 7,639$, $p = ,006$). Los que mostraron mayor riesgo de IS presentaron mayores niveles de desesperanza, estrés, ansiedad, depresión, e impulsividad cognitiva, motora y no planeada, así como menores niveles de autoestima (ver Tabla 8).

Finalmente, el 69,2% de los entrevistados nunca tuvo un intento de suicidio, mientras que el 1,3% manifestó haber intentado el suicidio muchas veces y otro 12,3% lo intentó algunas veces. El resto, o sea, un 13,3% declaró que casi nunca intentó el suicidio.

Tabla 8**Comparación de las medidas psicológicas entre grupos de riesgo y no riesgo a la ideación suicida**

	No riesgo de ideación suicida (N = 528)	Riesgo de ideación suicida (N = 491)	t(1017)	P valor	g de Hedges
Dass-21-E	7,82 (5,31)	12,67(5,15)	-14,76	.001	0,92
Dass-21-D	4,65 (4,28)	11,61 (6,84)	-22,44	.001	1,41
Dass-21-A	5,56 (5,20)	10,69 (5,72)	-14,98	.001	0,94
EIB-IC	12,33 (3,04)	13,86 (2,96)	-8,13	.001	0,51
EIB-IM	12,47 (5,03)	14,86 (5,32)	-7,39	.001	0,46
EIB-INP	13,08 (4,64)	15,33 (5,02)	-7,46	.001	0,47
EAR	29,90 (5,51)	23,17 ((5,86)	18,89	.001	1,18
EDB	2,81 (3,01)	6,93 (4,63)	-16,93	.001	1,06

Nota. ESO = Escala de Suicidalidad de Okasha; DASS-21 = Escalas de depresión, ansiedad y estrés; DASS-21-E: subescala de estrés de la DASS-21; DASS-21-D: subescala de depresión de la DASS-21; DASS-21-A: subescala de ansiedad de la DASS-21; EIB = Escala de Impulsividad de Barratt; IC = subescala de Impulsividad Cognitiva de la EIB; IM= subescala de Impulsividad Motora de la EIB; INP= subescala de Impulsividad no planeada de la EIB; EAR= Escala de Autoestima de Rosenberg; EDB = Escala de desesperanza de Beck

5.4. Discusión

La evaluación de factores psicosociales y conducta suicida en población universitaria chilena resulta relevante más aún en tiempos en que la presencia del Covid-19 ha visibilizado una serie de manifestaciones de problemas de salud mental, debido a los episodios de cuarentena que interrumpieron la vida social y generaron una suerte de paréntesis vital que trajo consigo alteraciones en distintos niveles. En este contexto y, tal como lo indica Debowska et al. (2020), los datos obtenidos en este estudio y en muchos otros que intentan medir variables de corte psicológico o emocional, deberán ser tratados e interpretados con prudencia, debido a que no existe evidencia definitiva respecto de las implicancias que el virus sigue causando en la población mundial.

Considerando el mundo universitario chileno como un subsistema en donde existen ciertas variables que parecieran ser transversales como, por ejemplo, los procesos de ingreso a la universidad, la reanudación progresiva de clases presenciales durante el año 2021, las demandas de priorización académica y los débiles sistemas de asistencia de salud mental existentes en el modelo universitario, es posible discutir algunos elementos relevantes que están afectando la salud psíquica de los jóvenes.

Es preocupante que el 48,2% de los estudiantes universitarios que participaron del estudio muestren riesgo de IS (de acuerdo a la subescala de IS de la EOS) lo que desafía a las

instituciones y sus sistemas de salud a generar mecanismos preventivos orientados a trabajar salud mental y prevenir conductas suicidas.

La depresión, ansiedad, estrés y suicidalidad, aparecen con una diferencia de medias y una relación importante al observar las puntuaciones obtenidas en el Dass 21 y la EOS, lo que es coherente con numerosos estudios que han relacionado las variables medidas por estos instrumentos (Martínez-Monteagudo et al.,2020; Liu et al., 2019).

Aun así, existen estudios que indican que en ocasiones está relación no es significativa (Arias et al.,2020), y los factores estresantes, ansiosos y depresivos se evidencian claramente (Debowska et al, 2020), sobre todo, en algunas carreras en donde sus puntajes son más elevados y en donde los eventos estresantes de la vida podrían estar influyendo en la tendencia suicida en los adolescentes (Liu et al., 2019).

Ahora al considerar el vínculo entre autoestima y suicidalidad (tabla 8), existe una relación inversa entre estas variables, lo que implica que a mayor autoestima existe un valor más bajo en la EOS o a la inversa, este resultado coincide con otros estudios (Honorato et al, 2019). Un ejemplo de ello es el aporte de Silva et al. (2017) que, si bien vincula autoestima con desesperanza y suicidalidad, la relación inversa se da de la misma forma.

Al reflexionar respecto del género, en los resultados obtenidos, es posible observar que existe diferencia en algunas variables determinadas, congruente con lo planteado por Merchán-Clavellino et al. (2019), que indicaba dicha diferencia de género en niveles de rasgos impulsivos, de acuerdo con diferentes modelos teóricos. Se ha observado, según Casado y Sánchez (2021), que el género femenino se encuentra más predispuesto a tener problemas relacionados con la esfera ansioso-depresiva, mientras que los hombres, suelen tener más problemas con la impulsividad en el abordaje del contexto y el estrés académico. En coherencia con lo presentado por Ventura-Juncá (2010) las mujeres presentan mayor riesgo suicida, así como mayores niveles de estrés que los hombres. Lo anterior, se aprecia en este estudio donde las medias son más altas en mujeres en factores como depresión, ansiedad, estrés, impulsividad motora y suicidalidad.

En este mismo sentido, se evidencia en este estudio una media más baja en la autoestima de las mujeres universitarias participantes y respecto de este dato, existen diversas explicaciones que van desde experiencias negativas de amenaza social, presiones en la expectativa de

identidad social femenina (Casad et al, 2019) o eventos de discriminación de género percibida que afectan negativamente la autoestima (Kim & Park, 2018).

Respecto de este punto, Conley et al. (2020) expresa que las mujeres al llegar a la universidad experimentan un funcionamiento psicológico inicial deficitario (más angustia y baja autoestima), lo que se va recuperando en la medida que se avanza en la universidad.

Si bien algunos estudios señalan que no existe diferencia significativa en impulsividad en el caso de estudiantes chinos (Yu et al.,2020), en el caso de los universitarios chilenos de este estudio, se evidencia una puntuación más alta de impulsividad no planeada en hombres y aunque los tamaños de efecto no son tan grandes como en las diferencias de medias existe evidencia de relación con el riesgo suicida.

Hernández-Bello et al. (2020) señala que la representación social de lo masculino considera el poder, la competitividad y el control y, quienes se desvían de esta conducta, tienden a tornarse vulnerables y presentar comportamientos agresivos no planeados, que no son mediados con el grupo de pares, debido a que la manifestación de vulnerabilidad o arrepentimiento en los hombres tiende a desalentarse. Esta conducta impulsiva tendría a variar en el transcurso del tiempo mostrando sus mayores niveles en la adolescencia y juventud (Estévez et al., 2018).

En este mismo sentido, Merchán-Clavellino et al. (2019) ratifica que los hombres tienen rasgos de personalidad más impulsivos que las mujeres y presentan un bajo control sobre los pensamientos, tomando decisiones rápidas, inmediatas y no planeadas.

5.5. Conclusiones

Las demandas propias de la vida universitaria, asociadas a la separación de los hogares, a las expectativas cifradas por la familia, a las exigencias de la vida académica y a otras demandas asociadas a identidad y autonomía, llevan a que el acontecer del mundo universitario en sí mismo sea un factor de riesgo para la presentación de factores psicosociales asociados a la conducta suicida.

El objetivo del estudio apuntó a identificar estos factores y la relación que se produce entre ellos, con el objeto de que en un segundo momento se pueda proponer estrategias de

abordaje para atenuar trastornos emocionales que provocan desequilibrios personales, afectivos y académicos y, como lo plantea Martínez-Monteagudo et al. (2020) actuar directamente sobre el pensamiento suicida, controlando, sobre todo, los niveles de ansiedad, depresión y estrés de las víctimas.

La alta tasa de riesgo suicida, especialmente en mujeres, que además presentan indicadores de estrés y una autoestima levemente más baja que los hombres, las sitúan como grupo de riesgo que debe ser apoyado (Inostroza et al.,2022), más aún cuando podrían estar vinculados a otros factores como violencia de pareja u otros no considerados en este estudio. Si bien no se expresa en los resultados las áreas de formación y los años de ingreso, también podrían estar vinculadas con una mayor sensibilidad a factores emocionales (Conley et al., 2020), que podrían ser también un factor de riesgo.

Finalmente, este estudio reveló indicadores importantes a la hora de abordar el suicidio como tema prioritario del bienestar estudiantil, como por ejemplo los relacionados con el género, el estrés, la autoestima y la impulsividad, que deben ser estudiados con mayor profundidad y considerados en posibles programas de prevención de suicidio en universitarios.

Capítulo 6: Intervenciones clínicas, educativas y psicosociales para la prevención de la conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes: una revisión sistemática

Este artículo ha sido publicado en Encuentros. Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico (Q 3, SJR).

6.1. Resumen

El suicidio se presenta como uno de los problemas de salud pública más importantes en la población joven y adolescente. Las dificultades para su estudio han provocado que no existan muchas revisiones e investigaciones sobre sus posibles formas de abordaje. Este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de las intervenciones clínicas, psicosociales y educativas para la prevención de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. Se realizó una búsqueda en tres bases de datos especializadas (PubMed, Scopus y Web of Sciences) que examinan la evidencia científica de acuerdo con los principios establecidos en el protocolo de la revisión sistemática registrado en PROSPERO (CRD42021242348). Se incluyeron 34 estudios que muestran la influencia de los tratamientos clínicos basados en el modelo cognitivo, la capacitación y el acompañamiento motivacional en la intervención educativa para aumentar el alcance de las intervenciones y su seguimiento. Se discuten algunos aspectos sobre la calidad de estos programas, la diferencia de acciones de prevención en diferentes regiones geográficas, y los programas más usados.

Palabras clave: Suicidio; Prevención; Intervención; Educación

6.2. Abstract

Suicide is presented as one of the most important public health problems in the young and adolescent population, with few reviews. The objective is to carry out a systematic review of clinical, psychosocial and educational interventions for the prevention of suicide in adolescents and adults. youths. A search was performed in three journal search and indexing databases (PubMed, Scopus and Web of Sciences) that examine the scientific evidence according to the principles established in the protocol of the systematic review registered in PROSPERO (CRD42021242348). As results, 34 studies were included that show the influence of clinical treatments based on the cognitive model, training and motivational support in the educational intervention to increase the scope of the interventions and their follow-up. Some aspects of the quality of these programs, the difference in prevention actions in different geographical regions, and the most used programs are discussed.

Keywords: Suicide; Prevention; Intervention; Programs; Education

6.3. Introducción

La conducta suicida (CS) hace referencia a una preocupación o acción intencional que se inflige una persona causándose daño o la propia muerte. Actualmente, se entiende como un continuo que engloba la ideación y el intento, ambas en todas sus expresiones, así como el suicidio consumado (Pedreira-Massa, 2019).

Si bien el suicidio es un fenómeno complejo y multicausal (Soto et al., 2020b; Ministerio de Salud, 2013) y se considera un problema grave de salud pública a nivel mundial (Messiah et al., 2019; OMS, 2021), es transversal a todas las edades y aumenta en grupos de riesgo, como la adolescencia en donde alcanza altas tasas de mortalidad (Fonseca & de Albéniz, 2020; Robinson et al., 2014; Tabares et al, 2020;). Según datos de la OMS (2021), el suicidio es la cuarta causa mundial de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 19 años, en donde gravitan mayores dificultades y eventos importantes de estrés (Amaral et al., 2020) y tiene implicaciones en el sistema familiar, social, y educativo (Bahamón et al., 2019).

Es necesario identificar con prontitud a jóvenes en riesgo (King et al., 2015a), para reducir la pérdida de vidas por suicidio, meta prioritaria de la atención en salud mental (Val & Míguez, 2021). Por ello, un análisis funcional de la conducta suicida es nuclear para detectar el riesgo suicida para implementar medidas de intervención eficaces y de calidad para las personas y sus familias (Fonseca & de Albéniz, 2020).

Aunque el riesgo potencial de suicidio en adolescentes está asociado a factores que podrían aumentar la letalidad, la CS constituye probablemente uno de los fenómenos en donde resulta complejo realizar un estudio preciso sobre causas, síntomas o señales que alerten de su manifestación (Soto et al., 2020b). Por ejemplo, se ha visto que el riesgo futuro de intento de suicidio en personas de 16 años con pensamiento suicida se asocia con autolesiones no suicidas, consumo de cannabis, y consumo de otras drogas ilícitas, aun cuando no hay diferencias entre los predictores de personas con pensamiento suicida y con autolesiones no suicidas (Mars et al., 2019).

Aun así, distintas revisiones sistemáticas y metaanálisis muestran la importancia de tomar conciencia del suicidio, pero no necesariamente las formas de su abordaje que mejoren la angustia y malestar psicológico (Brann et al., 2021), aunque se resalta en estos trabajos que

existen más estudios en entornos clínicos que educativos (Robinson et al., 2018). En cambio, otros señalan que el uso de fármacos y programas dirigidos a preparar a personal médico son eficaces en prevenir el suicidio (Mann et al., 2021). Además, en el intento de ayuda frente a la CS se han usado intervenciones psicosociales, inicialmente diseñadas para la depresión, a pesar de que no todos los jóvenes con comportamientos suicidas experimentan síntomas de depresión (Oyanadel et al., 2021).

Por otro lado, la principal barrera para la prevención de la CS puede ser de tipo cultural por el estigma y desconocimiento que rodea al fenómeno (Gabilondo, 2020), lo que requiere intervenciones con enfoque integral de la prevención del suicidio que abarquen diferentes niveles de actuación (Robinson et al., 2014).

Por tanto, el objetivo del presente trabajo fue realizar una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales de programas de intervención clínica (tratamientos psicológicos), educativos (acciones de capacitación y educación formalizadas) y psicosociales (intervenciones comunitarias o masivas) de prevención de suicidio ejecutados con jóvenes y adolescentes en contextos clínicos y educativos.

6.4. Método

6.4.1. Diseño del estudio

Este estudio se realizó de acuerdo con Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA; Moher et al., 2009; Page et al., 2020) y el protocolo de la revisión se registró en PROSPERO (Booth et al., 2012; registro: CRD42021242348). La pregunta de investigación (¿Qué intervenciones clínicas, educativas y psicosociales son las más usadas y eficaces en la prevención de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes adultos?), y los criterios de elegibilidad se definieron considerando la estrategia PICO (daCosta-Santos, et al., 2007).

6.4.2. Criterio de elegibilidad

Las publicaciones elegibles cumplieron los siguientes criterios de inclusión: (a) estudios basados en ensayos clínicos aleatorizados y ensayos cuasi experimentales con participantes adolescentes y jóvenes adultos entre 13 y 24 años, siguiendo el criterio de adolescente y jóvenes

adultos de la OMS (2021); (b) artículos que evaluaron programas de prevención de la CS en el ámbito clínico y/o educativo, en los últimos 20 años (2000-2021). Por el contrario, fueron excluidos: (a) estudios cualitativos, revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre prevención de suicidio; (b) estudios que combinaban adolescentes con otros grupos de edad, sin incluir efectos del tratamiento en grupos separados; (c) estudios dirigidos exclusivamente a padres o profesores y estudios con poblaciones clínicas y/o específicas, como bipolaridad, jóvenes transgénero, psicosis, entre otras; (d) estudios con intervenciones con el objetivo exclusivo de probar la eficacia de determinados medicamentos. Todos los artículos que cumplieron con los criterios de elegibilidad se incluyeron en la síntesis cualitativa.

6.4.3. Estrategia de búsqueda

Se usó una estrategia de búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scopus y Web of Science, con los siguientes términos: (*“suicide adolescent”* OR *“attempted suicide”* OR *suicid**) AND (*“intervention programs”* OR *“prevention”* OR *“reduction”* OR *“intervention”* OR *“Psychosocial Intervention”* OR *“non-pharmacological”* OR *“Preven”** OR *“interven”**) AND (*“adolescent”*, *“adolescents teenagers”*, *“Young adults”*, *child**).

6.4.4. Selección de estudios y extracción de datos

El procedimiento de recogida de datos se inició el 11 de marzo y finalizó el 17 de abril del 2021. Se revisó la literatura derivada de artículos principales para verificar aquellos artículos que no hubiesen sido detectados en el proceso de búsqueda.

La evaluación de la elegibilidad consideró dos revisores independientes de una manera estandarizada no cegada, resolviendo desacuerdos por consenso. Se usó Kappa-Cohen para el acuerdo interjueces mostrando un acuerdo fuerte (Landis & Koch, 1977) con índice superior a 0,66. El proceso de recolección de datos utilizó una matriz de evidencia que registró artículos que cumplían con criterios de elegibilidad y razones de exclusión de los que no cumplían con los criterios.

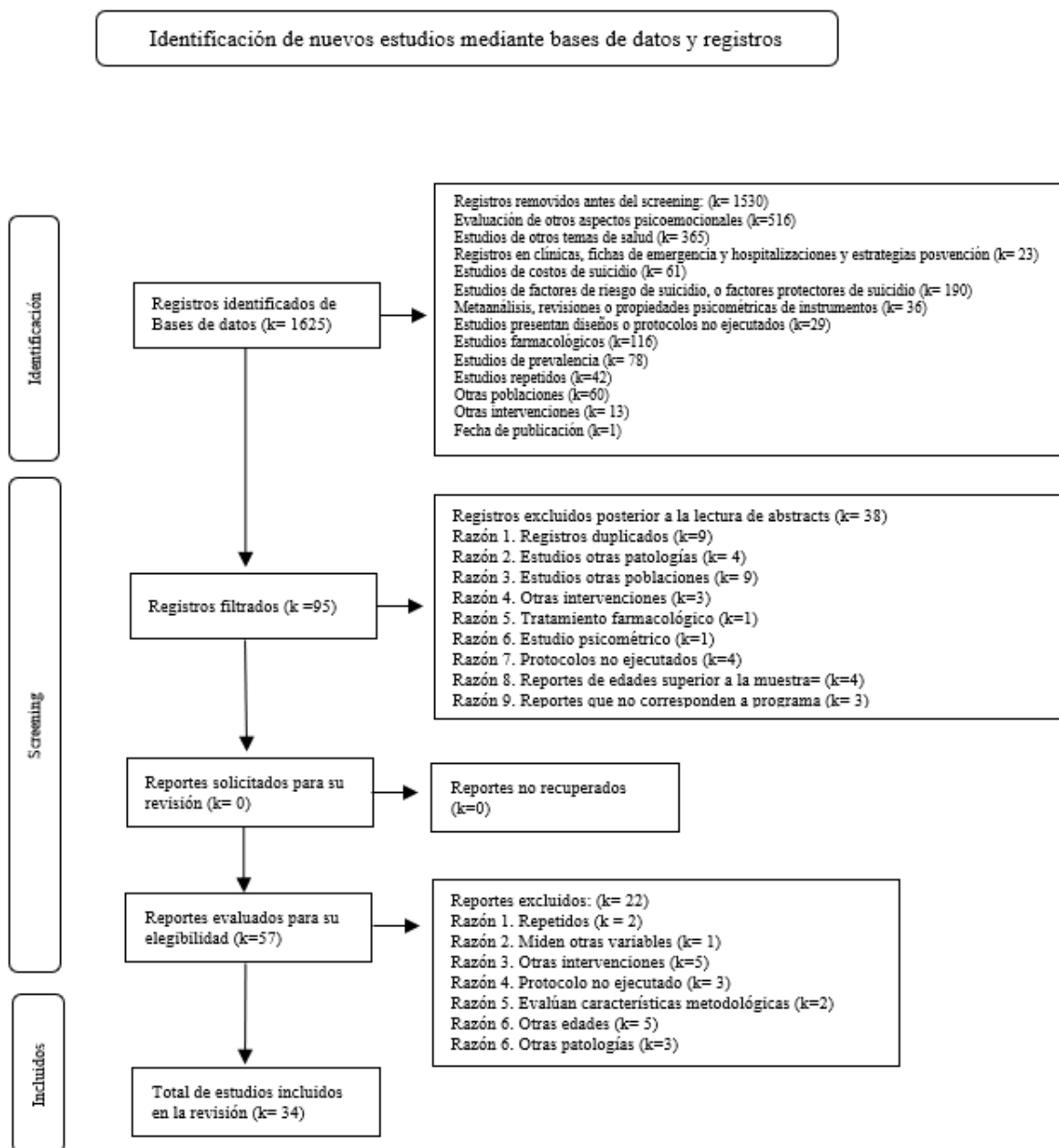
Se encontraron 1625 artículos, en la fase de identificación, tras la lectura de los títulos y palabras claves se eliminaron artículos que evaluaban otros aspectos psicosocioemocionales, o

de salud, costos de suicidio, diseños o protocolos de prevención o tratamientos no ejecutados, otras poblaciones (p. ej., militares, población adulta) y un artículo fuera del rango de años buscado, sumando así 1530 artículos suprimidos antes de pasar a la fase de screening.

En la etapa de screening, se realizó el segundo filtro con la lectura de los abstract de cada artículo (95) de ellos, se eliminaron 38 artículos de acuerdo con criterios de exclusión quedando 57 artículos evaluados para su elegibilidad. De esta forma, se inició el tercer proceso de revisión y filtro, con lectura en profundidad de los 57 artículos, de ellos, se eliminaron 22 estudios, algunos repetidos, fuera del rango de edad o protocolos no ejecutados, llegando así, a 34 artículos incluidos en esta revisión. La figura 5 ilustra la búsqueda bibliográfica y el proceso de selección.

Figura 5

Diagrama de Flujo Revisión Sistemática



6.4.5. Evaluación del riesgo de sesgo (calidad)

Para el riesgo de sesgo y la calidad de la certeza se usó la metodología Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) que permite evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fortaleza de recomendaciones, principalmente en revisiones sistemáticas. Considera aspectos como aleatorización de grupos, cegamiento de grupos e investigadores, y existencia de seguimiento de acuerdo con lo que sugiere PRISMA (Guyatt et al., 2011; Schünemann et al., 2013).

6.5. Resultados

La Tabla 9 resume las características de 34 estudios que se incluyeron en la revisión y su nivel de evidencia. Al analizar los resultados se distinguen diferencias del tipo de estudio, tipo de intervención, existencia y medición de seguimiento y eficacia declarada.

Tabla 9.

Estudios incorporados en la revisión sistemática

Referencia/ País	Tipo de estudio	Programa y comparación	Instrumentos	Participantes	Seguimiento	Resultado	Riesgo de sesgo	Certeza
Asarnow et al. (2015); EEUU	Observacional (antes-después)	SAFETY ^a v/s DBT: Dialectical Behavior Therapy	Interview Schedule for Children & Adolescents (NIMH DISC IV) Columbia Suicide History Form Self-report on the 17-item Harkavy-Asnis Suicide Survey Active Suicidal Behavior and Ideation (ASBI), Passive Suicidal Ideation (PSI), y SA Behavior subscale (from the ASBI Scale) Center for Epidemiological Studies– Depression Scale (CES-D) Beck Hopelessness Scale	35	3- 6 meses	Eficaz	No es serio	⊕○○○ MUY BAJA
Asarnow et al. (2017) EEUU	ECA	SAFETY v/s Tratamiento usual	Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) Suicide History Interview Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescents (NIMH DISC IV) Center for Epidemiological Studies– Depression Scale (CES-D) The Drug Use Screening Inventory (DUSI) Youth Self-Report (YSR)	42	3-6 -12 meses.	Eficaz	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Aseltine & DeMartino (2004) EEUU	Observacional (caso control)	SOS ^b	Centers for Disease Control and Prevention’s (CDC) Youth Risk Behavior Survey	2100	3 meses	Eficaz	No es serio ^b	⊕⊕○○ BAJA
Aseltine et al. (2007) EEUU	Observacional (caso control)	SOS	Centers for Disease Control and Prevention’s (CDC) Youth Risk Behavior Survey	4133	3 meses	Eficaz	No es serio ^b	⊕⊕○○ BAJA

Referencia/País	Tipo de estudio	Programa y comparación	Instrumentos	Participantes	Seguimiento	Resultado	Riesgo de sesgo	Certeza
Czyz et al. (2020) EEUU	Observacional (antes-después)	Text Messages	Preguntas tipo Likert sobre la percepción de los mensajes Positive and Negative Affect Schedule for Children (PANAS-C) Hopelessness Scale for Children	40	1 mes	Eficaz	Serio ^{b, c}	⊕○○○ MUY BAJA
Czyz, King & Bierman (2019) EEUU	ECA	MI-SafeCope ^c v/s Tratamiento Usual	Parent-Family Connectedness scale Self-Assessed Expectations of Suicide Risk Scale; The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	36	2-4 - 12 semanas	Eficaz	No es serio ^c	⊕⊕⊕○ MODERADO
Czyz et al. (2021) EEUU	ECA	MI-SP + Texts ^d	The Efficacy to Cope with Suicidal Thoughts and Urges Scale Parental Self-Efficacy Scale The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (CSSRS)	80	13- meses	Eficaz	No es serio ^c	⊕⊕○○ BAJA
Diamond et al. (2019) EEUU	ECA	ABFT ^e y FE-NST ^f	The Suicidal Ideation Questionnaire-Junior (SIQ-JR Monthly); The Beck Depression Inventory-II (BDI-II); The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS); The Self-Report of Family Functioning (SRFF); The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)	129	4,-8,-12 semanas	1-6 No mostró diferencias	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Diamond et al. (2010) EEUU	ECA	ABFT	The self-report SIQ-JR Scale for Suicidal Ideation (SSI) The Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	66	6-12 - 24 semanas.	No mostró diferencias	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Donalson, Spirito & Esposito-Smythers (2005) EEUU	ECA	SBT ^g	Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) Suicide Ideation Questionnaire (SIQ) The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D). The State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)	31	3-6 meses	No mostró diferencias	No es serio	⊕⊕○○ BAJA

Referencia/País	Tipo de estudio	Programa y comparación	y	Instrumentos	Participantes	Seguimiento	Resultado		
Esposito-Smythers et al. (2019) EEUU	ECA	F-CBT ^h Tratamiento usual	v/s	Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS) Suicidal ideation questionnaire-junior (SIQ-Jr.); Self-injurious thoughts and behavior interview (SITBI) Children's depression inventory 2 (CDI-2)	147	6-12-18 meses.	No mostró diferencias	No es serio ^g	⊕⊕⊕○ MODERADO
Hassanian-Moghaddam et al. (2011) Irán	ECA	Postcards		Cuestionario con preguntas directas	2300	12 semanas	Eficaz	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Hom et al., (2018) EEUU	Observacional (Cohorte)	SOSA ⁱ		Beck Scale for Suicide Ideation Beck Hopelessness Scale Resilience Appraisals Scale (RAS)	92	no declara	Eficaz	Muy serio ^{b,c}	⊕○○○ MUY BAJA
Högberg & Hällström (2018) Suiza	ECA	MR-CBT ^j Tratamiento Usual	v/s	Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ); World Health Organization 5 Wellbeing Index (WHO-5); Columbia Suicide; Severity Rating Scale (C-SSRS)	27	No	Eficaz	Serio ⁱ	⊕⊕○○ BAJA
Huey et al. (2004) EEUU	Observacional (Cohorte)	MST ^k		Family, Friends, and Self Scale (FFS) Brief Symptom Inventory (BSI) Child Behavior Checklist (CBCL) Hopelessness Scale for Children Youth Risk Behavior Survey (YRBS)	156	4-12 meses	Eficaz	Serio ^c	⊕○○○ MUY BAJA
Kahn et al. (2020) Europa	ECA	YAM ^l Minimal Intervention	v/s	Paykel Suicide Scale's (PSS) SEYLE questionnaire	5654	3-12 meses	No mostró diferencias	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Keller & Wilkinson (2017) EEUU	Observacional (antes-después)	Actividad Teatral		Let's Talk Suicide Prevention survey	224	6 meses	Eficaz	Serio ^{b,c}	⊕○○○ MUY BAJA

Referencia/País	Tipo de estudio	Programa y comparación	y	Instrumentos	Participantes	Seguimiento	Resultado	Riesgo de sesgo	Certeza
Kennard et al. (2018) EEUU	ECA	ASAP ^m tratamiento usual	v/s	Youth Self-Report scale Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders scale Patient Health Questionnaire CRAFFT Regulation of Emotions Questionnaire Distress Tolerance Scale Multidimensional Scale of Perceived Social Support	66	1-3- 6 meses	No mostró diferencias	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
King et al. (2015b) EEUU	ECA	TOC ⁿ tratamiento usual	v/s	Suicidal Ideation Questionnaire–Junior (SIQ-JR) Reynolds Adolescent Depression Scale–2, Short Form (RADS-2: SF) Beck Hopelessness Scale (BHS) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) CRAFFT	49	2 meses	Eficaz	No es serio	⊕⊕⊕○ MODERADO
King et al. (2009) EEUU	ECA	YST-II ^o tratamiento usual	v/s	Suicidal Ideation Questionnaire–Junior (SIQ-JR) Children’s Depression Rating Scale–Revised (CDRS-R) Beck Hopelessness Scale Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)	448	3-12 meses	Eficaz	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
King et al. (2006) EEUU	ECA	YST-I tratamiento usual	v/s	Spectrum of Suicide Behavior Scale Youth Self-Report (YSR) Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)	289	6 meses	No mostró diferencias	No es serio ^{c, i}	⊕⊕⊕○ MODERADO

Referencia/País	Tipo de estudio	Programa y comparación	Instrumentos	Participantes	Seguimiento	Resultado	Riesgo de sesgo	Certeza
McCauley (2018) EEUU	ECA	DBT ^a v/s (IGST) ^a	Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (KSADS) Suicidal Ideation Questionnaire–Junior (SIQ-JR)	173	12 meses	Eficaz	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Morthorst et al. (2012) Dinamarca	ECA	AID ^r v/s intervención localizada	Recopilado en la intervención	243	12 meses	No mostró diferencias	Serio ^c	⊕⊕⊕○ MODERADO
Pisani et al. (2018) EEUU	Observacional (antes-después)	Text4Strength	Short Mood and Feelings Questionnaire Psychological Distress Scale Generalized Anxiety Disorder 7-item scale Difficulties in Emotion Regulation Scale	175	9 semanas	No mostró diferencias	Serio ^{b, c}	⊕○○○ MUY BAJA
Silverstone et al. (2015) Canadá	ECA	EMPATHY ^s	Patient health questionnaire (PHQ-9) Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) Rosenberg Self-Esteem Scale KIDSCREEN CRAFFT	503	12 semanas	Eficaz	No es serio	⊕⊕⊕○ MODERADO
Slee et al. (2008) Países Bajos	ECA	CBT ^t v/s Tratamiento Usual	Beck Depression Inventory II (BDI-II) Symptom Checklist–90 Robson Self-Concept Questionnaire Suicide Cognition Scale Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)	82	3-6-9 meses	Eficaz	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Stanley, et al. (2009) EEUU	Observacional (antes-después)	CBT-SP ^u	Children’s Depression Rating Scale Beck Depression Inventory II	110	6 meses	Eficaz	Serio ^k	⊕○○○ MUY BAJA
Tang et al. (2009) China	Observacional (antes-después)	IPT-A-IN ^r v/s Tratamiento Usual	Beck Depression Inventory-II (BDI-II) Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) Beck Anxiety Inventory (BAI) Beck Hopelessness Scale (BHS)	73	No	Eficaz	No es serio	⊕○○○ MUY BAJA

Referencia/País	Tipo de estudio	Programa y comparación	Instrumentos	Participantes	Seguimiento	Resultado	Riesgo de sesgo	Certeza
Thompson et al. (2001) EEUU	Observacional (Control-Otros combinados)	C-CARE ^w y CAST ^x	Suicide Risk Screen The High School Questionnaire Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	460	9 meses	Eficaz	No es serio	⊕⊕○○ BAJA
Wasserman et al. (2015) EEUU	ECA	SEYLE ^y	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Paykel Hierarchical Suicidal Ladder	11110	3-12 meses	No mostró diferencias	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Wijana et al. (2018) Suecia	Observacional (antes-después)	ICT ^z	Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI-9r) The Youth Self-Report (YSR) The Perceived Stress Scale Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) Hospital Anxiety and Depression Survey (HADS)	49	6 -12 meses	Eficaz	Muy serio ^o	⊕○○○ MUY BAJA
Wharff et al. (2019) EEUU	ECA	FBCI ^{a'} v/s Tratamiento usual	Reasons for Living Inventory for Adolescents Family Empowerment Scale (FES) Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)	139	3-7 -30 días.	Eficaz,	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Xavier et al. (2019) Brasil	ECA	Intervención de resolución de problemas v/s tratamiento usual	ISO-30 CES-D The Social Problem-Solving Inventory-Revised	100	1-3 -6 meses	Eficaz	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Zisk et al. (2019) EEUU	ECA	ABFT ^{b'} v/s FE-NST ^{c'}	Beck Depression Inventory-II (BDI-II) Suicidal Ideation Questionnaire–Junior (SIQ-JR)	129	4-8-12- semanas.	16 No mostró diferencia	No es serio	⊕⊕⊕⊕ ALTA

Nota. ECA = Ensayo clínico aleatorizado. ^a Safe Alternatives for Teens and Youths (SAFETY). ^b Signs of Suicide (SOS) ^c motivational interview (MI)–enhanced safety planning (MI-SafeCope), ^d Motivational Interview-Enhanced Safety Plan (MI-SP), ^e Attachment-based Family Therapy (ABFT) ^f Family Enhanced Non-Directive Supportive Therapy (FE-NST) ^g Skills-based treatment (SBT), ^h family-focused outpatient cognitive behavioral treatment (F-CBT), Survivors of Suicide Attempts (SOSA), ⁱ systematized mood-regulation focused cognitive behavioral therapy (MR-CBT) ^k Multisystemic therapy (MST), ^l Youth Aware of Mental Health (YAM) ^m As Safe as Possible (ASAP), ⁿ Teen Options for Change ^o Youth-Nominated Support Team–Version II, ^p dialectical behavior therapy (DBT), ^q Individual and group supportive therapy (IGST), ^r Assertive intervention for deliberate self-harm (AID), ^s Empowering a Multimodal Pathway Towards Healthy Youth (EMPATHY) ^t Cognitive–behavioral therapy (CBT), ^u Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP), ^v interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk (IPT-A-IN), ^w Counselors CARE (C-CARE), ^x Coping and Support Training (CAST), ^y Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE), ^z Intensive Contextual Treatment (ICT) ^{a'} family-based crisis intervention (FBCI), ^{b'} Attachment-based Family Therapy (ABFT) ^{c'} Family Enhanced Non-Directive Supportive Therapy (FE-NST)

^a Muestra pequeña, ^b Sin evidencia de aleatorización, ^c No declara cegamiento de participantes, ^f Sin diferencia en grupos de tratamiento, ^g Algunos participantes se enteraron de la asignación de grupos, no se declaran pérdidas en el seguimiento, ^h La muestra reclutó en una unidad de hospitalización psiquiátrica, se presentan niveles muy altos de psicopatología y dificultades familiares complejas, ⁱ No hay seguimiento

6.5.1. Tipos de estudio y muestra utilizada

Los tipos de estudios reportados en esta revisión contemplan ensayos clínicos aleatorios (ECA) y estudios observacionales (EO), estudio caso control, estudios de cohorte y estudios antes después, todos ellos ejecutados y con resultados disponibles.

6.5.2. Programas y tipos de intervención

Entre los programas analizados están: Programa de prevención Signos de Suicidio (SOS; Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007), programa educativo que incorpora materiales didácticos, dramatizaciones de signos de suicidio y depresión, formas de reaccionar ante alguien deprimido y suicida, así como entrevistas con personas que han sido afectadas por el suicidio; Plan de Seguridad Mejorado por Entrevista Motivacional (MI-SP; Czyz et al., 2021) y *Motivational Interviewing-Enhanced Safety Planning for Adolescents* (MI-SAFECOPE; Czyz et al., 2019), que trabajan a través de monitores que aumentan la motivación de adolescentes que presentan conducta suicida para adherirse a un plan de seguridad y afrontamiento, resolver la ambivalencia, y apoyar la autoeficacia después del alta. MI-SafeCope incluye (a) plan de seguridad mejorado (MI-SP) entregado durante la hospitalización, (b) llamadas de refuerzo posteriores al alta y (c) mensajes de texto después del alta.

Survivors of Suicide Attempts (SOSA; Hom et al., 2018), programa estructurado como grupo de apoyo que enfatiza la conversación impulsada por los compañeros, el intercambio de información y la psicoeducación, así como las necesidades emocionales y prácticas de los miembros (Hom et al., 2018). *Youth Aware of Mental Health* (YAM; Kahn et al., 2020), es un programa de intervención para aumentar la conciencia de los adolescentes sobre factores de riesgo y protección asociados con suicidio aumentando la reflexión sobre sus diferentes estrategias de afrontamiento, basado en juegos de roles y debates interactivos, centrados en dilemas cotidianos, estrés, crisis, depresión y tendencias suicidas.

As Safe as Possible (ASAP; Kennard et al., 2018), se centra en la regulación de las emociones y la planificación de la seguridad. Se imparte en la unidad de hospitalización, y continúa después del alta hospitalaria para revisar el uso del plan de seguridad, y el cumplimiento de los acuerdos establecidos.

Teen Options for change (TOC; King et al., 2015b), intervención breve que usa el entorno de emergencia, en el que un adolescente, padre o tutor suele estar frente a una conducta suicida, se basa en la teoría de la autodeterminación de la autorregulación y el cambio, a través de entrevistas motivacionales y un plan de acción personalizado con tareas.

Youth-Nominated Support Team–Version I (YST I; King et al., 2006) *Youth-Nominated Support Team–Version II* (YST II; King et al., 2009), proporcionan apoyo emocional a través de personas (adultos o adolescentes capacitados) quienes abordan los problemas de salud mental y oportunidades de asistencia informal para la resolución de problemas. El YST II actualiza los recursos de psicoeducación, e incluye solo adultos como personas de apoyo e intervenciones más acotadas.

Assertive Intervention for Deliberate Self Harm (AID; Morthorst et al., 2012), programa fundamentado en la asistencia activa de enfermeras especialistas que brindan intervención en crisis y resolución flexible de problemas, incorporando apoyo motivacional.

Intervención de apoyo social y desarrollo de habilidades en grupos pequeños (C-CARE) y programa de entrenamiento de afrontamiento y apoyo (CAST) (Thompson et al., 2001), consisten en una breve intervención, el primero diseñado para brindar empatía y apoyo, desarrollar conexiones de redes sociales de jóvenes con adultos en la escuela y el hogar, y desarrollar sus propios recursos personales, por ejemplo, habilidades de afrontamiento positivas y comportamientos de búsqueda de ayuda. El segundo programa, CAST, trabaja a través de las capacitaciones en habilidades para la vida en grupos pequeños de estudiantes.

Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE; Wasserman et al., 2015), es una iniciativa europea que evalúa la eficacia de tres intervenciones sobre la conducta suicida: entrenamiento a gatekeepers, psicoeducación (*awareness*), y screening por parte de profesionales.

Los tipos de intervención usadas en los estudios revisados fueron muy variados, pero se pueden agrupar en torno a tres categorías: las intervenciones psicológicas, educativas y psicosociales y las que usan medios tecnológicos. Los tratamientos e intervenciones psicológicas de corte individual, familiar y mixto usaron diferentes tipos de técnicas: terapia cognitivo conductual (Högberg & Hallström, 2018; McCauley, 2018; Silverstone et al., 2015; Slee et al.,

2008; Stanley et al., 2009), tratamiento cognitivo conductual ambulatorio (Esposito-Smythers et al., 2019), psicoterapia interpersonal intensiva (Tang et al., 2009), intervención asertiva para autolesiones deliberadas (Morthorst et al., 2012), intervención psicológica en resolución de problemas (Xavier et al., 2019) y tratamiento basado en habilidades (Donalson et al., 2005). Las intervenciones familiares implementadas fueron: terapia familiar basada en apego (Diamond et al., 2010; Diamond et al., 2019; Zisk et al., 2019), terapia familiar cognitivo conductual (Asarnow et al., 2015; Asarnow et al., 2017), terapia multisistémica (Huey et al., 2004), e intervención de crisis basada en la familia (Wharff et al., 2019); mientras que de manera mixta se usó la terapia integral individual y familiar (Wijana et al., 2018).

Las intervenciones educativas y psicosociales usadas fueron: talleres preventivos (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007), capacitaciones de apoyo (Thompson et al., 2001), y entrevistas motivacionales (Czyz et al., 2019; King et al., 2015b), mientras que las intervenciones psicosociales se centraron en acciones de acompañamiento grupal, capacitación y acompañamiento para intervenciones psicosociales (Kahn et al., 2020; Wasserman et al., 2015), además de modelos y grupos de apoyo social (Hom et al., 2009; King et al., 2006; King et al., 2009). Finalmente, las intervenciones con medios tecnológicos implementaron la mensajería de texto (Czyz et al., 2020), llamadas telefónicas y aplicaciones descargables en el móvil (Kennard et al., 2018) que sirvieron para reportar síntomas y mantener contacto con unidades de salud (Czyz et al., 2021; Pisani et al., 2018).

6.5.3. Tipos de seguimiento

El seguimiento se relaciona con llamadas telefónicas, entrevistas y en algunos casos aplicaciones de pruebas. Tres estudios (8,6 %) no indican seguimiento (Hom et al., 2018; Högberg & Hällström, 2018; Tang et al., 2009), mientras los estudios restantes, realizaron seguimientos en periodos de una semana hasta un año posterior a la intervención.

6.5.4. Eficacia declarada

Respecto a la eficacia, 23 estudios (67,6%) mostraron información de sus intervenciones, reduciendo la intención suicida y/o la sintomatología asociada, o mejorando la comunicación o

solicitud de ayuda (Asarnow et al., 2015; Asarnow et al., 2017; Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Czyz et al., 2020; Czyz et al., 2019; Czyz et al., 2021; Hassanian-Moghaddam et al., 2011; Hom et al., 2018; Högberg & Hällström, 2018; Huey et al., 2004; Keller & Wilkinson, 2017; King et al., 2009; King et al., 2015b; McCauley, 2018; Silverstone et al., 2015; Slee et al., 2008; Stanley, et al., 2009; Tang et al., 2009; Thompson et al., 2001; Wijana et al., 2018; Wharff et al., 2019; Xavier et al., 2019).

Los once estudios restantes (32, 3%) no mostraron diferencias entre tratamientos probados, o entre grupo experimental y grupo control, lo que dificulta establecer eficacia del programa (Diamond et al., 2010; Diamond et al., 2019; Donalson et al., 2005; Esposito-Smythers et al., 2019; Kahn et al., 2020; Kennard et al., 2018; King et al., 2006; Morthorst et al., 2012; Pisani et al., 2018; Wasserman et al., 2015; Zisk et al., 2019).

6.5.5. Evaluación del riesgo de sesgo (calidad)

La tabla 10, muestra la evaluación de riesgo de sesgo y la calidad de certeza con la metodología GRADE de los 34 estudios analizados. Trece (59%) de los ECAs tuvieron una alta calidad de la certeza (Asarnow et al., 2017; Diamond et al., 2010; Diamond et al., 2019; Hassanian-Moghaddam et al., 2011; Kahn et al., 2020; Kennard et al., 2018; King et al., 2009; McCauley, 2018; Slee et al., 2008; Wasserman et al., 2015; Wharff et al., 2019; Xavier et al., 2019; Zisk et al., 2019), seis (27,2%) una calidad de la certeza moderada (Czyz et al., 2019; Esposito-Smythers, 2019; King et al., 2015b; King et al., 2006; Morthorst et al., 2012; Silverstone et al., 2015), y tres (13,6%) una baja calidad de la certeza (Czyz et al., 2021; Donalson et al., 2005; Högberg & Hallström, 2018).

En los estudios denominados observacionales tres (25%) presentaron una baja calidad de la certeza (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Thompson et al., 2001), y nueve (75%) una muy baja calidad (Asarnow et al., 2015; Czyz et al., 2020; Hom et al., 2018; Huey et al., 2004; Keller & Wilkinson, 2017; Pisani et al., 2018; Stanley et al., 2009; Tang et al., 2009; Wijana et al., 2018). Estos estudios no presentaron aleatorización, no definieron grupo control, no trabajaron con cegamiento, y usaron tamaños pequeños de muestra entre otros indicadores.

Tabla 10

Evaluación de riesgo de sesgo y certeza

Evaluación de Certeza											
Referencia/País	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Pregunta	Desenlace	N° de pacientes	Certeza		
Asarnow et al. (2015) EEUU	Observacional (antes-después)	No es serio	No es serio	No es serio	Serio ^a		Aumentar la seguridad y reducir los intentos suicidas	35	0	⊕○○○ MUY BAJA	
Asarnow et al. (2017) EEUU	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	Safe alternatives for teens and youth SAFETY v/s Tratamiento Comunitario TAU	Presencia de intento de suicidio	22	20	⊕⊕⊕⊕ ALTA	
Aseltine & DeMartino (2004) EEUU	Observacional (caso control)	No es serio ^b	No es serio	No es serio	No es serio	Programa de prevención Signos de Suicidio (SOS)	Reducir la conducta suicida	1027	1073	⊕⊕○○ BAJA	
Aseltine et al. (2007) EEUU	Observacional (caso control)	No es serio ^b	No es serio	No es serio	No es serio	Clases de salud v/s clases en ciencias sociales	Búsqueda de ayuda entre los jóvenes con problemas emocionales	2039	2094	⊕⊕○○ BAJA	
Czyz et al. (2020) EEUU	Observacional (antes-después)	Serio ^{b, c}	No es serio	No es serio	Serio ^a	SDT y MI	Efectividad del uso de mensajes de texto en la reducción de suicidio	25	0	⊕○○○ MUY BAJA	
Czyz, King & Bierman (2018) EEUU	ECA	No es serio ^c	No es serio	No es serio	Serio ^d	MI Safe Cope v/s TAU	Viabilidad y aceptabilidad del programa de prevención de suicidio	18	18	⊕⊕⊕○ MODERADO	
Diamond et al. (2019) EEUU	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	ABFT v/s FE-NST	Reducir la ideación suicida y los síntomas depresivos en adolescentes	66	63	⊕⊕⊕⊕ ALTA	
Diamond et al. (2010) EEUU	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	ABFT v/s EUC	Reducir la ideación suicida y los síntomas depresivos en adolescentes.	35	31	⊕⊕⊕⊕ ALTA	
Donalson, Spirito & Esposito-Smythers (2005) EEUU	ECA	No es serio	No es serio	Serio ^f	Serio ^a	SBT v/s SRT	Disminuir la ideación suicida y el estado de ánimo depresivo	15	16	⊕⊕○○ BAJA	

Esposito-Smythers et al. (2019) EEUU	ECA	No es serio ^g	No es serio	Serio ^h	No es serio	F-CBT v/s TAU	Prevenir intentos de suicidio	74	73	⊕⊕⊕○	MODERADO
Hassanian-Moghaddam et al. (2011) Irán	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	EDGE v/s TAU	Reducir conductas suicidas post intoxicación	1150	1150	⊕⊕⊕⊕	ALTA
Hom, Davis & Joiner (2018) EEUU	Observacional (Cohorte)	Muy serio ^{b,c}	No es serio	No es serio	No es serio	SOSA	Reducir comportamiento suicida	92	0	⊕○○○	MUY BAJA
Högberg & Hällström (2018) Suiza	ECA	Serio ⁱ	No es serio	No es serio	Serio ^a	MR-CBT v/s TAU	Prevención de eventos suicidas	15	12	⊕⊕○○	BAJA
Huey et al. (2004) EEUU	Observacional (Cohorte)	Serio ^c	No es serio	No es serio	No es serio	MST v/s hospitalización	Intento de suicidio por jóvenes que presentan emergencias psiquiátricas	156	0	⊕○○○	MUY BAJA
Kahn et al. (2020) Europa	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	YAM v/s MI	Mejorar las estrategias de afrontamiento en adolescentes en riesgo suicida	2721	2933	⊕⊕⊕⊕	ALTA
Keller & Wilkinson (2017) EEUU	Observacional (antes-después)	Serio ^{b,c}	No es serio	No es serio	No es serio	Let's Talk	Aumentar la disposición para buscar ayuda profesional en jóvenes con ideación suicida	224	0	⊕○○○	MUY BAJA
Kennard et al. (2018) EEUU	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	Programa APAP más TAU v/s TAU	Reducir intentos de suicidio post alta hospitalaria	34	32	⊕⊕⊕⊕	ALTA
King et al. (2015b) EEUU	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	Serio ^a	TOC v/s TAU	Reducir suicidio en adolescentes en riesgo	27	22	⊕⊕⊕○	MODERADO
King et al. (2009) EEUU	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	YST-II v/s TAU	Reducir la ideación suicida en adolescentes en riesgo	223	225	⊕⊕⊕⊕	ALTA
King et al. (2006) EEUU	ECA	No es serio ^{c,i}	No es serio	Serio ^j	No es serio	TAU más YST-I v/s TAU	Ideación o intentos de suicidio, síntomas de internalización o deterioro funcional relacionado	151	138	⊕⊕⊕○	MODERADO
McCauley (2018) EEUU	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	Terapia conductual dialéctica v/s terapia de apoyo individual y grupal	Intentos de suicidio, autolesiones, ideación suicida	86	87	⊕⊕⊕⊕	ALTA
Morthorst et al. (2012) Dinamarca	ECA	Serio ^c	No es serio	No es serio	No es serio	AID v/s TAU	Intento de suicidio y muerte por suicidio registrados en la historia clínica y el registro de defunciones al año de seguimiento	123	120	⊕⊕⊕○	MODERADO

Pisani et al. (2018) EEUU	Observacional (antes-después)	Serio ^{b, c}	No es serio	No es serio	Serio ^a	Text4Strenght	Reducción del suicidio en adolescentes	175	0	⊕○○○ MUY BAJA
Silverstone et al. (2015) Canadá	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	EMPATHY más Intervención de terapia cognitivo conductual	Reducir la depresión y suicidio en jóvenes	503	0	⊕⊕⊕○ MODERADO
Slee et al. (2008) Países Bajos	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	Terapia cognitiva conductual más tratamiento habitual v/s TAU	Tasa de repetición de autolesiones y problemas emocionales, cogniciones suicidas y déficit de resolución de problemas	40	42	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Stanley, et al. (2009) EEUU	Observacional (antes-después)	Serio ^k	Serio ^l	Serio ^m	Serio ⁿ	CBT-SP	Prevención del suicidio	110	0	⊕○○○ MUY BAJA
Tang et al. (2009) China	Observacional (antes-después)	No es serio	No es serio	No es serio	Serio ^a	IPT-A-IN v/s TAU	Reducir síntomas depresivos y riesgo suicida en adolescentes	35	38	⊕○○○ MUY BAJA
Thompson et al. (2001) EEUU	Observacional (Control-Otros combinados)	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	C-CARE v/s CAST	Reducir el potencial de suicidio entre jóvenes con riesgo de abandono escolar	305	155	⊕⊕○○ BAJA
Wasserman et al. (2015) EEUU	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	QPR, YAM, ProfScreen v/s TAU	Reducir la conducta suicida en adolescentes	8177	2933	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Wijana et al. (2018) Suecia	Observacional (antes-después)	Muy serio ^o	No es serio	No es serio	Muy serio ^a	Terapia integrada individual y familiar TIC	Reducción del sufrimiento y aumento del ajuste funcional entre adolescentes autolesivos y/o suicidas con alta carga de síntomas y sus familias	49		⊕○○○ MUY BAJA
Wharff et al. (2019) EEUU	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	FBCI v/s TAU	Estabilizar suficientemente a los adolescentes suicidas en una sola visita al servicio de urgencias	68	71	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Xavier et al. (2019) Brasil	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	Intervención de resolución de problemas v/s TAU	Reducir la orientación suicida	50	50	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Zisk et al. (2019) EEUU	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	ABFT v/s FE-NST	Mejorar la capacidad del adolescente de depender del apoyo de adulto para controlar	66	63	⊕⊕⊕⊕ ALTA

^a La muestra del estudio es pequeña

^b No existe evidencia de aleatorización

^c No se declara cegamiento de participantes

^f No hubo diferencias en los grupos de tratamiento

^g Algunos participantes se enteraron de la asignación de grupos, no se declaran pérdidas en el seguimiento

^h La muestra incluida se reclutó principalmente de una unidad de hospitalización psiquiátrica, la mayoría presentaba niveles muy altos de psicopatología y dificultades familiares complejas.

ⁱ No hay seguimiento

6.6. Discusión

El objetivo del estudio fue revisar sistemáticamente los ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales asociados a programas de intervención clínica, psicosocial y educativa de prevención de suicidio implementados con jóvenes y adolescentes durante los últimos 20 años. Si bien el suicidio es un tema de preocupación universal, es posible evidenciar que este esfuerzo está localizado en zonas específicas y no en todos los países, por lo que existiría una necesidad de nuevos estudios debido a la baja calidad general de la evidencia en países de ingresos medios y bajos (Harrod et al., 2014).

La mayoría de las intervenciones psicológicas usan modelos cognitivos conductuales, y entrevistas motivacionales, centradas en la formación de educadores y monitores, destinadas a sensibilizar a la población adolescente respecto del suicidio.

Algunos resultados se basan en autoinformes realizados por efecto de la intervención, y se desconoce si posterior al seguimiento estos efectos cambian. Por esta misma razón se presentaron análisis de pruebas psicológicas mostrando diferencias de grupos, o mediciones pre-post, que, en algunos casos, son mencionadas como limitaciones del estudio, debido a un probable sesgo por el conocimiento y habituación que el adolescente puede tener de la prueba aplicada. En otros casos el resultado de la intervención fue medida por preguntas relacionadas con la hospitalización, reducción de síntomas, informes de intentos de suicidio o registros de fallecimientos.

En la eficacia de la intervención realizada existió un número importante de estudios que no obtuvieron buenos resultados, dicha evaluación se realizó comparando tratamientos habituales de prevención del suicidio, con programas nuevos, por lo que en muchas ocasiones el cambio de estrategia puede ser muy sutil y no necesariamente logró generar un cambio notable en su comportamiento.

Aun así, la presente revisión sistemática encontró estudios con alta calidad de certeza que mostraron la eficacia de sus programas, como las intervenciones de tipo cognitivo comportamental y de resolución de problemas (Asarnow et al., 2017; McCauley, 2018; Slee et al., 2008; Wharff et al., 2019; Xavier et al., 2019; Zisk et al., 2019), e intervenciones psicosociales (King et al., 2009) y/o vinculadas con el uso de medios tecnológicos como Postcards (Hassanian-Moghaddam et al., 2011).

Frente a esto se plantea la necesidad de realizar ECAs de todas las categorías de intervención para abordar la heterogeneidad clínica y etiológica de la conducta suicida en adolescentes, específicamente la ideación suicida y los síntomas depresivos (Clarke et al., 2019; Iyengar et al., 2018).

SEYLE, YAM, CARE y SOS son programas que apuntan a capacitaciones, clases y talleres desarrollados en ambientes escolares lo que es coherente con Bahamón et al (2019) que indica que los centros educativos tienen una notable preocupación al ser contextos vulnerables con riesgo de suicidio en sus estudiantes, por lo mismo, este tipo de programas resulta fundamental para abordar y prevenir suicidio, en la medida que estas acciones sean repetidas a través del tiempo (Mann et al., 2021). Las instituciones educativas pueden trabajar para reducir el suicidio de jóvenes (Pickering et al., 2018) adoptando políticas que se alineen con las recomendaciones de mejores prácticas relacionadas con la prevención y la intervención del suicidio (Breux & Boccio, 2019).

Como perspectivas futuras, los resultados sugieren explorar la efectividad de programas como CAMS (Evaluación y gestión colaborativa de las tendencias suicidas) u otros asociados a estrategias basadas en la evidencia (Jobes et al., 2019) o de otros tipos de terapia psicológica como la Terapia Dialéctica, además de otros programas mixtos que integren información y educación psicosocial (Meerwijk et al., 2016) sobre suicidio, terapias psicológicas y plataformas digitales que acompañen un proceso de seguimiento efectivo.

Así también incorporar vínculos de los programas de prevención con otras estrategias de probado reconocimiento de bienestar psíquico adolescente (Sandoval-Ato et al., 2017) como el programa de aprendizaje socioemocional (SEL) que opera como mecanismo de prevención temprana (Zamora et al., 2019), estrategias de mentalización que han mostrado un factor importante de resiliencia frente a factores de estrés (Bateman & Fonagy, 2018) u otras experiencias específicas con poca evidencia científica vinculada a esta temática.

6.7. Conclusión

Se identificaron 34 intervenciones clínicas, educativas y psicosociales para prevenir CS en adolescentes y adultos jóvenes que presentan de forma clara resultados en torno a los efectos de diversos programas orientados a influir en dicha conducta. Del análisis de los estudios revisados fue posible señalar que los programas que cuentan con efectividad declarada e indicadores altos de calidad de la certeza fueron principalmente los clínicos, que operan con tratamientos psicológicos, por lo que estos resultaron los más relevantes a la hora de elegir construir o planificar un programa de prevención de suicidio.

Aun cuando existen intervenciones directas que son efectivas en la prevención de la conducta suicida, como se demostró en la presente revisión sistemática, no parecen suficientes. Se necesita aumentar el conocimiento y evidencia científica sobre nuevos programas para reducir aún más, tanto las muertes por suicidio como las tentativas. Estos programas deben estar respaldados por estudios empíricos, preferentemente a través de ECAs, que permitan transformar las experiencias profesionales en evidencia científica relevante para la toma de decisiones, una vez que la conducta suicida a cualquier edad es un hecho humano de gran complejidad que debe ser abordado desde perspectivas diferentes de conocimiento.

Capítulo 7: Conclusiones y perspectivas futuras

7.1.- Conclusiones

El estudio de la salud mental se ha transformado en prioridad global, debido a la creciente demanda de personas que presentan estados de malestar o dolencia crónica por enfermedades asociadas a la esfera emocional. Esto ha llevado a trabajar en el diagnóstico de ciertas patologías y, a la vez, establecer equipos médicos que se hayan dedicado a la construcción de estrategias de intervención de salud pública y nuevas opciones terapéuticas en patologías específicas de salud mental, en distintos segmentos de la población (Toro, 2018).

Esta preocupación se ha visto agudizada a la hora de evidenciar que los sistemas de atención primaria han comenzado a recibir consultas de temas como ansiedad, estrés y depresión en una población cada vez más joven, manifestando una serie de conductas autolesivas y suicidas que han proliferado en la población de adolescentes y adultos jóvenes. Es así como la muerte por suicidio se ha transformado en la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años en España y la tercera en Chile, de acuerdo con los informes de los sistemas sanitarios de España y Chile respectivamente (Cañón & Carmona, 2018; Cortés et al., 2019; Fonseca & de Albéniz, 2020;). Estos datos han llevado a evaluar los motivos del porqué existe una alta incidencia de la conducta suicida en estudiantes universitarios chilenos.

Es conocido que, durante el inicio de la vida universitaria, los adolescentes vienen cerrando una etapa que estuvo caracterizada por complejos procesos de identidad, intimidad, independencia de los padres y elección de la carrera, todo lo cual, eventualmente, podría repercutir en su salud mental (Kobus et al., 2020). Esta etapa se complejiza, por todos los factores estresantes propios del entorno universitario, que obligan a este adolescente tardío a asumir responsabilidades de un adulto con desafíos o crisis aún no superadas (Barrera-Herrera & San Martín, 2021). Esta presión no necesariamente es abordada por las universidades, ya que desde los sistemas de acompañamiento estudiantil se instalan modelos estandarizados centrados en el

rendimiento académico y alejados de los requerimientos emocionales de sus propios usuarios.

La conducta suicida en población universitaria chilena ha sido un desafío para las direcciones de acompañamiento estudiantil que, hasta ahora, no han logrado establecer una comprensión global del fenómeno.

Considerando aquello, el marco teórico intentó profundizar en la salud mental como concepto general, las políticas y experiencias existentes en esta materia y la comprensión desde un modelo biopsicosocial, abordando la controversia en la destinación de fondos para este tema como prioridad en la salud pública.

Se expuso la forma en que ciertos factores o variables psicológicas giran en torno a los factores intervinientes en la conducta suicida (Tabares et al., 2020), y cómo esta conducta contempla un espectro en el cual se engloban la IS, la planificación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado (Inostroza et al., 2022). Respecto de este espectro, los estudios vinculan cuadros y factores psicosociales como la impulsividad, la autoestima, la depresión, la ansiedad y el estrés, así como la despersonalización con el pensamiento y la ideación suicida (Castillo, 2022).

Se profundiza, además, respecto de la conducta suicida en jóvenes y para ello se advierten las características particulares de la adolescencia y la juventud, visibilizando la compleja carga que se produce en los jóvenes universitarios, debido a la expectativa social de convertirse en profesionales de un área temática específica. Este desafío aparece cuando ni siquiera existe claridad respecto de la propia identidad personal y, por ende, tampoco de la arquitectura asociada al plan de vida. Esta dinámica se ve complejizada por las presiones de aceptación del grupo social y la búsqueda de inclusión y pertenencia que, en ocasiones, va en contra de la presión que la propia universidad establece para que el joven instale en sus prioridades la responsabilidad y el rendimiento, omitiendo su necesidad social y afectiva.

Estas múltiples demandas afectan a la vida psíquica y pudiesen ser un importante factor de riesgo para presentar trastornos en la esfera emocional y social que pueden derivar hacia una CS. Los jóvenes son prioridad en las políticas de promoción y prevención

en salud mental, lo que opera como un escenario privilegiado en la intervención en promoción de la salud mental (Quintero-Jurado & Ossa-Henao, 2018).

No obstante, la existencia de estos importantes estudios en salud mental universitaria, surgen algunos temas de reflexión que fundamentan la necesidad de estar continuamente evaluando condicionantes que van emergiendo en lo cotidiano. Barrera-Herrera y San Martín, (2021) recomiendan poner atención a la prevalencia informada en cada investigación, a la diferenciación de sintomatologías según variables sociodemográficas, a la exclusión de otras variables intervinientes como, por ejemplo, la procedencia y recomiendan desarrollar estudios que evalúen de forma regular este fenómeno.

Comprender la CS favorece la construcción de programas cada vez más efectivos en el abordaje del suicidio en población universitaria. Hasta ahora las acciones más promisorias han estado vinculadas con estrategias educativas dirigidas principalmente a familias en donde han existido intentos previos de suicidio, debido a que el riesgo es mayor en estos casos (Krmpotic & Barrón, 2021). Los programas expuestos dan cuenta de estas acciones, ya sean de origen público o privado, pero no necesariamente contemplan acciones educativas preventivas en niveles primarios de formación donde se puede instalar el bienestar, como una opción por la vida.

La presente tesis ha reflexionado respecto de factores de riesgo que se han declarado luego del trabajo con personas y familias que han presentado conductas suicidas, o de familias que han reportado situaciones específicas que antecedieron la decisión de suicidio de personas que finalmente consumaron su ideación. Esta identificación de factores de riesgo se realiza principalmente en los espacios en donde las personas viven cotidianamente, por lo que, en el caso específico de este trabajo, el mundo universitario se convierte en el entorno natural en el que es posible agenciar situaciones que pudieran estar influyendo en la vida cotidiana de los jóvenes (O'Reilly et al., 2018a).

Más específicamente, los resultados del estudio empírico desarrollado en esta Tesis permitieron identificar la depresión y la ansiedad como factores de riesgo que influyen en la manifestación de la conducta suicida, así como también, evidenciar la importancia de la

autoestima, como factor protector para el ser humano. Una adecuada autoestima permite que los jóvenes sean capaces de enfrentar un contexto desfavorable y sobreponerse a situaciones de agobio y estrés.

Hoy en día, las instituciones de educación superior intentan identificar las necesidades de salud mental de sus usuarios (Gallardo, 2019), pero no necesariamente, establecer indicadores psicológicos en relación con riesgo suicida. Esto se convierte en un tema de interés más aún cuando estos antecedentes pueden transformarse en un argumento relevante para garantizar el buen vivir de los estudiantes.

7.2. Síntesis de las principales aportaciones

Este trabajo de tesis puede presentar diversos aportes a la comprensión de la CS desde una perspectiva que trasciende a un abordaje bio-médico considerando factores psicosociales y de expresión cultural y comunitaria. Primero se desarrolló una investigación con universitarios chilenos para determinar la frecuencia y relación entre ciertas variables psicológicas y la CS y, posteriormente, se realizó una revisión sistemática con programas de prevención de suicidio con resultados de efectividad publicados.

Los resultados del primer estudio mostraron una asociación entre la impulsividad no planeada y la CS, variable que, si bien estaba presente en otros estudios, aparecía subsidiada por otras manifestaciones que han capturado la atención de investigadores y que tradicionalmente se han asociado al suicidio como la desesperanza, que en este estudio no mostró ser importante en detectar las personas en riesgo de ideación suicida. Si bien en este estudio no existe evidencia significativa respecto de diferencias entre años de formación, hay otros hallazgos (Conley et al., 2020) que dan cuenta de la existencia de una mayor sensibilidad a factores de riesgo o presiones externas en los dos primeros años de ingreso a la Universidad.

El estudio desarrollado si bien declara la relación entre ciertos factores psicológicos y la CS, tiene además la intención futura de proponer estrategias de abordaje que puedan atenuar trastornos emocionales que provocan desequilibrios personales, afectivos y académicos de los universitarios chilenos, actuando directamente sobre el pensamiento

suicida (Martínez-Monteagudo et al.,2020). Estos hallazgos, entre otros reportados en los capítulos presentados, dan un sustento para avanzar en esta propuesta con un énfasis en trabajo de impulsividad, que considere mecanismos de rápida respuesta que use las aplicaciones como medio de notificación y asistencia, e incorpore a toda la comunidad en el desafío de trabajar por la vida y el bienestar.

Po otro lado, el segundo estudio presentó una serie de programas que han sido efectivos en diversos países del mundo y que se concentran en estrategias psicoterapéuticas para quienes han presentado CS, acompañados con recursos tecnológicos como aplicaciones para realizar seguimientos de casos específicos. Se incorporan, además, programas de educación de corte masivo que apuntan a trabajar desde el entorno escolar con acciones preventivas, considerando como actor clave al grupo de pares, quienes son capacitados y formados para detectar, acoger y derivar estudiante con conductas de riesgo.

7.3. Limitaciones y líneas futuras de investigación

La primera limitación dice relación con las dificultades de acceso a la muestra, hoy en día existe un sinnúmero de investigaciones que se desarrollan con estudiantes universitarios, por lo que se produce una cierta saturación en esta población respecto de su participación en diversos estudios.

Una segunda limitación se refiere a la información personal o sociodemográfica posible de solicitar a los estudiantes, hoy en día las regulaciones éticas establecidas en Chile por la Ley 20120, protegen en dignidad y derecho la participación de las personas en estudios de investigación y regulan la solicitud de datos que puedan atentar contra el anonimato y utilidad del dato requerido. Esta restricción evita poder obtener otros datos interesantes a la hora de establecer, por ejemplo, preguntas que pudieran afectar su bienestar o generar algún tipo de malestar o peligro para su integridad psíquica.

Una tercera limitación se refiere al uso de instrumentos, la investigación en Chile requiere para su realización de la autorización y aprobación de un comité de ética científico acreditado por el Ministerio de Salud chileno, quienes establecen en sus normativas el uso

de pruebas que cuenten con validación en población chilena, por esta razón la selección de pruebas se vio condicionada por este requerimiento.

Otra limitación se relaciona con la revisión sistemática, allí se utilizaron metabuscadores y buscadores que contaban con acceso libre o que fue posible acceder a ellos por convenios institucionales de la Universidad Mayor de Chile en donde trabaja el autor del estudio. Si bien se usaron buscadores como Pubmed, Scielo y Scopus, pudo haberse ampliado a otras bases relevantes.

En relación con futuras líneas de investigación aparecen una serie de factores importantes de investigar y que fueron apareciendo de manera tangencial en los artículos revisados para la construcción de esta tesis. Entre ellos, se encuentran la relación de la medicalización y la CS, la aparición de trastornos alimenticios, las relaciones de pareja, las expresiones de género y experiencias de discriminación reportadas por minorías étnicas, religiosas o sexuales.

7.4. Consideraciones Finales

La velocidad de los cambios sociales y un marcado énfasis por conductas individualistas han ido dejando fuera a quienes no logran seguir el ritmo de una sociedad que cada vez hace menos pausas para ocuparse del bienestar psíquico de las personas. De allí que la creciente demanda por atención en salud mental es un llamado crítico y urgente a un cambio en las prioridades socioculturales y a un vuelco desesperado hacia la vida y el bienestar.

La CS ha aumentado su presencia en la población juvenil, allí donde se cifran los cambios y donde se construyen las nuevas sociedades. Las universidades como centro del conocimiento y la formación de futuros profesionales no pueden estar ajenas al desarrollo integral de sus estudiantes, considerando la salud emocional como una inversión en la que toda la comunidad universitaria debe estar involucrada.

Los datos obtenidos en esta tesis reportaron que un subgrupo de estudiantes parecen ser más susceptibles de presentar factores de riesgo para la IS, por lo que se

requiere sostener los programas de atención psicológica existentes, pero además, destinar recursos para financiar programas focalizados que puedan promover el bienestar y la calidad de vida y, de paso, prevenir la CS.

Referencias

- Acosta, Y., Monroy, G., Alvear, R., & Meneses, S. (2019). ¿Qué afecta más al estudiante universitario, vivir solo o en una familia disfuncional? *Enfermería Investiga*, 4(2), 3-7. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/512>
- Aguilar, I., Louro, I., & Perera, L. S. (2012). Ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en Nueva Paz. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(1), 74-83. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S08644662012000100008&script=sci_arttext&lng=pt
- Akhtar, P., Ma, L., Waqas, A., Naveed, S., Li, Y., Rahman, A., & Wang, Y. (2020). Prevalence of depression among university students in low and middle income countries (LMICs): a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 274, 911-919. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.183>
- Akpınar Aslan, E., Batmaz, S., Yildiz, M., & Songur, E. (2020). Suicide attempts in Turkish university students: The role of cognitive style, hopelessness, cognitive reactivity, rumination, self-esteem, and personality traits. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(4), 579-601. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10942-020-00354-3>
- Álamo, C., Bejert, T., Bagladi, V., Cárcamo, N., San Martín, D. & Fischer, M. (2021). Perfil integrativo de pacientes de salud mental atendidos en el Centro de Salud Universitario de la Universidad Austral de Chile. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa* (9), 9-20. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2018/03/AcPI_2017.pdf
- Alamo, P., Baader, M., Antúnez S., Zayra, Bagladi, L., & Bejer, T. (2019). Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 167-175. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200167>
- Alavi, A., Sharifi, B., Ghanizadeh, A., & Dehbozorgi, G. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in decreasing suicidal ideation and hopelessness of the adolescents with previous suicidal attempts. *Iranian journal of pediatrics*, 23(4), 467. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3883378/>

- Albarello, F., Crocetti, E., & Rubini, M. (2018). I and us: A longitudinal study on the interplay of personal and social identity in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 47(4), 689-702. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-017-0791-4>
- Aldana, A. M. R., Peña, A. A. R., & Sánchez, S. M. (2021). Indicadores psicosociales de riesgo de conducta suicida en población adolescente. *Revista 16 de abril*, 60(279), 1067. https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1067
- Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social determinants of mental health: where we are and where we need to go. *Current psychiatry reports*, 20(11), 1-13. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-018-0969-9>
- Alothman, D., & Fogarty, A. (2020). Global differences in geography, religion and other societal factors are associated with sex differences in mortality from suicide: an ecological study of 182 countries. *Journal of affective disorders*, 260, 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.093>
- Amador R., 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
- Amaral, A. P., Sampaio, J. U., Matos, F. R. N., Pocinho, M. T. S., de Mesquita, R. F., & Sousa, L. R. M. (2020). Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção. *Enfermería Global*, 19(3), 1-35. <https://doi.org/10.6018/eglobal.402951>.
- Angulo, R. (2020). Vulnerabilidad social y vulnerabilidad psicológica: el gran desafío de la salud mental en latinoamérica ante el covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(2). <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/418>

- Antúnez Z., Vinet, E. (2012) Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*; 30 (3): 49-55. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- APA (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-*DSM 5*. Asociación Americana de Psiquiatría. Médica Panamericana. <http://www.cociepsi.com/2016/03/dsm-v-descarga-gratuita.html>
- Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G., & Sanhueza, A. (2021). Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45. 3-9 <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4>
- Araya I., C. (2014). Inserción de las psiquiatrías nacionales en el contexto de consolidación de la modernización latinoamericana: Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, Santiago de Chile, 1937. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Nouveaux mondes mondes nouveaux-Novo Mundo Mundos Novos-New world New worlds*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.66931>
- Ardiles-Irarrázabal, R. A., Alfaro-Robles, P. A., Díaz-Mancilla, I. E., & Martínez-Guzmán, V. V. (2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Aquichan*, 18(2), 160-170. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.4>
- Arias Molina, Y., Herrero Solano, Y., Cabrera Hernández, Y., Guyat, D. C., & Mederos, Y. G. (2020). Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400012
- Asarnow, J. R., Berk, M., Hughes, J. L., & Anderson, N. L. (2015). The SAFETY Program: a treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*. *American Psychological Association, Division*, 53, 44(1), 194–203. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.940624>

- Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506–514. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015>
- Aseltine, R. H., Jr, & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American journal of public health*, 94(3), 446–451. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.446>
- Aseltine, R. H., Jr, James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC public health*, 7, 161. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-161>
- Avdic, D., Sonja, C. & Kamhöfer, D.A. (2021). Economic recessions and mental health in Germany. *European Economic Magazine*, 140, 103915. <https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2021.103915>
- Baader, T (2018). Programa Vive yo te ayudo. Universidad Austral de Chile. Manual de formación para facilitadores. <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/VIVE-YO-TE-AYUDO%20Manual%20para%20la%20formaci%C3%B3n%20de%20facilitadores%20comunitarios.pdf>
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., ... & Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004>
- Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia, S., Cabezas Corcione, A., & Sepúlveda-Aravena, J. (2019). Efectos del programa CIPRES sobre el riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 83-91. <https://doi.org/10.5944/rppc.23667>
- Barratt E. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*; 9, 8. <https://doi.org/10.2466/pms.1959.9.3.191>

- Barrera-Herrera, A., y San Martín, Y. (2021). Prevalencia de Sintomatología de Salud Mental y Hábitos de Salud en una Muestra de Universitarios Chilenos. *Psykhé* (Santiago), 30(1), 1-16. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2019.21813>
- Barrios, L. (2018). Teorías criminológicas sobre la delincuencia juvenil. *Revista Aequitas: Estudios sobre historia, derecho e instituciones*, (11), 27-48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6605343>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2018). Tratamiento basado en la mentalización. *Aperturas Psicoanalíticas*, 59(31), 1-22. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P., & Bridge, J. A. (2019). Nonsuicidal self-injury and suicidal behaviors in girls: The case for targeted prevention in preadolescence. *Clinical psychological science*, 7(4), 643-667. <https://doi.org/10.1177/2167702618818474>
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). Cognitive therapy of depression. *Guilford press*. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=L09cRS0xWj0C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Beck,+A.+T.+\(Ed.\).+\(1979\).+Cognitive+therapy+of+depression.+Guilford+press.&ots=FYSddPapbi&sig=_9XZR5jxSRB6kTknWlbadKtel64#v=onepage&q=Beck%2C%20A.%20T.%20\(Ed.\).%20\(1979\).%20Cognitive%20therapy%20of%20depression.%20Guilford%20press.&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=L09cRS0xWj0C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Beck,+A.+T.+(Ed.).+(1979).+Cognitive+therapy+of+depression.+Guilford+press.&ots=FYSddPapbi&sig=_9XZR5jxSRB6kTknWlbadKtel64#v=onepage&q=Beck%2C%20A.%20T.%20(Ed.).%20(1979).%20Cognitive%20therapy%20of%20depression.%20Guilford%20press.&f=false)
- Beck A.T. & Steer R. A. (1989) Clinical predictors of eventual suicide: A five to ten year prospective study of suicide attempters. *J Affect Disord* 1989; 17: 203-9 [10.1016/0165-0327\(89\)90001-3](https://doi.org/10.1016/0165-0327(89)90001-3)
- Beck A.T., Steer R.A., Beck J.S., Newman C.F.(1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life-Threat Behav*, 23(2)139-145. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(89\)90001-3](https://doi.org/10.1016/0165-0327(89)90001-3)
- Benavides, V., Villota, N., y Villalobos, F. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3). <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>
- Bennetts, M. T. I., Ramos, R. A. E., Machado, I. B., González, A. S., & Villegas, J. F. (2018). Estado de salud mental de adolescentes que cursan la educación media

- superior. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud: RICS*, 7(13), 100-124.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6685151>
- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. *Revista De Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106.
<https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>
- Blandón-Cuesta, O. M., Andrade-Salazar, J. A., Quintero-Núñez, H., García-Peña, J. J., Layne-Bernal, B. (2015). El suicidio: cuatro perspectivas. Medellín, Fundación Universitaria Luis Amigó, 2015 Colombia.
<https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/239>
- Bloch-Elkouby, S., Gorman, B., Lloveras, L., Wilkerson, T., Schuck, A., Barzilay, S., ... & Galynker, I. (2020). How do distal and proximal risk factors combine to predict suicidal ideation and behaviors? A prospective study of the narrative crisis model of suicide. *Journal of Affective Disorders*, 277, 914-926.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.088>
- Bonilla, A. R. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Editorial Desclee de Brouwer.
https://www.academia.edu/44324168/2013_Intervenci%C3%B3n_En_Crisis_En_Las_Conductas_Suicidas_Alejandro_Rocamora
- Booth, A., Clarke, M., Dooley, G., Ghersi, D., Moher, D., Petticrew, M., & Stewart, L. (2012). The nuts and bolts of PROSPERO: an international prospective register of systematic reviews. *Systematic reviews*, 1(2), 1-9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-2>
- Bornheimer, L. A., Czyz, E., Koo, H. J., Verdugo, J. L., Eisenberg, D., Zheng, K., ... & King, C. A. (2022). Suicide risk profiles and barriers to professional help-seeking among college students with elevated risk for suicide. *Journal of psychiatric research*, 152, 305-312.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.028>
- Braga, J. D. S., (2020). O suicídio sob o olhar da Psicologia Existencial-Humanista. Faculdade de educação e meio ambiente *Repins UniFaema*, 1-44
<http://repositorio.faema.edu.br:8000/jspui/handle/123456789/2745>

- 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>
- Bravo, O. A. (2021). Salud mental y resocialización: tensiones y desafíos: tensiones y desafíos. *Teoría e Cultura, 16*(2). <https://doi.org/10.34019/2318-101X.2021.v16.33802>
- Breux, P., & Boccio, D. E. (2019). Improving Schools' Readiness for Involvement in Suicide Prevention: An Evaluation of the Creating Suicide Safety in Schools (CSSS) Workshop. *International journal of environmental research and public health, 16*(12), 2165. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122165>
- Bustamante F; Urquidi C; Florenzano R; Barrueto C; de Los Hoyos J; Ampuero K; Terán L; Figueroa MI; Farías M; Rueda ML; Giacaman E. (2018). *Revista Chilena De Pediatría, 89*(1), 145-148. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000100145>
- Campodónico, N. (2018). Configuración de las políticas públicas desde la profesionalización de la Psicología en Argentina hasta la Ley de Salud Mental (1954–2010). *Coordenadas: Revista de Historia Local y Regional, 5*(2), 67-89. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/176989>
- Cañón Buitrago, S. C., & Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria, 20*(80), 387-397. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322018000400014&script=sci_arttext&tlng=pt
- Carou, M., Romero, E., & Luengo, M. Á. (2016). Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastornos de personalidad. *Adicciones, 29*(2), 113-124. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/889>
- Casad, B. J., Petzel, Z. W., & Ingalls, E. A. (2019). A model of threatening academic environments predicts women STEM majors' self-esteem and engagement in STEM. *Sex Roles, 80*(7), 469-488. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-0942-4>
- Casado, J. I. S., & Sánchez, E. I. B. (2021). Estudio de la salud mental en estudiantes universitarios de la rama socio-sanitaria. *Revista INFAD de Psicología. International*

- Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 27-40.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2133>
- Castaño-Pulgarín, S. A., & Betancur-Betancur, C. (2019). Salud mental de la niñez: significados y abordajes de profesionales en Medellín, Colombia. *CES Psicología*, 12(2), 51-64. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.2.5>
- Castillo Martell, H., & Cutipé Cárdenas, Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 326-333. <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n2/326-333>
- Castillo Patton, A. E. (2022). Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas. *Gestión Y Análisis De Políticas Públicas*, (28), 6–26. <https://doi.org/10.24965/gapp.i28.10956>
- Cejudo, J., Rodrigo-Ruiz, D., López-Delgado, M. L., & Losada, L. (2018). Emotional intelligence and its relationship with levels of social anxiety and stress in adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 10-73. <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/6/1073>
- Cera, F. Y. G., Cantillo, C. D., & Padrón, L. M. (2022). El programa psicoeducativo como método de prevención del intento suicida en estudiantes de preuniversitario. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v10i1.3281>
- Clarke, S., Allerhand, L. A., & Berk, M. S. (2019). Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-1794. <https://doi.org/10.12688/f1000research.19868.1>
- Conley, C. S., Shapiro, J. B., Huguenel, B. M., & Kirsch, A. C. (2020). Navigating the college years: Developmental trajectories and gender differences in psychological functioning, cognitive-affective strategies, and social well-being. *Emerging Adulthood*, 8(2), 103-117. <https://doi.org/10.1177/2167696818791603>
- Cortés, A., Suárez, R., & Serra, S. (2019). Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252019000400011

- Cosgrove, L., Mills, C., Karter, J. M., Mehta, A., & Kalathil, J. (2020). A critical review of the Lancet Commission on global mental health and sustainable development: Time for a paradigm change. *Critical Public Health*, 30(5), 624-631.
<https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1667488>
- Crocetti, E. (2018). Identity dynamics in adolescence: Processes, antecedents, and consequences. *European Journal of Developmental Psychology*, 15(1), 11-23.
<https://doi.org/10.1080/17405629.2017.1405578>
- Crosby, A.E., Ortega, L. y Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements (Version 1.0). Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, and National Center for Injury Prevention and Control. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11997>
- Cuenca-Robles, N. E., Robladillo-Bravo, L. M., Meneses-La Riva, M. E., & Suyo-Vega, J. A. (2020). Salud mental en adolescentes universitarios latinoamericanos: Revisión sistemática. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 39(6), 689-705.
<https://biblat.unam.mx/es/revista/archivos-venezolanos-de-farmacologia-y-terapeutica/articulo/salud-mental-en-adolescentes-universitarios-latinoamericanos-revision-sistemica>
- Czyz, E. K., Arango, A., Healy, N., King, C. A., & Walton, M. (2020). Augmenting Safety Planning with Text Messaging Support for Adolescents at Elevated Suicide Risk: Development and Acceptability Study. *JMIR mental health*, 7(5).
<https://doi.org/10.2196/17345>
- Czyz, E. K., King, C. A., Prouty, D., Micol, V. J., Walton, M., & Nahum-Shani, I. (2021). Adaptive intervention for prevention of adolescent suicidal behavior after hospitalization: a pilot sequential multiple assignment randomized trial. *Journal of child psychology and psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13383>
- Czyz, E.K., King, C.A. & Biermann, B.J. (2019). Motivational Interviewing-Enhanced Safety Planning for Adolescents at High Suicide Risk: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J*

Clin Child Adolesc Psychol, 48(2), 250-262.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1496442>

da Costa-Santos, C.M., de Mattos-Pimenta, C.A., & Nobre, M.R. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem*. 15(3), 508-11. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>. PMID: 17653438.

Daray, F., 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*, 73(3), 205-11. <https://europepmc.org/article/med/27805559>

Daray, F. M., Olivera Fedi, R. H., & Rodante, D. E. (2018). Desarrollo de CALMA: una aplicación para dispositivos móviles inteligentes para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 55-64. <https://es.scribd.com/document/448692632/Desarrollo-de-CALMA-una-aplicacion-para-dispositivos-moviles-inteligentes-para-la-prevencion-del-suicidio-en-adolescentes-y-jovenes>

Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS one*, 10(5), e0126870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870>

Dávila, Z. B., & León, A. C. A. (2019). Las demandas emocionales de los adolescentes. ¿Qué podemos hacer? *Voces de la Educación*. <https://hal.science/hal-02511694/>

Debowska, A., Horeczy, B., Boduszek, D. y Dolinski, D. (2020). Una encuesta transversal repetida que evalúa el estrés, la depresión, la ansiedad y las tendencias suicidas de los estudiantes universitarios en las primeras etapas de la pandemia de COVID-19 en Polonia. *Medicina Psicológica*, 1-4. <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/2665>

DeVille, D. C., Whalen, D., Breslin, F. J., Morris, A. S., Khalsa, S. S., Paulus, M. P., & Barch, D. M. (2020). Prevalence and family-related factors associated with suicidal ideation,

- suicide attempts, and self-injury in children aged 9 to 10 years. *JAMA network open*, 3(2), doi:10.1001/jamannetworkopen.2019.20956
- Diamond, G. S., Kobak, R. R., Krauthamer Ewing, E. S., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M., & Gallop, R. J. (2019). A Randomized Controlled Trial: Attachment-Based Family and Nondirective Supportive Treatments for Youth Who Are Suicidal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(7), 721–731. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.006>
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122–131. <https://doi.org/10.1097/00004583-201002000-00006>
- Díez-Gómez A, Pérez de Albéniz A, Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E. SENTIA (2020) An Adolescent Suicidal Behavior Assessment Scale. *Psicothema*. 32(3), 382- 389. doi: 10.7334/psicothema2020.27 <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/201795/382-389.pdf?sequence=1>
- Dobrucalı, B., & Özkan, T. (2021). What is the role of narcissism in the relationship between impulsivity and driving anger expression? *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 77, 246-256. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2021.01.008>
- Doimeadios, E. E. C., & Martínez, D. G. (2020). Psicoterapia multifamiliar para adolescentes en hospitalización parcial. *Correo Científico Médico de Holguín*, 24(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95781>
- Donaldson, D., Spirito, A., Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 44(2),113-20. <https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00003>.
- Durkheim, E. (1982). *El Suicidio*. Akal editor. https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/el_suicidio_-_durkheim_emilie.pdf

- Eaton, J., Qureshi, O., Salaria, N., Ryan, G. (2018) The Lancet Commission on Mental Health and Sustainable Development: Evidence for action on mental health and global development. Mental Health Innovation Network, Centre for Global Mental Health, London, UK: London School of Hygiene and Tropical Medicine. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31612-X/fulltext?amp;utm_source=twitter&](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31612-X/fulltext?amp;utm_source=twitter&)
- Echávarri O., Maino M., Fischman R., Morales S., & Barros J. (2015) Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Pontificia Universidad Católica de Chile*. <https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/45709/N-%C2%A679%20Aumento%20sostenido%20del%20suicidio%20en%20Chile.%20%20Un%20tema%20pendiente.pdf?sequence=1>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Elov, Z. S. (2022). Suicide as a global problem facing humanity. *Science and Education*, 3(2), 1247-1252. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/EJ7U4>
- Epstein, S., Roberts, E., Sedgwick, R., Polling, C., Finning, K., Ford, T., ... & Downs, J. (2020). School absenteeism as a risk factor for self-harm and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(9), 1175-1194. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-019-01327-3>
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A., & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Espandian, A., González, M., Reijas, T., Florez, G., Ferrer, E., Saiz, P. A., ... & Bobes, J. (2020). Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(1), 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>
- Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C. M., Newton-Sánchez, O. A., & Plasencia-García, G. R. (2010). Violencia doméstica y

- riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud pública de México*, 52, 213-219. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25805>
- Esposito-Smythers, C., Wolff, J. C., Liu, R. T., Hunt, J. I., Adams, L., Kim, K., Frazier, E. A., Yen, S., Dickstein, D. P., & Spirito, A. (2019). Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors: a randomized trial. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(10), 1133–1141. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13095>
- Estévez, A., Chávez-Vera, M. D., Momeñe, J., Olave, L., Vázquez, D., & Iruarrizaga, I. (2018). El papel de la dependencia emocional en la relación entre el apego y la conducta impulsiva. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 34(3), 438–445. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.313681>
- Eurostat. Oficina Estadística de las Comunidades Europeas (2017). Research and development annual statistics.[Online].< https://www.ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/R_&_D_expenditure>
- Fischer, T. B., Wood, C., & Jones, C. (2002). Policy, plan, and programme environmental assessment in England, the Netherlands, and Germany: practice and prospects. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 29, 159-172. <https://doi.org/10.1068/b2787>
- Fonseca P., E., & de Albéniz, P. A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://www.redalyc.org/journal/1806/180667951007/180667951007.pdf>
- Fraguas, D., Zarco, J., Balanzá-Martínez, V., García, J. F. B., Murcia, C. B., Cabrera, A., ... & Arango, C. (2021). La humanización en los planes de salud mental en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.08.003>
- Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>

- Gaete V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente [Adolescent psychosocial development]. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436–443. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Galindo, C. G., y Bahamón, M. J. (2017). Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida. *Leonardo Yunda Perlaza Vicerrector de Desarrollo Regional y Proyección Comunitaria Leonardo Evemeleth Sánchez Torres Vicerrector de Servicios a Aspirantes, Estudiantes y Egresados*, 43. https://www.academia.edu/35088469/Teor%C3%ADa_cognitiva_y_teor%C3%ADa_interpersonal_psicol%C3%B3gica_del_comportamiento_suicida
- Gallardo, G. (2019) Educación Superior y Salud Mental Juvenil: Perspectiva relacional. En *Revista RT-Instituto Nacional de la Juventud*. Gobierno de Chile, 8 https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/rt_30.pdf
- Gandré, C., Rosenberg, S., Coldefy, M. & OR, Z. (2019). Local experimentation with a stepped attention approach to the treatment of mild to moderate mental disorders in France: challenges and opportunities. *Health policy*, 123 (11), 1021-1027. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.08.006>
- Gao, W., Luo, Y., Cao, X., & Liu, X. (2022). Gender differences in the relationship between self-esteem and depression among college students: a cross-lagged study from China. *Journal of Research in Personality*, 97, 104202. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2022.104202>
- Gao, W., Ping, S., & Liu, X. (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: a longitudinal study from China. *Journal of affective disorders*, 263, 292-300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.121>
- García, J. B. (2014). Programas de prevención del comportamiento suicida. *PSIQUIATRÍA*, 95. <https://www.encuentrosenpsiquiatria.com/wp-content/uploads/2019/02/Aspectos-Socioculturales-del-suicidio-.pdf#page=96>
- García, A. G. G., & Contreras, C. M. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. *Salud Mental*, 31(4), 321-330. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000400009&script=sci_abstract&tlng=pt

- García-Carretero, M. Á., Moreno-Hierro, L., Martínez, M. R., Jordán-Quintero, M., Morales-García, N., & O'Ferrall-González, C. (2019). Patrones de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud. *Enfermería Clínica, 29*(5), 291-296. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.01.003>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., & González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38*(134), 381-400. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González- González, M., Barrio-Martínez, S., y García-Pascual, R. (2019). ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de Psicología, 37*(2), 91–100. <https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/807>
- Gatica-Saavedra, M., Vicente, B., & Rubí, P. (2020). Analysis of the new Chilean mental health care plan. *Revista médica de Chile, 148*(4), 500-505. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400500>
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., ... & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of affective disorders, 245*, 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., ... & Boatman, A. E. (2020). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, 61*(3), 294-308. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>
- Gómez, E. N. G., Rodríguez, S. C., & Arriaga, C. A. (2015). Una perspectiva transdisciplinar en el abordaje del suicidio. Una mirada más allá del estigma y la exclusión. *Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar*. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROFenomenoSuicida.pdf#page=83

- Gómez Tabares, A. S., Núñez, C., Caballo, V. E., Agudelo Osorio, M. P., & Grisales Aguirre, A. M. (2019). Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(3). <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/03.Gomez-27-30a.pdf>
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M., & Sánchez, M. A. (2013). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. http://132.247.16.48/index.php/salud_mental/article/view/702
- Gopalkrishnan, N. (2018). Cultural diversity and mental health: Considerations for policy and practice. *Frontiers in public health*, 6, 179. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00179>
- Gray, S. & Glackin, D. (2021). Terapia Analítica Cognitiva (TAC). En *Salud Mental del Niño y del Adolescente* (pp. 441-447). Prensa CRC. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003083139-66/cognitive-analytic-therapy-cat-sally-gray-di-glackin>
- Guirado, C., & Gil, M. (2021). El campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe. Hacia una historización de políticas públicas, sentidos y prácticas. *Revista De La Escuela De Antropología*, (XXIX). <https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXIX.143>
- Gunnell, D., Caul, S., Appleby, L., John, A., & Hawton, K. (2020). The incidence of suicide in University students in England and Wales 2000/2001–2016/2017: Record linkage study. *Journal of affective disorders*, 261, 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.079>
- Guyatt, G., Oxman, A.D., Akl, E.A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., DeBeer, H., Jaeschke, R., Rind, D., Meerpohl, J., Dahm, P. & Schünemann, H.J. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*, 64(4), 383-94. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>.
- Harrod, C. S., Goss, C. W., Stallones, L., & DiGuseppi, C. (2014). Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational

- settings. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD009439. 10.1002/14651858.CD009439.pub2
- Hassanian-Moghaddam, H., Sarjami, S., Kolahi, A. A., & Carter, G. L. (2011). Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry*, 198(4), 309-316. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.067199>.
- Hegerl, U. (2022). Prevention of suicidal behavior. *Dialogues in clinical neuroscience*. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.2/uhegerl>
- Horowitz, L., Tipton, M.V., & Pao, M. (2020). Prevención primaria y secundaria del suicidio juvenil. *Pediatría*, 145(2), 195-203. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2056H>
- Hernández Prados, M.A., Belmonte García, L. & Martínez Andreo, M.M. (2018). Autoestima y ansiedad en los adolescentes. *ReiDoCrea*, 7, 269-278 DOI [10.30827/Digibug.54133](https://doi.org/10.30827/Digibug.54133)
- Hernández-Bello L., Hueso-Montoro C., Gómez-Urquiza J.L., Cogollo-Milanés Z. (2020) Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*, 94. <http://hdl.handle.net/10481/63924>
- Högberg, G., & Hällström, T. (2018). Mood Regulation Focused CBT Based on Memory Reconsolidation, Reduced Suicidal Ideation and Depression in Youth in a Randomised Controlled Study. *International journal of environmental research and public health*, 15(5), 921. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050921>
- Hom, M. A., Davis, L., & Joiner, T. E. (2018). Survivors of suicide attempts (SOSA) support group: Preliminary findings from an open-label trial. *Psychological Services*, 15(3), 289–297. <https://doi.org/10.1037/ser0000195>
- Honorato, T. M., González, N. I., Ruiz, A. O. & Andrade, P. (2019). Desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida. *Nova scientia*, 11(22), 413-432. <https://doi.org/10.21640/ns.v11i22.1825>
- Hou, T. Y., Mao, X. F., Dong, W., Cai, W. P., & Deng, G. H. (2020). Prevalence of and factors associated with mental health problems and suicidality among senior high school students in rural China during the COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*, 54, 102305. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102305>

- Huckins, J. F., DaSilva, A. W., Hedlund, E. L., Murphy, E. I., Rogers, C., Wang, W., ... & Campbell, A. T. (2020). Causal factors of anxiety and depression in college students: longitudinal ecological momentary assessment and causal analysis using Peter and Clark momentary conditional independence. *JMIR mental health*, 7(6), e16684. [doi:10.2196/16684](https://doi.org/10.2196/16684)
- Huey, Jr. S. J. Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Halliday-Boykins, C.A., Cunningham, P.B., Pickrel, S.G. & Edwards, J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(2):183-90. <https://doi.org/10.1097/00004583-200402000-00014>
- Inostroza, C. (2022). Programa Nacional de Prevención del suicidio de Chile: Una comparación con la evidencia internacional. *Gobierno Y Administración Pública*, (2), 123-137. <https://doi.org/10.29393/GP2-8PNCI10008>
- Inostroza, C., Cova, F., & Ballesteros, M. L. (2022). Conducta suicida y violencia contra la mujer: estudio en universitarias y consultantes de salud mental chilenas. *Revista Punto Género*, (17), 08-44. <https://revistateoriadelarte.uchile.cl/index.php/RPG/article/view/67650>
- Iyengar, U., Snowden, N., Asarnow, J. R., Moran, P., Tranah, T., & Ougrin, D. (2018). A Further Look at Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in psychiatry*, 9, 583. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00583>
- Jaramillo, C. A. L., Lew, J. C. H., Tobón, M. C. L., Guerra, P. M., Viana, J. C. A., García, H., ... & Restrepo, D. (2009). Validación del inventario de razones para vivir (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38(1), 66-84. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615419006.pdf>
- Jeste, D. V., & Pender, V. B. (2022). Social determinants of mental health: recommendations for research, training, practice, and policy. *JAMA psychiatry*, 79(4), 283-284. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.4385](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.4385)
- Jiménez-Sola, E., Martínez-Alés, G., Román-Mazuecos, E., Sánchez-Castro, P., de Dios-Perrino, C., Rodríguez-Vega, B., & Bravo-Ortiz, M. F. (2019). Implementación de un

- programa de prevención del riesgo de suicidio en la Comunidad Autónoma de Madrid. La experiencia ARSUIC. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 47(6), 229–235. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7178737>
- Jobes, D. A., Vergara, G. A., Lanzillo, E. C., & Ridge-Anderson, A. (2019). The potential use of CAMS for suicidal youth: building on epidemiology and clinical interventions. *Children's Health Care*, 48(4), 444-468. <https://doi.org/10.1080/02739615.2019.1630279>
- Juliá-Sanchis, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F., & Martínez-Riera, J. R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014>
- Kahn, J. P., Cohen, R. F., Tubiana, A., Legrand, K., Wasserman, C., Carli, V., ... & Wasserman, D. (2020). Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *European child & adolescent psychiatry*, 29(12), 1671. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-020-01476-w>
- Keller, S. N., & Wilkinson, T. (2017). Preventing suicide in Montana: a community-based theatre intervention. *Journal of social marketing*, 7(4), 423-440. <https://doi.org/10.1108/JSOCM-12-2016-0086>
- Kennard, B. D., Goldstein, T., Foxwell, A. A., McMakin, D. L., Wolfe, K., Biernesser, C., Moorehead, A., Douaihy, A., Zullo, L., Wentroble, E., Owen, V., Zelazny, J., Iyengar, S., Porta, G., & Brent, D. (2018). As Safe as Possible (ASAP): A Brief App-Supported Inpatient Intervention to Prevent Postdischarge Suicidal Behavior in Hospitalized, Suicidal Adolescents. *The American journal of psychiatry*, 175(9), 864–872. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101151>
- Kim, E., & Park, H. (2018). Perceived gender discrimination, belief in a just world, self-esteem, and depression in Korean working women: A moderated mediation model. In *Women's Studies International Forum* 69, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.06.006>

- King, C. A., Eisenberg, D., Zheng, K., Czyz, E., Kramer, A., Horwitz, A., & Chermack, S. (2015a). Online suicide risk screening and intervention with college students: a pilot randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*(3), 630–636. <https://doi.org/10.1037/a0038805>
- King, C. A., Gipson, P. Y., Horwitz, A. G., & Opperman, K. J. (2015b). Teen options for change: an intervention for young emergency patients who screen positive for suicide risk. *Psychiatric services, 66*(1), 97–100. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300347>
- King, C. A., Klaus, N., Kramer, A., Venkataraman, S., Quinlan, P., & Gillespie, B. (2009). The Youth-Nominated Support Team–Version II for suicidal adolescents: A randomized controlled intervention trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(5), 880. <https://doi.org/10.1037/a0016552>
- King, C.A., Kramer, A., Preuss, L., Kerr, D.C., Weisse, L. & Venkataraman, S. (2006). Youth-Nominated Support Team for Suicidal Adolescents (Version 1): a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol, 74*(1):199-206. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.199>.
- King, C. A., Arango, A., Kramer, A., Busby, D., Czyz, E., Foster, C. E., & YST Study Team. (2019). Association of the youth-nominated support team intervention for suicidal adolescents with 11-to 14-year mortality outcomes: Secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry, 76*(5), 492-498. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4358>
- King, J., & Kowalchuk, B. (1994). Manual for ISO-30 Adolescent: Inventory of Suicide Orientation-30. Minneapolis: National Computer Systems. <https://www.statisticssolutions.com/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/inventory-of-suicide-orientation-iso-30.pdf>
- Klonsky, E., May, A., y Saffer, B. (2015). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Journal Review in Advance, 307-330*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26772209>
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). Salud mental en Europa: políticas y práctica. *Líneas futuras en salud mental. Madrid: Ministerio de Sanidad y*

Consumo.

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>

- Kobus, V., Calletti, M. J., & Santander, J. (2020). Prevalencia de síntomas depresivos, síntomas ansiosos y riesgo de suicidio en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 314-323. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400314>
- Krmpotic, C. S., & Barrón, E. V. (2021). La Asistencia on-line frente al riesgo de suicidio juvenil en Argentina.: Alcances y retos urgentes. *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, 1(1), 21-34. <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/5>
- Kumar, M., & Mondal, A. (2018). A study on Internet addiction and its relation to psychopathology and self-esteem among college students. *Industrial psychiatry journal*, 27(1), 61. doi: [10.4103/ipj.ipj_61_17](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_61_17)
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 159-174. <https://www.jstor.org/stable/2529310>
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45. doi: [10.26633/RPSP.2021.158](https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158)
- LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69, 51-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008>
- Levi-Belz, Y., Gavish-Marom, T., Barzilay, S., Apter, A., Carli, V., Hoven, C., ... & Wasserman, D. (2019). Psychosocial factors correlated with undisclosed suicide attempts to significant others: findings from the adolescence SEYLE study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 759-773. <https://doi.org/10.1111/sltb.12475>
- Lew, B., Huen, J., Yu, P., Yuan, L., Wang, D. F., Ping, F., ... & Jia, C. X. (2019). Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping

- styles and suicide in Chinese university students. *PloS one*, 14(7), e0217372. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217372>
- Lew, B., Osman, A., Chan, C. M. H., Chen, W. S., Ibrahim, N., Jia, C. X., & Siau, C. S. (2021). Psychological characteristics of suicide attempters among undergraduate college students in China: a cross-sectional study. *BMC public health*, 21(1), 1-8. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-021-10370-2>
- Linz, S. J., & Lorenzo-Ruiz, A. (2021). Learning about mental healthcare in today's Cuba: An interview with the president of the Cuban society of psychology. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 206-213. <https://doi.org/10.1111/ppc.12548>
- Lipson, S. K., Speer, N., Brunwasser, S., Hahn, E. y Eisenberg, D. (2014). Gatekeeper Training and Access to Mental Health Care at Universities and Colleges. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 612-619. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.05.009>
- Liu, B.P., Wang, X.T., Liu, Z.Z., Wang, Z.Y., Liu, X. y Jia, C.X. (2019). Eventos de vida estresantes, insomnio y tendencias suicidas en una gran muestra de adolescentes chinos. *Revista de trastornos afectivos*, 249, 404-409. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.113>
- Liu, R. T., Bettis, A. H., & Burke, T. A. (2020). Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychological medicine*, 50(3), 367-383. <https://doi.org/10.1017/S003329171900391X>
- Liu, Y., Zhang, J., & Sun, L. (2017). Who are likely to attempt suicide again? A comparative study between the first and multiple timers. *Comprehensive psychiatry*, 78, 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.07.007>
- Lopera, J. D. (2014). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32, S11-S20. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.19792>

- Lovibond P.F. & Lovibond S.H. (1995) The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 pp. 335-343 [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lozano V. A. (2014). Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. *Ultima década*, 22(40), 11-36. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362014000100002>
- Ludwig, J., Dreier, M., Liebherz, S., Härter, M. & Von dem Knesebeck, O. (2022). Alfabetización sobre el suicidio y estigma del suicidio: resultados de una encuesta de población de Alemania. *Revista de salud mental*, 31 (4), 517-523. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875421>
- Luque, K. V. L. (2021). Educación social y salud mental. *Revista De Educación Social Y Pedagogía Social Del Uruguay*, (6), 83-95. http://ojs.cfe.edu.uy/index.php/rev_respu/article/view/1087
- Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *American journal of psychiatry*, 178(7), 611-624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(4), 327–337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- Martinelli, A., & Ruggeri, M. (2020). An overview of mental health recovery-oriented practices: Potentiality, challenges, prejudices, and misunderstandings. *Journal of Psychopathology*, 26, 147-54. https://iris.univr.it/bitstream/11562/1075667/1/MartinelliRuggeri_2020_overview%20recovery.pdf
- Martínez-Monteaudo, M. C., Delgado, B., Díaz-Herrero, Á., & García-Fernández, J. M. (2020). Relationship between suicidal thinking, anxiety, depression and stress in

- university students who are victims of cyberbullying. *Psychiatry Research*, 286, 112856. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112856>
- Mayer Villa, P. A., Morales Gordillo, N., Victoria Figueroa, G., & Ulloa Flores, R. E. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud pública de México*, 58, 335-336. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v58n3/0036-3634-spm-58-03-00335.pdf>
- McCauley E. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777–785. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- McGillivray, L., Shand, F., Calear, A.L. et al. (2021). The Youth Aware of Mental Health program in Australian Secondary Schools: 3- and 6-month outcomes. *International Journal of Mental Health Systems*, 15, 79. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00503-w>
- McLaughlin, J.C. & Gunnell, D. (2021). Muertes por suicidio en estudiantes universitarios en una ciudad del Reino Unido entre 2010 y 2018 – Serie de casos. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42 (3), 171–178. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000704>
- Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S., & Lee, K. A. (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 544–554. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00064-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00064-X)
- Mendoza, I. D. (2021). *Ley de salud mental 1616 de 2013; un análisis desde la psicología comunitaria y la salud mental comunitaria*. [Monografía]. Repositorio Institucional UNAD. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/42706>.
- Merchán-Clavellino, A., Martínez-García, C., Medina-Mesa, Y., & Cruces, S. (2019). Modelo predictivo de la inteligencia emocional y rasgos de impulsividad en la búsqueda de sensaciones en jóvenes universitarios: una comparación de género. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 5(1), 291–300. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1600>

- Messiah, A., Notredame, C. E., Demarty, A. L., Duhem, S., Vaiva, G., & AlgoS investigators (2019). Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PloS one*, *14*(2), e0210778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210778>
- Miller, R. E. (2020). College students and inappropriate social media posting: ¿Is it a question of personality or the influence of friends? *Personality and Individual Differences*, *158*, 109857. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109857>
- Millner, A. J., Robinaugh, D. J., & Nock, M. K. (2020). Advancing the understanding of suicide: The need for formal theory and rigorous descriptive research. *Trends in cognitive sciences*, *24*(9), 704-716. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.06.007>
- Minev, M., Petrova, B., Mineva, K., Petkova, M., & Strebkova, R. (2018). Self-esteem in adolescents. *Trakia Journal of Sciences*, *16*(2), 114-118. <http://tru.uni-sz.bg/tsj/N2,%20Vol.16,%202018/M.Minev.pdf>
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2022). Plan national de prévention du suicide. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/prevention-en-sante/les-plans-de-prevention/plan-national-de-prevention-du-suicide/article/plan-national-de-prevention-du-suicide>
- Ministerio de Salud (2013). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones: Orientaciones para su implementación*. Santiago de Chile. https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf
- Ministerio de Salud (2017). *Plan Nacional de Salud Mental. 2017-2025*. Santiago: Ministerio de Salud Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Ministerio de Salud (Minsal) (2019). Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Ministerio de Salud Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>

- Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia (2022). National suicide prevention program. <https://stm.fi/en/national-suicide-prevention-programme>
- Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón (2022). Suicide prevention. <https://www.mhlw.go.jp/english/policy/health-medical/mental-health/suicideprevention/index.html>
- MINSAP República de Cuba (2021). *Autoridades de salud insisten en mayor prevención del suicidio en tiempos de pandemia*.
<https://salud.msp.gob.cu/autoridades-de-salud-insisten-en-mayor-prevencion-del-suicidio-en-tiempos-de-pandemia/>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>
- Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V., & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 20(1), 51–61. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>
- Moloney, P. (2018). La salud mental y el estigma en Europa. *Mens Project Policy Papers*, 75-87. <https://mensproject.eu/wp-content/uploads/policy-papers-es.pdf#page=76>
- Mónaco, E., Schoeps, K., & Montoya-Castilla, I. (2019). Attachment styles and well-being in adolescents: How does emotional development affect this relationship? *International journal of environmental research and public health*, 16(14), 2554. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142554>
- Moreno, J. D. F., & Jacedo, H. D. G. (2011). La salud mental desde la transdisciplinariedad y el modelo integral. *Tesis Psicológica*, (6), 118-141. <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139022629008.pdf>
- Moreno, I. R. (2016). Instalación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile. <https://www.redaipis.org/wp-content/uploads/2017/02/PREVENCIÓN-EN-CONDUCTA-SUICIDA-ORGANIZACIÓN-PANAMÉRICA-DE-LA-SALUD.pdf#page=30>

- Morthorst, B., Krogh, J., Erlangsen, A., Alberdi, F., & Nordentoft, M. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ*, 345. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4972>
- Mortier, P., Cuijpers, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Demyttenaere, K., Green, J. G., ... & Bruffaerts, R. (2018). The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 48(4), 554-565. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002215>
- Mueller-Stierlin, A.S., Dinc, U., Herder, K., Walendzik, J., Schuetzwohl, M., Becker, T., & Kilian, R. (2022). Cost-effectiveness analysis of an integrated mental health care program in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6814. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/11/6814>
- Muñoz, C. O., Arango, D. C., Jaramillo, V., & Ochoa, D. A. R. (2018). Tres contextos para pensar la promoción de la salud mental en la adolescencia. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, (25), 161. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6521982>
- National Suicide Prevention Center of Korea. (2022). Services. <http://www.suicideprevention.or.kr/Default.aspx>
- Nock, M.K., Holmberg, E.B., Photos, V.I., Michel, B.D. (2007). Self-injurious thoughts and behaviors interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess.* 19:309-17. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>
- Oliva, A., Pertegal, M. Á., Antolín, L., Reina, M., Ríos, M., Hernando, Á., & Parra, Á. (2011). Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven: un estudio en centros docentes andaluces. Sevilla: Consejería de salud y familias. <http://hdl.handle.net/10668/1857>
- OMS (2001) Organización Mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>

- OMS (2021). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
- O'Neill, S., McLafferty, M., Ennis, E., Lapsley, C., Bjourson, T., Armour, C., ... & Murray, E. (2018). Socio-demographic, mental health and childhood adversity risk factors for self-harm and suicidal behaviour in College students in Northern Ireland. *Journal of affective disorders*, 239, 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.006>
- OPA, Universidad de la Frontera. (2023). *Historia*. <https://opa.ufro.cl/historia/>
- OPS (2017) Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2017: Tómame un minuto, cambia una vida. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13540:world-suicide-prevention-day-2017&Itemid=42091&lang=es
- OPS (2021) Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>.
- O'Reilly, M., Svirydzenka, N., Adams, S., & Dogra, N. (2018a). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(7), 647-662. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-018-1530-1>
- O'Reilly, M., Adams, S., Whiteman, N., Hughes, J., Reilly, P., and Dogra, N. (2018b). Who is responsible for adolescent mental health in the UK? Key stakeholder perspectives. *School Mental Health*, 10(4), 450-461. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12310-018-9263-6>
- Okasha, A., Lotaif, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta psychiatrica scandinavica*, 63(5), 409-415. DOI: [10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x)
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Determinantes sociales de la salud: los hechos sólidos*. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra: OMS, 2004
https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS) 2013 Salud Mental: Un Estado de Bienestar. Ginebra: OMS.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Suicide in the world: Global Health Estimates.
https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021) *Suicidio: datos y cifras*.
http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- Organización Mundial de la Salud. Depresión. Ginebra: WHO, 2021.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortega, M (2018) *Comportamiento Suicida*. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico. Mexico.
[Qartuppi.http://www.qartuppi.com/2018/SUICIDA.pdf](http://www.qartuppi.com/2018/SUICIDA.pdf)
- Ortega, F., & Wenceslau, L. D. (2020). Challenges for implementing a global mental health agenda in Brazil: The “silencing” of culture. *Transcultural Psychiatry*, 57(1), 57-70.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1363461518824433>

- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiro, C. E. (1998). The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and validation. *Psychological Reports*, 82(3), 783- 793. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1998.82.3.783>
- Osman, A., Gutierrez, P., Muehlenkamp, J., Dix-Richarson, F., Barrios, F y Kopper, B. (2004) Suicide Resilience inventory – 25: development and preliminary psychometric properties. *Psychology Reports*, 2004, 94, 1349 – 1360 <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3c.1349-13>
- O'Toole, M. S., Arendt, M. B., & Pedersen, C. M. (2019). Testing an-app-assisted treatment for suicide prevention in a randomized controlled trial: effects on suicide risk and depression. *Behavior therapy*, 50(2), 421-429. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.007>
- Ouyang, Y., Wang, K., Zhang, T., Peng, L., Song, G. y Luo, J. (2020). La influencia de la participación deportiva en la imagen corporal, la autoeficacia y la autoestima en estudiantes universitarios. *Fronteras en psicología*, 3039. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.03039/full>
- Oyanadel, C., Carrasco-Correa, H., Latorre-Nanjarí, J., Peñate-Castro, W., & Sepúlveda-Queipul, C. (2021). Reduciendo la ideación suicida en adolescentes con terapia de perspectiva temporal. Un estudio experimental. *Acta Colombiana de Psicología*, 24(1), 63-71. <https://doi.org/10.14718/ACP.2021.24.1.6>
- Page, M. J., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *MetaArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31222/osf.io/v7gm2>
- Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G. et al. (2017) Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry* 17, 163. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z>
- Paykel, E., Myers, J., Lindenthal, J., y Tanner, J. (1974). Sentimientos suicidas en la población general: Un estudio de prevalencia. *Revista británica de psiquiatría*, 124(5), 460-469. doi:10.1192/bjp.124.5.460

- Pedreira-Massa, J. L. (2019). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 217-237. <https://doi.org/10.5944/rppc.26280>
- Pérez-Abreu, S., Cuéllar-Álvarez, J., & Ferrer-Lozano, D. (2018). Caracterización del intento suicida en adolescentes desde un centro comunitario de salud mental. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(4), 500-513. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552018000400500&script=sci_arttext&tlng=en
- Pertuz, M. S. (2021) Salud mental, mediación pedagógica y adolescentes usuarios de internet-redes sociales online-televisión. Salud mental y vulnerabilidad en la infancia y la adolescencia. *CECAR*, (9), 213-235, DOI: <https://doi.org/10.21892/9786287515024.9>
- Pfeifer, J. H., & Berkman, E. T. (2018). The development of self and identity in adolescence: Neural evidence and implications for a value-based choice perspective on motivated behavior. *Child development perspectives*, 12(3), 158-164. <https://doi.org/10.1111/cdep.12279>
- Piazzese-Spratte, S. L. (2022). *Apps en salud mental: factores que hacen a su escalabilidad. Un estudio de caso* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología). <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/9775>
- Pickering, T. A., Wyman, P. A., Schmeelk-Cone, K., Hartley, C., Valente, T. W., Pisani, A. R., ... & LoMurray, M. (2018). Diffusion of a peer-led suicide preventive intervention through school-based student peer and adult networks. *Frontiers in psychiatry*, 9, 598. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00598>
- Pinilla, C. V. (2022). Reseña de Rose, N. (2020). Nuestro futuro psiquiátrico. Las políticas de salud mental. Ediciones Morata. ISBN 978-84-18381-13-3. *Revista Stultifera*, 5(1), 190-199. <http://revistas.uach.cl/index.php/revstul/article/view/6136>

- Pisani, A. R., Wyman, P. A., Gurditta, K., Schmeelk-Cone, K., Anderson, C. L., & Judd, E. (2018). Mobile phone intervention to reduce youth suicide in rural communities: field test. *JMIR mental health*, *5*(2). <https://doi.org./10.2196/10425>
- Platt, S., Arensman, E., & Rezaeian, M. (2019). National suicide prevention strategies—progress and challenges. *Crisis*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1027/0227-5910/a000587>
- Platt, S. & Niederkrotenthaler, T. (2020). Programas de prevención del suicidio: base de evidencia y mejores prácticas. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *41* (suplemento 1), S99–S124. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000671>
- Plumed D. J. J., & Novella, E. J. (2015). Suicidio y crítica cultural en la medicina española del siglo XIX. *Dynamis*, *35*(1), 57-81. https://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v35n1/03_articulo.pdf
- Plutchick, R. & Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog. Neuro-Psychophormaco.* *6*(13) 23-34 [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)
- Pompili, M., O'Connor, R. C., & van Heeringen, K. (2020). Suicide prevention in the European region. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *41*, 8–20. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000665>
- Portieles S. L., Rodríguez V, M., & Rivero Á. E.O. (2014). Evaluación del Programa nacional de prevención y atención a la conducta suicida infanto-juvenil. *Medicentro Electrónica*, *18*(1), 32-35. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100006&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100006&lng=es&tlng=es)
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Mann, J. J. (2011). The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, *168*, 1266-1277. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.

- Prosser, J. (2021). Brief Solution-Focussed Therapy. In *Child and Adolescent Mental Health* (pp. 473-477). CRC Press. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003083139-71/brief-solution-focussed-therapy-jonathan-prosser>
- Pucci, F. E. (2021). Desafíos de las organizaciones de salud mental uruguayas ante los cambios de los paradigmas de atención. *Administración y Organizaciones*, 24(47), 47-65. <https://rayo.xoc.uam.mx/index.php/Rayo/article/view/461>
- Pupo-González, L., Nogueras-Reyes, Y., de-Prada-Justel, M. E., & Labrada-Pupo, D. (2018). Salud mental infanto juvenil, características de una problemática actual. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43(6 Especial). <https://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1687>
- Quintero-Jurado, J., & Ossa-Henao, Y. (2018). Agrupaciones comunitarias juveniles: promoción de la salud mental y desarrollo de capacidades. *Trends in Psychology*, 26, 1605-1618. <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/wf4Sy4fnmq9DvyMbQdzJssg/abstract/?lang=es>
- Reijas, T., Ferrer, E., González, A., & Iglesias, F. (2013). Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 41(5), 279–286. <https://medes.com/publication/84226>
- Renna, M. E., O'Toole, M. S., Spaeth, P. E., Lekander, M., & Mennin, D. S. (2018). The association between anxiety, traumatic stress, and obsessive–compulsive disorders and chronic inflammation: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 35(11), 1081-1094. <https://doi.org/10.1002/da.22790>
- Rentsch, K., Erz, E., & Schütz, A. (2022). Development of short and ultra-short forms of the Multidimensional Self-Esteem Scale: Relations to the Big Five, narcissism, and academic achievement in adults and adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 38(4), 270. <https://psycnet.apa.org/buy/2021-69647-001>
- Restrepo, J. E., Sánchez, O. A., Vallejo, G. C., Quirama, T. C., Sánchez, Y. O., & Cardona, P. D. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Health &*

Reynolds, W. & Mazza, J. (1999) Assessment of suicidal ideation in inner-city children and young adolescents: reliability and validity of the Suicidal Ideation Questionnaire-JR. *School Psychology Review*;28:17-30
<https://doi.org/10.1080/02796015.1999.12085945>

Reynolds, C. F. (2020). Optimizing personalized management of depression: the importance of real-world contexts and the need for a new convergence paradigm in mental health. *World Psychiatry*, 19(3), 266. doi: [10.1002/wps.20770](https://doi.org/10.1002/wps.20770)

Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine*, 46(2), 225–236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>

Ribeiro, J., Huang, X., Fox, K., & Franklin, J. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. doi:10.1192/bjp.2018.27

Roberts R.E. (1980) Reliability of the CES-D Scale in different ethnic contexts. *Psychiat Res*, 2:125-134. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(80\)90069-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(80)90069-4)

Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., ... & Hetrick, S. (2018). What works in youth suicide prevention? A systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine*, 28(4-5), 52-91. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.10.004>

Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yung, A., Yuen, H. P., Templer, K., & Pirkis, J. (2014). The development of a randomised controlled trial testing the effects of an online intervention among school students at risk of suicide. *BMC psychiatry*, 14, 155. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-155>

Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista médica sanitas*, 21(3), 141-146. Salkind, N. J. (2012). *Exploring research*. New Jersey: Pearson.
<https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/RMS/article/view/368>

- Rojas B. C. A., Zegers P. B. & Förster M. C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton university press. https://www.academia.edu/19813736/Rosenberg_M_Society_and_the_adolescent_self_image_Princeton_NJ_Princeton_University_Press_1965_326_p
- Russell, K., Allan, S., Beattie, L., Bohan, J., MacMahon, K., & Rasmussen, S. (2019). Sleep problem, suicide and self-harm in university students: A systematic review. *Sleep medicine reviews*, 44, 58-69. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.12.008>
- Salvador-Carulla, L., Almeda, N., Álvarez-Gálvez, J., & García-Alonso, C. (2020). En la montaña rusa: breve historia del modelo de atención de salud mental en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.009>
- Salvo G, Melipillán R, Castro A. (2009) Confiabilidad, validez, y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil NeuroPsiquiat*; 47 (1): 16-23 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000100003>
- Salvo, L., & Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>
- Sánchez, A. (2019). Habilidades, formación para el trabajo y subempleo juvenil: un enfoque de ciclo de vida. *Grupo de Análisis Para El Desarrollo (GRADE)*, 1–67. <http://repositorio.grade.org.pe/handle/20.500.12820/545>
- Sánchez-Ordóñez, J. M. (2021). Desarrollo y salud: la emergencia de un nuevo paradigma. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (31), 1-26. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i31.8934>
- Sandoval-Ato, R., Vilela-Estrada, M. A., & Gálvez-Olortegui, J. (2017). Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una

- necesidad urgente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400009
- Santos, J. C., Erse, M. P., Simões, R., Façanha, J., & Marques, L. (2013). Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 203-207.
<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239969001.pdf>
- Schmidt, R., Iachini, A., George, M., Koller, J., & Weist, M. (2015). Integrating a suicide prevention program into a school mental health system: A case example from a rural school district. *Children & Schools*, 37(1), 18-26 <https://doi.org/10.1093/cs/cdu026>
- Schünemann, H., Brozek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (Eds) (2013). *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach*.
<https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.buaodtl66dyx>
- Siabato M. E. F. & Salamanca C. Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 9(1).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862015000100006
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R. & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados en Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 33-42. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista médica de Chile*, 141(10), 1275-1282. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000006>
- Silvers, J. A. (2022). Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current opinion in psychology*, 44, 258-263.
<https://doi.org/10.1016/j.copsy.2021.09.023>
- Silverstone, P. H., Bercov, M., Suen, V. Y., Allen, A., Cribben, I., Goodrick, J., Henry, S., Pryce, C., Langstraat, P., Rittenbach, K., Chakraborty, S., Engels, R. C., & McCabe, C. (2015).

- Initial Findings from a Novel School-Based Program, EMPATHY, Which May Help Reduce Depression and Suicidality in Youth. *PloS one*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125527>
- Siu, A. M. (2019). Self-Harm and suicide among children and adolescents in Hong Kong: a review of prevalence, risk factors, and prevention strategies. *Journal of adolescent health*, 64(6), S59-S64. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.004>
- Slee, N., Garnefski, N., van der Leeden, R., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2008). Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 202-211. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.037564>
- Snowdon, J. (2018). Differences between patterns of suicide in East Asia and the West. The importance of sociocultural factors. *Asian journal of psychiatry*, 37, 106-111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.08.019>
- Solar, F. C., Fernández, P. G., Borquez, S. S., Rovegno, C. I., & Rivera, C. N. (2019). Promoción y prevención en salud mental: ¿esperanza fundada, vana ilusión o contrabando psicopatologizador? *Papeles del psicólogo*, 40(3), 211-216. <https://www.redalyc.org/journal/778/77864998008/77864998008.pdf>
- Soto, A, Veliz, A., Dörner, A. (2020a) Bienestar e identidad adolescente en el contexto de Pandemia: Efectos de confinamiento. *Comunidad y Salud* 18(2) 43-48 <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv18n2/art06.pdf>
- Soto, A., Villarroel, P., & Véliz A. (2020b). Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes chilenos. *Propósitos y Representaciones*, 8(3), 672. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.672>
- Stańdo, J., Czabański, A., Fechner, Ż., Baum, E., Andriessen, K., & Krysińska, K. (2022). Suicide and Attempted Suicide in Poland before and during the COVID-19 Pandemic between 2019 and 2021. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 8968. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/8968>
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., & Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP):

- treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005–1013. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>
- Stanley, I.H., Hom, M.A., Boffa, J.W., Stage, D.L., Joiner, T.E. (2019). PTSD from a Suicide Attempt: An Empirical Investigation Among Suicide Attempt Survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 75: 1879-1895. <https://doi.org/10.1002/jclp.22833>
- Stone, D.M., Jones, C.M. & Mack, K.A. (2021). Cambios en las tasas de suicidio: Estados Unidos, 2018–2019. *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad*, 70 (8), 261. doi: [10.15585/mmwr.mm7008a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7008a1)
- Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., & Patel, V. (2020). An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 52. doi: [10.2471/BLT.19.234906](https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906)
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., & Gillard, S. (2018). A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych advances*, 24(5), 319-333. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.29>
- Tabares, A. S. G., Núñez, C., Osorio, M. P. A., & Aguirre, A. M. G. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(54), 147-163. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459664448014>
- Tang, T. C., Jou, S. H., Ko, C. H., Huang, S. Y., & Yen, C. F. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(4), 463–470. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x>
- Tarchi L, Moretti M, Osculati AMM, Politi P, Damiani S. (2021) El riesgo hipocrático: epidemiología del suicidio en una muestra de estudiantes de medicina. *El psiquiátrico trimestral*. 92(2):715-720. DOI: 10.1007/s11126-020-09844-0. PMID: 32895751; IDPM: PMC8110500.

- Tejedor, C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V., & Solà, I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample e Barcelona. *Actas Españolas de psiquiatría*, 39(5). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3729577>
- Téllez, M. A. (2021). Discusiones y etapas en torno a “quien se mata a sí mismo” y al “suicidio”, su confluencia en el caso mexicano y la pertinencia de crear un nuevo derecho humano: el derecho a la muerte digna. *Revista del Posgrado en Derecho de la UNAM*, (15), 34-34. <https://doi.org/10.22201/ppd.26831783e.2021.15.185>
- Testoni, I., Piol, S. y De Leo, D. (2021). Prevención del Suicidio: Narrativas de Estudiantes Universitarios sobre sus Razones de Vivir y de Morir. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública*, 18 (15), 8029. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/15/8029>
- Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P., & Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American journal of public health*, 91(5), 742–752. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.5.742>
- Toro, J. A. S. (2018). La teoría de la evolución como marco para la comprensión de las enfermedades mentales. *Ambiociencias*, (monográfico), 59-65. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3247493>
- Tsong, Y., Young, J. T., Killer, J. D., Takemoto, M. A., & Compliment, B. (2019). Suicide Prevention Program on a Diverse College Campus: Examining the Effectiveness of a Peer-to-Peer Model. *Journal of college student psychotherapy*, 33(2), 131-144. <https://doi.org/10.1080/87568225.2018.1434716>
- U.S. Office of the Surgeon General, National Action Alliance for Suicide Prevention. (2012) National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Washington, D.C.: HHS; 2012. <https://theactionalliance.org/our-strategy/national-strategy-suicide-prevention>
- Uchida, C., & Uchida, M. (2017). Characteristics and risk factors for suicide and deaths among college students: A 23-year serial prevalence study of data from 8.2 million Japanese college students. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(4), 2512.

<https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/suicide/characteristics-and-risk-factors-for-college-suicide/>

- Val, A., & Míguez, M. C. (2021). La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica, 39*(1), 145-162. <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/372>
- Valdevila-Figueira, J. A., Ruiz-Barzola, O., Orellana-Román, C., Valdevila-Santiesteban, R., Fabelo-Roche, J. R., & Iglesias-Moré, S. (2021). Conducta suicida y dualidad en trastornos por consumo de sustancias en drogodependientes ecuatorianos. *Revista Información Científica, 100*(5). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-99332021000500003&script=sci_arttext&tlng=en
- Ventura-Juncá D. R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., & Garib, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile, 138*(3), 309-315. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300008>
- Villafaña, J. N. R., & Cárdenas, S. J. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud, 32*(1), 39-48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Villalobos, A. (2019). Relaciones románticas en adolescentes chilenos: Una dimensión emocional necesaria en el desarrollo humano. *Orientación y sociedad, 19*(1), 143-163. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-88932019000100010
- Wang, M., Kou, C., Bai, W., Song, Y., Liu, X., Yu, W., ... & Li, W. (2019). Prevalence and correlates of suicidal ideation among college students: a mental health survey in Jilin Province, China. *Journal of affective disorders, 246*, 166-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.055>
- Wang, Y., & Fattore, G. (2020). The impact of the great economic crisis on mental health care in Italy. *The European Journal of Health Economics, 21*(8), 1259-1272. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-020-01204-w>

- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., ... & Hoven, C. W. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC public health*, 10, 1-14. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-192>
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet (London, England)*, 385(9977), 1536–1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
- Wharff, E.A., Ginnis, K.B., Ross, A.M., White, E.M., White, M.T. & Forbes, P.W. (2019). Family-Based Crisis Intervention with Suicidal Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *Pediatr Emerg Care*.35(3):170-175. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001076>
- Wijana, M. B., Enebrink, P., Liljedahl, S. I., & Ghaderi, A. (2018). Preliminary evaluation of an intensive integrated individual and family therapy model for self-harming adolescents. *BMC psychiatry*, 18(1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1947-9>
- Woelbert, E., Kirtley, A., Balmer, N., & Dix, S. (2019). How much is spent on mental health research: developing a system to categorize grant funding in the UK. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 445-452. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30033-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30033-1)
- Xavier, A., Otero, P., Blanco, V. & Vázquez, F.L. (2019). Efficacy of a problem-solving intervention for the indicated prevention of suicidal risk in young Brazilians: Randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav*, 49(6),1746-1761. <https://doi.org/10.1111/sltb.12568>
- Xiao, Y., & Zhao, Y. (2020). Suicide prevention in China: A systematic review. *Asia-Pacific Psychiatry*, 12(2), e12391. doi: 10.1111/appy.12391
- Yu, Y., Yu, Y. y Lin, Y. (2020). La ansiedad y la depresión agravan la impulsividad: el papel mediador y moderador de la flexibilidad cognitiva. *Psicología, salud y*

- medicina*, 25 (1), 25-36. <https://psiquiatria.com/depresion/la-ansiedad-y-la-depresion-agravan-la-impulsividad-el-papel-mediador-y-moderador-de-la-flexibilidad-cognitiva/>
- Zamora, E., del Valle, M., & Andrés, M. L. (2019). Educar en emociones: los programas de aprendizaje socioemocional (SEL). *La ciencia de enseñar. Aportes desde la psicología cognitiva a la educación.*, 126. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/124113>
- Zeira, A. (2022). Mental health challenges related to neoliberal capitalism in the United States. *Community mental health journal*, 58(2), 205-212. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-021-00840-7>
- Zelasqui, I. O. (2019). La ley de Salud Mental frente al 2020. In *XX Congreso Nacional y X Latinoamericano de Sociología Jurídica (Santa Rosa, La Pampa, 26 al 28 de septiembre de 2019)*. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/94363>
- Zettler, I., Moshagen, M., & Hilbig, B. E. (2021). Stability and change: The dark factor of personality shapes dark traits. *Social Psychological and Personality Science*, 12(6), 974-983. <https://doi.org/10.1177/1948550620953288>
- Zisk, A., Abbott, C.H., Bounoua, N., Diamond, G.S. & Kobak, R. (2019). Parent-teen communication predicts treatment benefit for depressed and suicidal adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 87(12),1137-1148. <https://doi.org/10.1037/ccp0000457>
- Zuković, S., & Stojadinović, D. (2021). Applying positive discipline in school and adolescents' self-esteem. *International Journal of Cognitive Research in Science, Engineering and Education:(IJCRSEE)*, 9(1)
<https://pdfs.semanticscholar.org/15df/b18fc485bb90f52a092eed494a6e07c14079.pdf>

Anexo 1

Consentimiento informado Online estudio “Factores asociados a la prevención de suicidio en universitarios chilenos durante el año 2021”.

Esta investigación pretende establecer factores de riesgo suicida en universitarios chilenos durante el año 2021, para lo que se le solicita responder una batería de pruebas compuesta por la escala de desesperanza de Beck, la escala de suicidad de Okasha, el cuestionario de depresión, ansiedad y estrés Dass 21, la escala de autoestima de Rosenberg y la escala de impulsividad de Barrat, todo ello durante aproximadamente 30 minutos.

Se le ha invitado a participar puesto que usted es estudiante de alguna carrera de pregrado en alguna universidad chilena, este estudio no tiene riesgos y sus resultados pretenden ser publicados en alguna revista de divulgación científica y entregados como resumen global a las unidades de bienestar de las direcciones de asuntos estudiantiles de las universidades de quienes respondan esta encuesta. Sus respuestas son anónimas y los participantes no serán identificados. El proyecto ha sido revisado y aprobado por el comité Ético Científico de la Universidad Mayor Sede Temuco comite.eticocientifico@mayor.cl . Si tiene dudas puede comunicarse al correo del investigador Alexis Soto, alexis.soto@umayor.cl

Si usted está en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, o la temática le genera algún grado de complicación personal esta en pleno derecho de no participar del estudio o abandonar el mismo cuando usted lo considere.

Si este tema le genera interés o requiere algún tipo de ayuda en esta materia puede llamar a Salud Responde “Todos y todas podemos prevenir el suicidio” teléfono 6003607777 + opción 1

Todos y todas podemos prevenir el suicidio
LLAME A SALUD RESPONDE
600-360-7777 + OPCIÓN 1

Declaración de Consentimiento Informado

Estando en pleno conocimiento del objetivo de este estudio y dando fe, que soy estudiante universitario de pregrado en universidades chilenas y mayor de 18 años, acepto voluntariamente en participar de este estudio e iniciar la respuesta a las preguntas formuladas. En caso contrario puede cerrar la página y salir de este enlace.

ACEPTO
Iniciar la encuesta

Anexo 2

Instrumentos aplicados en estudio “Factores asociados a la prevención de suicidio en universitarios chilenos durante el año 2021”.

1.-Escala de Beck

Responda a cada afirmación respecto de sí mismo indicando si considera que es verdadera o Falsa

	Afirmaciones	V	F
1	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2	Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.	V	F
3	Cuando las cosas van mal, me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.	V	F
4	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.	V	F
5	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.	V	F
6	En el futuro espero poder conseguir lo que me pueda interesar.	V	F
7	Mi futuro me parece oscuro	V	F
8	Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.	V	F
9	No logro hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro.	V	F
10	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.	V	F
11	Todo lo que puedo ver hacia adelante es más desagradable que agradable	V	F
12	No espero conseguir lo que realmente deseo.	V	F
13	Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora.	V	F
14	Las cosas no marchan como yo quisiera.	V	F
15	Tengo una gran confianza en el futuro.	V	F
16	Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa.	V	F
17	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.	V	F
18	El futuro me parece vago e incierto.	V	F
19	Espero más bien épocas buenas que malas.	V	F
20	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.	V	F

2.-Escala de Okasha

Responda de acuerdo con la pregunta formulada

Preguntas	nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces
1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?				
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?				
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?				
4. ¿Has intentado suicidarte?				

3.- Escala DASS 21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y marque de acuerdo a si lo indicado le ocurrió a usted durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar. Use los siguientes indicadores (0=no describe en nada lo que me paso, 1 =esto lo sentí en alguna medida o en algún momento. 2 =esto me pasó bastante o lo sentí muchas veces y 3 =esto me paso mucho o casi siempre).

Afirmaciones	0	1	2	3
1. Me costó mucho relajarme				
2. Me di cuenta que tenía la boca seca				
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo				
4. Se me hizo difícil respirar				
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas				
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones				
7. Sentí que mis manos temblaban				
8. Sentí que tenía muchos nervios				
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
10. Sentí que no tenía nada por que vivir				
11. Noté que me agitaba				
12. Se me hizo difícil relajarme				
13. Me sentí triste y deprimido				
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
15. Sentí que estaba al punto de pánico				
16. No me pude entusiasmar por nada				
17. Sentí que valía muy poco como persona				
18. Sentí que estaba muy irritable				
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
20. Tuve miedo sin razón				
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

4.-Test de Rosenberg

Responda las siguientes afirmación de acuerdo a los sentimientos que tiene usted sobre si mismo. Use los siguientes indicadores (1=muy en desacuerdo, 2 =en desacuerdo, 3 =de acuerdo y 4 =muy de acuerdo)

Afirmaciones	1	2	3	4
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada				

5.- Escala de Barrat (BIS-11)

Esta es una escala para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones. Responda rápida y honestamente marcando una X en la opción que más le represente. Rara mente o Nunca (0) Ocasionalmente (1) A menudo (2) Siempre o casi siempre (3)

	0	1	2	3
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				

19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compro cosas impulsivamente.				
22. Yo termino lo que empiezo.				
23. Camino y me muevo con rapidez.				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				