



Universidad de Costa Rica

Sistema De Estudios de Postgrados

Tesis sometida a la consideración de la comisión del programa de estudios de Posgrado de Especialidades Médicas para optar por el grado y título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

**TEMA:**

ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DIRIGIDAS AL PERSONAL DE SALUD Y APLICABLES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

**TÍTULO DEL PROYECTO:**

ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DIRIGIDAS AL PERSONAL DE SALUD Y APLICABLES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA, A TRAVÉS DE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LITERATURA PUBLICADA EN INGLÉS Y/ O ESPAÑOL ENTRE 2018 A 2023.

Dr. Juan Gabriel Garro Romero

Residente de IV Año

Medicina Familiar y Comunitaria

2024

## **Agradecimiento**

Dedico este trabajo en primera instancia a Dios, quien es principalmente motor en mí vida, porque sé que gracias a su guía puedo convertirme en médico especialista poniendo mi vida, conocimientos y trabajo al servicio de las personas que lo necesiten.

A mi madre en el cielo, que, aunque físicamente no está conmigo, sé que nunca me ha dejado solo, aunque te extraño he sentido tu apoyo y tu amor vivo en mi corazón, te amaré por siempre.

Le agradezco infinitamente a mi pareja, quien ha estado siempre presente a lo largo de este proceso de formación para darme amor, ánimo y apoyo cuando más lo he necesitado, simplemente no tengo como pagarle.

Agradezco a mi familia por darme las herramientas para convertirme en el médico que soy hoy, porque sin su apoyo esto no hubiera sido posible.

Gracias a mis compañeros de residencia, principalmente los de generación, por convertirse en mi familia nosocomial, por todas y cada una de las vivencias, experiencias y risas compartidas, quiero mencionar especialmente a mi compañero de residencia Dr. Alfredo Pérez Morales, se convirtió en mi mejor amigo de residencia, agradezco su apoyo personal y profesional, principalmente en el último año, convirtiéndose en una fuente de apoyo indispensable, siempre dispuesto a ayudar, nunca hubo competencia desleal, fue un gran complemento.

Gracias a cada uno de mis tutores por transmitirme su conocimiento en esta formación como especialista, quiero mencionar muy especialmente al Dr. Oscar Mauricio Murillo Picado y al Dr. Eric Hirsch Rodríguez quienes han estado presentes en este proceso, gracias su amistad y por guiarme en la elaboración de este proyecto.

Es importante dar un agradecimiento a nuestro sistema de formación, a la Caja Costarricense del Seguro Social y la Universidad de Costa Rica.

A todos quienes no menciono, porque no cabrían en este apartado, que estuvieron presentes para apoyarme.

Por último, quiero concluir con una frase que marcó mi carrera profesional desde la primera semana en la facultad de medicina, la escuché un miércoles 11 de enero de 2012, aproximadamente a las 5 pm, puede que este modificada de su original, pero es la que recuerdo:

*“Si puedes curar, cura, si no puedes curar, alivia, si no puedes aliviar, calma, y si no puedes calmar, consuela...”*

“Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria”

---

Dr. Oscar Mauricio Murillo Picado.  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
**Tutor/Profesor Guía**

---

Dr. Eric Hirsch Rodríguez.  
Especialista en Psiquiatría.  
**Lector**

---

Dra. Flavia Solórzano Morera  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
**Director (a) Coordinador (a) Programa de Posgrado en la Especialidad en  
Medicina Familiar y Comunitaria**

---

Dr. Juan Gabriel Garro Romero  
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria  
**Sustentante**

## Carta de revisión filológica.



### CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

San José, 26 de abril de 2024

#### **Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria Universidad de Costa Rica**

Estimadas personas:

Por medio de la presente hago constar que, en mi calidad de filóloga, graduada de la Universidad de Costa Rica, miembro de la Asociación Costarricense de Filólogos, con el número de asociada 0101, Tannya de los Ángeles Soto Hernández, cédula 1-13160355, he revisado el trabajo final de graduación para optar por el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria denominado: "*Análisis de las estrategias de sensibilización, detección temprana y prevención del suicidio, dirigidas al personal de salud y aplicables desde atención primaria, a través de una revisión bibliográfica de la literatura publicada en inglés y/o español entre 2018 a 2023*", realizado por Juan Gabriel Garro Romero, cédula 304610216.

Sin más por el momento,

TANYA DE LOS ANGELES SOTO HERNANDEZ (FIRMA)  
PERSONA FISICA, CPF-01-1316-0355.  
Fecha declarada: 26/04/2024 08:01:43 AM  
Razón: Filóloga

**Tannya Soto Hernández**  
Filóloga  
N° de Asociada: 0101 84567837



**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Juan Gabriel Garro Romero, con cédula de identidad 304610216 \_\_\_\_\_ en mi condición de autor del TFG titulado

**ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DIRIGIDAS AL PERSONAL DE SALUD Y APLICABLES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA, A TRAVÉS DE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LITERATURA PUBLICADA EN INGLÉS Y/ O ESPAÑOL ENTRE 2018 A 2023.**

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFGa través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. **SI X NO \***

**\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).**

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

Nombre Completo: Juan Gabriel Garro Romero

Número de Carné: B12763 Número de cédula: 304610216

Correo Electrónico: gabgrmedic@gmail.com

Fecha: 10/04/2024 Número de teléfono: 84637922

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Dr. Oscar Mauricio Murillo Picado.

Firmado digitalmente por  
JUAN GABRIEL  
GARRO  
ROMERO  
(FIRMA)  
Fecha: 2024.04.10  
14:52:04 -06'00'

**FIRMA ESTUDIANTE**

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

## **Siglas:**

ACEPS: Asociación Costarricense de Estudio y Prevención del Suicidio.

AP: Atención primaria.

ACT: Assertive community treatment.

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

CEBM: Centre for Evidence Based Medicine Oxford.

CES- D: La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

COMISA: Consejo de Ministerios de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

COMISCA: Consejo de Ministros de Salud de Centro América.

CPJ: Consejo de la Persona Joven.

C-SSRS: La Escala de Calificación de Gravedad del Suicidio de Columbia.

D- IAT: The Brief Death Implicit Association Test, Prueba de Asociación Implícita de Muerte por su traducción al español.

D-BIAT: The Brief Death Implicit Association Test, Prueba de Asociación Implícita de Muerte por su traducción al español, versión corta.

EEUU: Estados Unidos de Norteamérica.

EMTr: Estimulación magnética transcraneal repetitiva.

EPDS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

GDS: Escala de Depresión Geriátrica.

IAFA: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.

IAT: Prueba de asociación implícita.

IC: Intervalo de confianza.

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

IS: Ideaciones suicidas.

LR +: Índice de probabilidad positivo.

LR - : Índice de probabilidad negativo.

MATES: Programa implementado en Australia para prevención del suicidio.

MEP: Ministerio de Educación Pública.

mhGAP: Programa para la acción de la brecha en salud mental OMS.

MINSA: El Ministerio de Salud.

NIOSH: Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional.

N/A: No aplica.

ODS: Objetivos del Desarrollo Sostenible.

OIJ: Organismo de Investigación Judicial.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organizaciones No Gubernamentales.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

pp. Página.

PAIA: Programa de Atención Integral a la Adolescencia.

PANI: Patronato Nacional de la Infancia.

PHQ9: El Cuestionario de salud del paciente. Escala de evaluación a pacientes.

PIMB: Países de ingresos medios y bajos.

PNA: Primer nivel de atención.

TCC: La terapia cognitivo-conductual.

SUPRANET: Red de Acción para la Prevención del Suicidio.

SPAN USA: Suicide Prevention Advocace Network USA.

TRMSP: El modelo de Gestión del Riesgo Terapéutico del Paciente Suicida.

UCR: Universidad de Costa Rica.

UPAN- USA: Suicide Prevention Advocacy Network USA.

USPST: US Preventive Services Task Force.

## Resumen:

**Introducción:** El suicidio se define como el acto que lleva a la muerte de la persona, este resultado fue intencional auto infligido y esa persona tenía la intención de quitarse la vida (Rangel, J., Jurado, S., 2022), (Millán, R., 2019). Cada año se producen aproximadamente 800 000 muertes por suicidio en el mundo. Costa Rica comparte similitud en cuanto a los factores de riesgo, medios y causas de suicidio reportados a nivel internacional.

**Objetivo general:** Analizar las estrategias de sensibilización, detección temprana y prevención del suicidio dirigidas al personal de salud y aplicables desde atención primaria, a través de una revisión bibliográfica de la literatura publicada en inglés y/ o español entre 2018 a 2023.

**Materiales y métodos:** Estudio no experimental, descriptivo sistemático de tipo revisión bibliográfica. La búsqueda de la bibliografía se llevó a cabo en distintas bases de datos entre agosto – diciembre 2023. En el proceso de selección se realizó una exploración del título y del resumen, seguido de una revisión del texto completo de los artículos seleccionados. En la etapa de selección se identificaron 2306 artículos o documentos, de los cuales se seleccionaron 100 para la revisión a texto completo. Se incluyó un total de 29 artículos que cumplían con los objetivos, criterios de inclusión y exclusión para esta revisión.

**Resultados:** La evidencia actual sobre la detección del riesgo de suicidio en atención primaria menciona que se debe utilizar la historia clínica, evaluar factores de riesgo para suicidio y uso de herramientas de detección validadas (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023). La sensibilidad y especificidad de las herramientas de detección varían del 50% al 100% y del 60% al 98%, respectivamente (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).

La exploración sistemática del riesgo suicida de cada paciente debe evaluarse en cada consulta. (Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020) (Polihronis, C., Cloutier, P., Kaur, J., Skinner, R., & Cappelli, M., 2022).

Existen estrategias contra el suicidio, dirigidas a sensibilizar al personal de salud frente a esta problemática que cuentan con respaldo científico. Las intervenciones de abordaje para prevenir el suicidio que se llevan a cabo mediante un enfoque múltiple, valoración conjunta de diversos factores de riesgo y desde distintas disciplinas pueden tener mejores resultados que los esfuerzos individuales (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022), (Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018) (Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M, 2020).

**Conclusiones:** La sensibilización frente a la problemática del suicidio es indispensable en la prevención del mismo, ya que personal sensibilizado puede tener más entrenamiento y capacidad para la detección de las personas con factores de riesgo para suicidio. Las estrategias contra el suicidio que están dirigidas a sensibilizar al personal de salud en este tema, que cuentan con respaldo científico son: Los programas de capacitación y educación continua en salud mental, promover entre los profesionales de salud la importancia de la gestión de su salud mental, la creación de programas de salud mental con un enfoque multidisciplinario y multisectorial. Las estrategias sensibilización, detección y prevención frente al suicidio mencionadas en este trabajo, son aplicables a nuestra población, sistema de salud y a su personal.

## **Abstract:**

**Introduction:** Suicide is defined as the act which carries to the death of the person, this result was intentionally self-induced, and this person has the intention to finish his/her life. (Rangel, J., Jurado, S., 2022), (Millán, R., 2019). Every year it is produced 800 000 deaths by suicide in the world approximately. Costa Rica shares similarities based on risk factors, means, and causes of suicides reported internationally.

**General Objective:** Analyze the sensibilization strategies, early detection and suicide prevention directed to health personnel and applied from primary attention, through a bibliography review of the published literature in English and/or Spanish from 2018 to 2023.

**Materials and methods:** Non-experimental study, systematic descriptive of bibliographic review type. The bibliographic research was carried out in different data bases among August – December 2023. In the selection process, an exploration of the title and the summary was carried out followed by a complete text review of the selected articles. In the selection stage, there were identified 2306 articles or documents, from these, there were selected 100 for the complete text revision. It was included a total of 29 articles which achieved the objectives, inclusion criteria, and exclusion for this review.

**Results:** The current evidence about the detection of the suicide risk in primary attention it is mentioned that it must be used the clinic history, evaluate risk factors for suicide and the use of valid detection tools. (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023). The sensibility and specification of the detection tools vary from 50% to 100% and from 60% to 98% respectively (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).

The systematic exploration of the suicide risk in every patient must be evaluated in every consultation. (Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020) (Polihronis, C., Cloutier, P., Kaur, J., Skinner, R., & Cappelli, M., 2022).

There are strategies against the suicide, directed to sensibilized the health personnel facing this problem which has scientific support.

The approach interventions to prevent the suicide which are carried out through a multiple approach, jointed validation of diverse risk factors and from different disciplines

can have better results than the individual efforts (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022), (Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018) (Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M, 2020).

**Conclusions:** The sensibilization facing the suicide problem is essential in its prevention because the sensibilized personnel can have more training and capacity for the detection in people with risk factors to the suicide. The strategies against the suicide which are directed to sensibilized the health personnel in this topic, and which have a scientific support are: The training programs and the continuous education in mental health, promote among the health professionals the importance of the management of the mental health, the creation of mental health programs with a multidisciplinary and multisector approach. The sensibilization strategies, detection and prevention to the suicide mentioned in this paper, are applicable to our population, health system and its personnel.

## Tabla de contenido:

Agradecimiento .....	i
Carta de aprobación de trabajo final de graduación. ¡Error! Marcador no definido.	
Carta de revisión filológica.....	iv
Siglas:.....	vi
Resumen: .....	ix
Abstract:.....	xi
Tabla de contenido: .....	xiii
Índice de tablas.....	xv
1. Capítulo 1 .....	1
1.1. Introducción:.....	1
1.2. Justificación:.....	5
1.3. Problema de investigación: .....	7
1.4. Objetivos .....	7
2. Capítulo 2 .....	9
2.1. Metodología.....	9
2.2. Criterios de inclusión de estudios:.....	9
2.3. Criterios de exclusión de estudios:.....	10
2.4. Clasificación de los artículos encontrados según el nivel de evidencia CEBM de Oxford:.....	11
2.5. Cronograma .....	12
3. Capítulo 3: Marco conceptual .....	14
3.1. Antecedentes internacionales .....	14

3.2.	Antecedentes Nacionales.....	23
3.3.	Marco teórico.....	33
4.	Capítulo 4: Resultados.....	53
5.	Capítulo 5: Análisis y discusión de resultados .....	108
5.1.	Herramientas y escalas de detección para el reconocimiento del paciente con riesgo suicida. ....	108
5.2.	Sensibilidad y especificidad de las principales herramientas y/o escalas de detección para el reconocimiento del paciente con riesgo suicida.....	114
5.3.	Estrategias de detección con las que cuenta el personal de salud para el reconocimiento temprano y oportuno del paciente con riesgo suicida .....	116
5.4.	Estrategias contra el suicidio que están dirigidas a sensibilizar al personal de salud frente al riesgo suicida .....	121
5.5.	Estrategias oportunas de prevención del suicidio con las que cuenta el personal de salud.....	136
5.6.	Propuesta para sensibilizar al personal de salud frente al riesgo suicida	146
5.7.	Estrategias de sensibilización, detección, prevención y abordaje frente al riesgo suicida de la población aplicables en el sistema de salud de Costa Rica .	149
5.8.	Discusión de resultados: .....	152
6.	Capítulo 6: Conclusiones y recomendaciones .....	157
6.1.	Conclusiones.....	157
6.2.	Recomendaciones.....	161
	Bibliografía.....	165
	Anexos.....	172

## Índice de tablas

Tabla 1: Niveles de evidencia .....	11
Tabla 2: Cronograma para el cumplimiento del objetivo general (ver objetivo general en apartado correspondiente).....	12
Tabla 3: Cronograma para el cumplimiento de los objetivos específicos (ver objetivos específicos en el apartado correspondiente .....	13
Tabla 4: Variables del suicidio en Costa Rica 2017- 2021.....	28
Tabla 5: Artículo 1 .....	53
Tabla 6: Artículo 2.....	55
Tabla 7: Artículo 3.....	56
Tabla 8: Artículo 4.....	58
Tabla 9: Artículo 5.....	60
Tabla 10: Artículo 6.....	61
Tabla 11:Artículo 7.....	63
Tabla 12: Artículo 8.....	65
Tabla 13: Artículo 9.....	67
Tabla 14: Artículo 10.....	69
Tabla 15:Artículo 11.....	70
Tabla 16: Artículo 12.....	72
Tabla 17: Artículo 13.....	73
Tabla 18: Artículo 14.....	76
Tabla 19: Artículo 15.....	78
Tabla 20: Artículo 16.....	83
Tabla 21: Artículo 17.....	85
Tabla 22: Artículo 18.....	87
Tabla 23: Artículo 19.....	89
Tabla 24: Artículo 20.....	91
Tabla 25: Artículo 21 .....	93
Tabla 26: Artículo 22.....	95

Tabla 27: Artículo 23.....	97
Tabla 28: Artículo 24.....	98
Tabla 29: Artículo 25.....	99
Tabla 30: Artículo 26.....	101
Tabla 31: Artículo 27.....	103
Tabla 32: Artículo 28.....	105
Tabla 33: Artículo 29.....	107

## 1. Capítulo 1

### 1.1. Introducción:

Cada año se producen miles de muertes a nivel mundial, las estadísticas arrojan datos alarmantes, mencionan que aproximadamente 800 000 muertes son por suicidio, representando en América casi 100 000 personas que acaban con su vida cada año, una muerte cada 40 segundos, con una tasa de suicidio de 12.6 hombres y 5.4 mujeres por cada 100 000 habitantes. (Dillon, C. B., Saab, M. M., Meehan, E., Goodwin, M. J., Murphy, M., Heffernan, M. S., Greaney, M. S., Kilty, C., Hartigan, I., Chambers, D., Twomey, U., & Horgan, A. , 2020) (Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M, 2020) (OPS, 2021) (Pistone, I., Beckman, U., Eriksson, E., Lagerlöf, H., & Sager, M. , 2019) (Polihronis, C., Cloutier, P., Kaur, J., Skinner, R., & Cappelli, M., 2022).

Esta problemática cobró aún más relevancia a nivel mundial a partir del 2020, cuando se declara al COVID 19 como pandemia, las implicaciones que este evento mundial tuvieron sobre las personas afectadas, tanto directa como indirectamente, el aislamiento social, el desempleo y el estrés biopsicosocial trajeron consigo un aumento gradual de los problemas relacionados a la salud mental, lo que a su vez aumentó los factores de riesgo para ideación suicida y suicidio (OPS, 2021).

En América, el suicidio es la tercera causa de muerte prevenible entre los jóvenes de 20 – 24 años, predominado las víctimas masculinas con una razón de 3: 1, evidenciando que representa un problema social importante (OPS, 2023).

En 2019 en EEUU, cerca de 47 511 muertes fueron atribuibles al suicidio. La tasa de suicidio ha aumentado 31 %. entre 2001 y 2017. Además, por cada suicidio reportado, se estima que ocurren 25 intentos de suicidio. (O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N, 2023) (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

Algunos datos indican que casi 1 de cada 7 adultos jóvenes admite haber tenido algún tipo de ideación suicida en su vida y un 5% ha realizado un intento de suicidio, con

un costo estimado al sistema de salud estadounidense de más de 70 mil millones de dólares (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).

La tasa de suicidio entre los hispanoamericanos es significativamente más baja que la de los blancos no hispanos. La literatura actual sugiere que la tasa más baja puede deberse a la falta de informes, a la falta de pruebas de detección del suicidio y a factores sociales, incluido el estigma que rodea al suicidio en la cultura hispana (Brenes F. , 2019).

El 60% de las personas que pasan de una ideación suicida a una conducta suicida lo hacen dentro de los doce meses posteriores (Büscher, R., Beisemann, M., Doeblner, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Caelear, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., P, 2022).

Existen múltiples factores de riesgo que pueden llevar al suicidio como vía final, estos factores pueden ser individuales, personales como la presencia de alguna patología mental como la depresión crónica, ser hombre, factores de estrés agudo como una discusión, factores sociales como la pobreza, el desempleo, la inseguridad social, las guerras, las barreras de acceso en atención en salud, la falta de conciencia y sensibilización frente al problema del suicidio en la sociedad y el personal de salud, entre muchos otros, por lo que la presencia de estos factores puede aumentar la vulnerabilidad de las personas al suicidio (Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020), (OSP, 2021), (Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M. , 2018).

Los métodos más comunes utilizados dependen de las características de la población y localización geográfica, sin embargo, la asfixia, las armas de fuego, la intoxicación con drogas y alcohol, el envenenamiento con plaguicidas y productos químicos son los métodos más utilizados para el suicidio. En general, las tasas de suicidio son más altas entre los hombres, mientras que los intentos de suicidio tienden a ser mayores entre las mujeres, las mujeres tienden a elegir métodos menos letales y los hombres eligen métodos de alto riesgo. (OPS, 2021, Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M. , 2018).

En respuesta a la complejidad y la carga global del suicidio, la OMS ha incorporado la prevención del suicidio a la agenda sanitaria internacional principal durante las últimas décadas. La prevención del suicidio en los PIBM es un componente clave de esta agenda por lo que, en el 2002, la OMS lanzó el Programa de Acción para la Brecha en Salud Mental, que proporciona un marco para la prestación y expansión de servicios de salud mental, incluida la prevención del suicidio. Tanto la OMS y la OPS han propuesto como indicador y como meta en los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) la reducción de la mortalidad por suicidio en un 15 % para el 2023 y en un tercio para el 2030 (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022, OPS, OMS, 2021)

A nivel mundial varios países han llevado a cabo una serie de intervenciones o estrategias con el objetivo de reducir la tasa de suicidios, algunas de estas intervenciones han sido aplicadas directamente en entornos comunitarios y en atención primaria, o bien su implementación podría llevarse a cabo en este entorno. Dentro de algunos ejemplos se podría mencionar la limitación a los medios de suicidio como la prohibición de plaguicidas altamente peligrosos, tal es el caso de los organofosforados, políticas para restringir las armas de fuego, instalar barreras en sitios públicos que son reconocidos como lugares de salto, programas de cámaras y circuitos de vigilancia en estaciones de trenes y metro, comunicación responsable sobre información referente a casos de suicidio, esto tanto a nivel de salud, comunitario, local, nacional o internacional como en medios de prensa, desarrollo de programas de educación, sensibilización y capacitación sobre el suicidio para profesionales en salud, atención primaria y a población general, implementación de talleres y programas de capacitación a jóvenes sobre temas de entornos escolares seguros, sobre herramientas para la identificación de la conducta suicida y acompañamiento entre pares en entornos comunitarios, programas de educación y acompañamiento a personas con ideación suicida, sobrevivientes de suicidio y sus familiares llevadas a cabo desde entornos de salud y atención comunitaria o bien con colaboración multisectorial entre otros (OPS, 2021).

Los datos anteriores dejan en claro el grave problema en salud pública que representa el suicidio, por lo tanto es indispensable la educación en la prevención de la ideación suicida, la conducta suicida y suicidio, se requiere además de sensibilizar y

concientizar a la población en general y a la población médica sobre los signos de alarma para suicidio y la importancia de buscar ayuda cuando se presenta una situación que afecte la salud mental, es por tanto que se requiere mayores habilidades y herramientas en atención primaria que permitan el reconocimiento temprano y oportuno de los pacientes que se encuentren en riesgo, así como mayor conocimiento sobre las principales intervenciones y/o estrategias de abordaje en atención del paciente con riesgo suicida.

## **1.2. Justificación:**

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, es una de las principales causas de muerte prematura en la población en todo el mundo, una muerte trágica potencialmente prevenible, o al menos postergable, una catástrofe en la familia y comunidad de la persona que comete el acto suicida. Cabe resaltar que esta problemática cobró aún más importancia debido al impacto negativo de la pandemia por el COVID 19 en la salud mental. Cada año a nivel mundial miles de personas acaban con su vida, esto con grandes implicaciones biopsicosociales.

El médico de familia es un experto en la atención integral de la persona, su familia y su entorno, entendido esto y en relación con los principios de Medicina Familiar y Comunitaria de McWhinney, el especialista en este campo debe considerar a su población de pacientes como parte de una población en riesgo, en este caso particular, debe tener presente que sus pacientes pueden estar en riesgo suicida, por lo tanto, debe contar con mayor sensibilidad y herramientas que le permitan identificar de forma temprana y oportuna estos pacientes e intervenirlos con el objetivo de evitar el suicidio.

Por otra parte, el quinto principio de medicina familiar “El médico de familia se considera a sí mismo parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria” dota al médico de familia de la habilidad de intervenir activamente en su comunidad y da la responsabilidad de llevar a cabo funciones de prevención y abordaje en materia de salud mental en cada uno de sus pacientes.

El paciente con riesgo suicida o aquel paciente que comete suicidio, en muchos de los casos antes del intento suicida o fatal tuvo algún contacto con el personal de salud y si este pasa desapercibido, porque su personal y en especial el médico, no lo capta, es una oportunidad perdida que pudo salvar la vida de esta persona.

Se debe tener en cuenta que el primer nivel de atención, es el primer contacto con el que el paciente cuenta, de forma más cercana a su entorno y aunque es el médico de familia el experto en este campo, este valioso recurso no está disponible en todos los entornos, donde esta importante labor es llevada a cabo por colegas formados en medicina general que de igual forma tienen el deber de atender las necesidades de su población.

Por las razones anteriormente expuestas, la presente revisión bibliográfica cobra relevancia más allá de ser un proyecto final de graduación para obtener un título académico y profesional, su relevancia trasciende ya que pretende actualizar conocimiento en esta materia que dé un aporte no solo al profesional que se forma como especialista, sino también a sus colegas y a cada una de las personas que, de una u otra forma, se puedan beneficiar del aporte de esta revisión.

### **1.3. Problema de investigación:**

El creciente aumento en los intentos de autoeliminación y suicidio tanto a nivel nacional como a nivel internacional ha convertido a este tema en un problema de trascendencia global y ha colocado la atención y abordaje de la salud mental de la población, como una prioridad básica e indispensable de la atención integral en salud, lo que ha generado la necesidad de contar con las herramientas necesarias e indispensables que permitan la sensibilización del personal de salud frente a esta situación, así como la identificación y prevención temprana y oportuna del riesgo suicida.

#### **1.3.1. Tema:**

Estrategias de sensibilización, detección temprana y prevención del suicidio dirigidas al personal de salud y aplicables desde la atención primaria.

#### **1.3.2. Título del proyecto:**

Análisis de las estrategias de sensibilización, detección temprana y prevención del suicidio, dirigidas al personal de salud y aplicables desde atención primaria, a través de una revisión bibliográfica de la literatura publicada en inglés y/ o español entre los años 2018 a 2023.

#### **1.3.3. Pregunta de investigación:**

¿Cuáles son las estrategias de sensibilización, detección temprana y prevención del suicidio dirigidas al personal de salud y aplicables desde atención primaria, a través de una revisión bibliográfica de la literatura publicada en inglés y/ o español entre los años 2018 a 2023?

### **1.4. Objetivos**

#### **1.4.1. Objetivo general:**

Analizar las estrategias de sensibilización, detección temprana y prevención del suicidio, dirigidas al personal de salud y aplicables desde atención primaria, a través de una revisión bibliográfica de la literatura publicada en inglés y/ o español entre los años 2018 a 2023.

**1.4.2. Objetivos específicos:**

- Identificar cuáles estrategias contra el suicidio están dirigidas a sensibilizar al personal de salud frente al riesgo suicida.
- Describir las escalas, estrategias de detección y prevención con las que cuenta el personal de salud para el reconocimiento temprano y oportuno del paciente con riesgo suicida.
- Identificar cuales estrategias de sensibilización y prevención frente al riesgo suicida de la población son aplicables en el sistema de salud de Costa Rica.

## 2. Capítulo 2

### 2.1. Metodología

Estudio no experimental, descriptivo sistemático de tipo revisión bibliográfica.

La búsqueda de la bibliografía se llevó a cabo en distintas bases de datos como PubMed, ELSEVIER, en el periodo comprendido entre agosto – diciembre 2023, se utilizaron las siguientes palabras o términos claves: attempted suicide, awareness suicide, family physician, family practice, physicians, prevention strategies, Primary Care, suicide, prevention, control, concientización, estrategias de prevención, intento de suicidio, prevención de suicidio, médico de familia. sensibilización, suicidio, atención primaria. Se desarrollaron diferentes algoritmos de búsqueda para las bases de datos, se complementó con el uso del MESH y los operadores booleanos AND, OR, NOT.

A continuación, se describe las fases para la elaboración de este trabajo:

1° Fase: Creación de los algoritmos de búsqueda según el tema, título y los criterios de inclusión y exclusión.

2° Fase: Identificación al aplicar los algoritmos de búsqueda de 2306 artículos o documentos por título, posteriormente sometidos a lectura del abstract.

3° Fase: Selección de 100 artículos o documentos para la revisión minuciosa a texto completo y bola de nieve de artículos de interés.

4° Fase: Inclusión de 29 artículos para la elaboración de la matriz de artículos, clasificación de la evidencia según CEBM de Oxford.

Se incluyó un total de 29 artículos que cumplían con los objetivos, criterios de inclusión y exclusión para la elaboración de esta revisión.

Los artículos se clasifican según el nivel de evidencia y el grado de recomendación haciendo uso de la clasificación CEBM de Oxford.

### 2.2. Criterios de inclusión de estudios:

Artículos en idioma inglés o español.

Artículos publicados entre el año 2018 y 2023.

Artículos que mencionen todos o cualquiera de los siguientes: criterios de búsqueda, palabras clave, tema o título del proyecto, así como contenido relacionado al tema de investigación.

Artículos que mencionen dentro de su contenido intervenciones y / o estrategias dirigidas a sensibilizar al personal de salud en la identificación del paciente con riesgo suicida.

Artículos publicados sobre herramientas o estrategias de detección y prevención con las que cuenta el personal de salud, para el reconocimiento del paciente con riesgo suicida.

Artículos que mencionen las principales intervenciones y / o estrategias descritas contra la ideación suicida o materia en prevención del suicidio.

### **2.3. Criterios de exclusión de estudios:**

Estudios que contengan intervenciones o estrategias dirigidas a la población con trastornos de adicción o dependencia a sustancias como temática principal de la revisión.

Estudios sobre intervenciones o estrategias enfocadas únicamente desde tercer nivel de atención.

Estudios que mencionen intervenciones o estrategias dirigidas exclusivamente a pacientes con esquizofrenia o trastornos psicóticos.

Estudios que aborden únicamente intervenciones o estrategias dirigidas exclusivamente a niños y adolescentes menores de 19 años.

Estudios que mencionen estrategias, única y exclusivamente, dirigidas a grupos minoritarios de riesgo de suicidio muy específicos, sin que esto signifique excluir a estas poblaciones de riesgo u otros estudios donde se mencionen intervenciones o estrategias dirigidas de carácter general.

## 2.4. Clasificación de los artículos encontrados según el nivel de evidencia

### CEBM de Oxford:

Tabla 1: Niveles de evidencia

Recomendación	Clasificación	Nivel de evidencia	Cantidad de artículos
A	Metanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorizados	I A	6
	Ensayo clínico controlado aleatorizado	I B	0
B	Metanálisis de estudios de cohorte. Revisión sistemática de estudios de cohortes, o bases de datos.	II A	9
	Estudios clínicos de cohortes o ensayos clínicos aleatorizados de baja calidad.	II B	2
	Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, comparativos, observacionales, longitudinales, transversales, caso control, revisiones.	III	3
C	Series de casos. Estudio de cohortes, casos y controles de baja calidad.	IV	1
D	Opiniones de expertos. Experiencias clínicas de autoridades de prestigio reconocido.	V	8
Total			29

Fuente: Adaptado de Centre for Evidence Based Medicine Oxford.

## 2.5. Cronograma

*Tabla 2: Cronograma para el cumplimiento del objetivo general (ver objetivo general en apartado correspondiente).*

<b>Objetivo</b>	<b>Estrategia de cumplimiento</b>	<b>Fecha de realización</b>	<b>Recursos</b>	<b>Encargado</b>
General	Desarrollo de los objetivos específicos.	Agosto 2023 - abril 2024	Recurso humano, material y de infraestructura local, económico, tecnológico.	Médico residente que elabora este trabajo. Médicos tutor y lector de este proyecto.

Fuente: Elaboración propia, 2023.

*Tabla 3: Cronograma para el cumplimiento de los objetivos específicos (ver objetivos específicos en el apartado correspondiente)*

<b>Fecha / Horario:</b>	<b>Tiempo de duración</b>	<b>Estrategia de cumplimiento y actividad a realizar:</b>	<b>Recursos:</b>	<b>Encargado:</b>
Agosto – Diciembre 2023	5 meses	Búsqueda y revisión bibliográfica para el planteamiento y desarrollo del proyecto final de graduación.	Humano, educativo, didáctico, electrónico y digital.	Médico residente, tutor y lector encargado de la elaboración de este proyecto.
Setiembre 2023	22/09/2023	Presentación del protocolo del trabajo final de graduación.	Recurso humano médico residente. Recursos electrónicos y digitales	Médico residente, que elabora este trabajo.
Enero - Abril 2024	4 meses	Análisis de datos obtenidos Entrega de borrador del trabajo final de graduación.	Recurso humano: Médico residente y director médico.	Médico residente, que elaboran este trabajo.
Abril 2024	26 de abril de 2024	Correcciones finales. Presentación escrita y oral del trabajo final de graduación.	Recurso humano: Médico residente.	Médico residente, que elabora este trabajo

Fuente: Elaboración propia, 2023.

### **3. Capítulo 3: Marco conceptual**

#### **3.1. Antecedentes internacionales**

La Organización Mundial de la Salud debido a la crisis actual del suicidio ha realizado guías prácticas de recomendaciones para su abordaje, un ejemplo de estas es la GUÍA VIVIR LA VIDA en su traducción oficial al español. Es un documento que se publicó en el 2021 y que tiene como objetivo brindar una serie de recomendaciones y pautas para apoyar a los países a fin de que ejecuten intervenciones eficaces con las cuales establecer una respuesta nacional integral a la prevención del suicidio. Las estrategias poseen como pilares fundamentales la colaboración multisectorial, la sensibilización y promoción de la salud, el desarrollo de capacidades, la financiación, la vigilancia, monitoreo y evaluación (OPS, 2021).

La colaboración multisectorial, da a entender que la importancia de la problemática del suicidio y la prevención de este, no es únicamente un problema de salud médica y mental, sino que para prevenirla se necesita la colaboración de múltiples entes desde la atención primaria, comunitaria, actores sociales, familias, sobrevivientes del suicidio, entidades como los ministerios de salud, educación, transporte y comercio (OPS, 2021).

Desde hace varios años, la OMS ha promovido el fortalecimiento de la atención primaria como una estrategia para el abordaje de los problemas en salud mental. Al respecto, se ha publicado la literatura sobre estrategias de atención en salud mental denominadas abordaje colaborativo. Según la literatura consultada, este sistema de abordaje surge alrededor de los años setenta y cuenta con respaldo científico según diversos estudios clínicos publicados.

El modelo colaborativo articula la psiquiatría con la atención primaria, bajo este modelo de atención en salud mental, los pacientes son atendidos por un proveedor de salud mental en atención primaria y de forma colaborativa recibirá seguimiento por parte de un psiquiatra que actuará como consultor, especialmente en los casos más complejos, o cuando se requieran intervenciones episódicas en momentos de crisis o estresores, permitiendo un mayor alcance en la atención a la población (Raney L., Lasky G., Scott C., 2017).

Para la implementación del modelo colaborativo se requiere de la identificación y el diagnóstico a abordar en salud mental, utilizar herramientas validadas para evaluar y documentar la gravedad de la condición, sistemas de registro y seguimiento de los pacientes, seguimiento sistemático, ajuste del tratamiento y planes de prevención de recaídas, revisión y consulta sistemática de casos con especialistas en psiquiatría, presencialmente o con apoyo tecnológico como atención virtual o telepsiquiatría. Un modelo que por sus características es aplicable a la prevención del suicidio (Raney L., Lasky G., Scott C. , 2017).

Adicionalmente, la OMS resalta la importancia de la sensibilización y promoción de la salud en materia de suicidio, definiendo la labor como una llamada de atención a las personas sobre hechos como que el suicidio es un grave problema de salud pública.

Respecto al desarrollo de las capacidades involucra aquí toda estrategia o intervención que se encuentre dirigida a los profesionales de salud que sensibilice a esta población o aumente sus habilidades para la prevención, manejo y detección del suicidio, mediante capacitaciones o programas de educación médica continua (OPS, 2021).

Con relación a lo anterior, el curso “Prevención de la autolesión/suicidio: empoderamiento de los proveedores de atención primaria de salud” ha sido diseñado para capacitar a los trabajadores de la salud sobre los elementos más relevantes en el conocimiento, manejo y prevención del suicidio, elaborado con material educativo sobre la prevención, dirigido a profesionales. Además, la OPS ofrece formación y seminarios web a periodistas, haciendo énfasis en la comunicación responsable sobre noticias referentes al suicidio (OPS, 2021).

La OPS indica la importancia de la financiación de los programas de educación, prevención y abordaje del suicidio como otro de los pilares fundamentales en este tema. A menudo la financiación es escasa, sin olvidar, la falta de priorización del suicidio como un problema grave y el poco reconocimiento de que los suicidios son prevenibles, es por esto que se necesita la colaboración multisectorial con el objetivo de obtener financiamiento, ya que algunas organizaciones en esta materia cuentan con pocos recursos o dependen de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), caridad o donaciones, en muchos casos sin presupuesto estatal. (OPS, 2021).

Las actividades de vigilancia, monitoreo y evaluación representan otro pilar, se puede utilizar fuentes de datos como el registro civil y las estadísticas vitales, los expedientes en salud, encuestas nacionales, el reporte y monitoreo obligatorio de los eventos asociados con autolesiones y suicidio; el objetivo de estas actividades es evidenciar la problemática, dar trazabilidad de los casos, implementar intervenciones y evaluar el efecto de estos sobre la población a la cual se dirigen (OPS, 2021).

Australia ha aplicado un enfoque nacional de la prevención del suicidio desde 1997, impulsado principalmente carteras de salud a nivel nacional y estatal; el país logró reconocer la necesidad de un enfoque de prevención en el que esté implicado todo el gobierno (OPS, 2021).

En el 2019 se nombró al primer asesor nacional de prevención del suicidio, que vela por el acceso a orientación permanente brindada por personas con conocimientos obtenidos desde su experiencia vivida respecto al suicidio, expertos en investigación sobre la prevención del suicidio, así como profesionales en prevención del suicidio de aborígenes e isleños; expertos en políticas sociales y comunitarias relacionadas a la atención primaria y prevención del suicidio (OPS, 2021).

En Australia Meridional se estableció el primer modelo de atención específico para aborígenes de Australia, proporcionado y diseñado junto con la comunidad aborígen local y en el 2017. La Red de Salud Primaria de Australia Meridional trabajó en varios foros comunitarios indígenas (OPS, 2021).

El programa MATES in Construction (MATES), se creó en Queensland en el 2007. Según su sitio oficial, dicho programa busca crear conciencia sobre el suicidio como un problema prevenible, forma personas y trabajadores resilientes y fomenta mejores prácticas de salud mental en prevención del suicidio, en los lugares de trabajo y en un entorno comunitario (MATES, 2023).

Respecto a la despenalización del suicidio, la reforma a las leyes nacionales o locales en materia de salud, salud mental y derechos humanos representa un gran avance ya que permite a las personas la búsqueda de atención de sus necesidades, siendo esto clave en la prevención del suicidio. Un ejemplo de esto es Irlanda, donde la

reforma para la despenalización del suicidio fue en 1993, uno de los primeros pasos de la sociedad irlandesa hacia el reconocimiento de que el suicidio y las afecciones de salud mental son problemas graves de salud pública y comunitarios. (OPS, 2021).

El tema del suicidio es tan relevante en la sociedad japonesa que en Japón existe el Plan Nacional de Acción para la Prevención del Suicidio, el cual establece que los municipios están obligados por ley a elaborar planes locales y aplicar medidas de acción y prevención del suicidio. Japón ha invertido en políticas de sensibilización a la población sobre el suicidio, como seleccionar el mes de marzo, como el Mes Nacional de Sensibilización sobre la Prevención del Suicidio, debido al aumento significativo de la tasa de suicidios en dicho mes en los últimos años (OPS, 2021).

En el 2011, la República de Corea promulgó la Ley de Prevención del Suicidio, con lo que canceló el registro del *paraquat* un plaguicida altamente peligroso, lo cual logró reducir a la mitad las muertes por suicidio utilizando dicho método (OPS, 2021).

Sri Lanka en 1995 registraba la tasa de suicidios más alta a nivel mundial, por lo que ante tal situación, con la intervención del Presidente, se nombra el Equipo de Tareas Presidencial, con el objetivo de combatir el suicidio en ese país, y mediante el modelo de colaboración intersectorial se logró que diferentes sectores colaboraran en un objetivo común: reducir la tasa de suicidios. El equipo de tareas multisectorial estuvo integrado por el sector de educación, la agricultura, el desarrollo social, los servicios sociales, las universidades, las ONG, servicios comunitarios en atención primaria y sector salud. Sus aportes fueron sobre registros de plaguicidas, finanzas, desarrollo, educación para la salud en colaboración con expertos técnicos en salud pública, sociólogos y psiquiatras. El equipo de tareas basó sus recomendaciones en la evidencia y el consenso en intervenciones para prevenir el suicidio, mediante labores de monitoreando y evaluación, en la aplicación de elementos clave del éxito a nivel comunitario, que incluyeron el enfoque colaborativo entre el equipo de tareas y las comunidades, mediante un programa elaborado específicamente para afrontar los factores determinantes del suicidio (OPS, 2021).

SNEHA es una ONG del sur de la India, creada en 1986, año en el que el suicidio era un tema manchado por el estigma social. La situación fue difícil inicialmente, ya que

el concepto de voluntariado, apoyo emocional y prevención del suicidio era deficiente, por tanto, contar como un lugar y recursos fue una tarea difícil a lo largo de los años. SNEHA se diversificó más allá de ser una línea telefónica de asistencia para casos de suicidio a fin de sensibilizar la comunidad, abordar cuestiones de políticas y elaborar intervenciones comunitarias innovadoras para reducir los suicidios dando como resultado la creación de la Ley de Despenalización del Suicidio y Salud Mental en 2017 (OPS, 2021).

Befrienders Kenya es una organización miembro de la Asociación Internacional para la Prevención del suicidio, tiene un interés especial en la prevención del suicidio al prestar servicios de escucha para personas en riesgo, realiza labores de coordinación de esfuerzos en el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, trabaja con los medios de comunicación e imparte formación para los guardianes (personas capacitadas en educación y prevención del suicidio). Los esfuerzos de Kenya están encaminados a la sensibilización acerca del suicidio y su prevención. Dentro de sus labores, imparte formación como la dirigida a los guardianes a nivel comunitario para dotar a grupos comunitarios específicos con las aptitudes y conocimientos necesarios que contribuyan a la reducción del estigma y la promoción del comportamiento de búsqueda de ayuda, colaborando así a los esfuerzos de prevención del suicidio (OPS, 2021).

En el 2014 Guyana, con el apoyo conjunto de la OPS y la OMS, publicó y llevó a cabo el Plan de Acción Nacional sobre Salud Mental 2015- 2020 y el Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2015–2020, como medida tras presentar una de las tasas más altas de suicidio. Guyana implementó programas de capacitación en suicidio y autolesiones, dirigidos a trabajadores en salud, medicina general y atención primaria, para darles las herramientas que permitan detectar, gestionar el riesgo de suicidio y prestar atención adecuada de seguimiento. En el 2015, la Unidad de Salud Mental de la OPS/OMS implementó el curso en línea llamado “Integración de la salud mental en la atención primaria de salud”, utilizando la plataforma del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS, con este recurso logró formar a médicos de Guyana, completando satisfactoriamente dicho curso, dotando a estos de mejores herramientas de detección de la patología psiquiátrica como depresión, conducta suicida y manejo mediante

psicoeducación y seguimiento por parte de médicos que trabajan en atención primaria (OPS, 2021).

Respecto a la ampliación de los servicios de salud mental y prevención del suicidio en Irán, en los últimos años, se ha dado la integración de los servicios de salud mental en la atención primaria de salud, este paso se considera uno de los principales puntos de inflexión en la ampliación de los servicios públicos de salud mental, incluido el programa de prevención del suicidio. Un mayor acceso a los servicios de atención de la salud mental y el reconocimiento de los trastornos de salud mental y el suicidio principalmente mediante la prestación de atención primaria de salud mental por parte de los médicos generales, los trabajadores de la salud general polifacéticos y los psicólogos clínicos en la esfera de la atención primaria de salud en las zonas rurales y urbanas de todo el país. El sistema se encuentra organizado de tal forma, que los trabajadores de salud entrenados, realizan exámenes iniciales de detección de patologías y signos del suicidio, si el resultado es positivo, el paciente es evaluado a profundidad respecto a las ideas de suicidio o antecedentes de intento de suicidio y de acuerdo con la evaluación de riesgos efectuada por el médico general y el juicio clínico, el paciente se deriva al hospital para valoración por psiquiatría; por otro lado, si es catalogado como en riesgo alto de suicidio, pero en el caso de ser paciente de bajo riesgo, el médico general le inicia un protocolo de manejo y seguimiento según guías locales de manejo de suicidio y trastornos mentales aplicables en atención primaria. En este programa, se realiza un trabajo conjunto con psicólogos clínicos, trabajo social y otras disciplinas, los pacientes reciben simultáneamente seguimiento telefónico, psicoeducación e intervenciones psicológicas breves, también se ha elaborado servicios de seguimiento para apoyar a los sobrevivientes (personas que han perdido a un ser querido por suicidio). Se realizan importantes labores en capacitación de psicólogos clínicos y médicos a fin de que presten este servicio, el cual se ha brindado desde el 2005 (OPS, 2021).

Los esfuerzos realizados en Escocia, encaminados a la eliminación del estigma y la discriminación que rodea el suicidio y la salud mental, buscan que las personas en riesgo de suicidio se sientan capaces de pedir ayuda. La eliminación del estigma sensibiliza y crea conciencia sobre este grave problema para asegurar que las personas puedan hablar de cómo se sienten antes de llegar a un punto en el que el suicidio se

perciba como una opción. See Me, programa de Escocia para poner final al estigma y la discriminación en materia de salud mental, centra su labor en la reducción de las desigualdades y en un enfoque de inclusión de salud mental en tres esferas principales, Mediante la educación, se ofrece a los jóvenes y a los adultos en su vida un lenguaje común para hablar de la salud mental y favorecer su expresión. En los lugares de trabajo, los empleadores que trabajan con See Me buscan mejorar las políticas y prácticas que pueden causar discriminación, así como fomentar un cambio cultural y organizativo a fin de que los empleados se sientan capaces de expresar sus problemas y dificultades para lograr ofrecerles el apoyo requerido. En la atención de salud, See Me ha trabajado para alentar a las personas a participar en la formación del personal de salud con miras en la sensibilización y conciencia de las repercusiones negativas que tiene dar una respuesta no compasiva a la población atendida con estas necesidades específicas en salud mental (OPS, 2021).

Austria ha hecho esfuerzos por la aplicación de directrices para la cobertura responsable del suicidio en medios de comunicación, con el objetivo de prevenir los suicidios por imitación, además de difundir noticias que tengan un efecto positivo en prevención del suicidio, por lo que en el 2019 el Ministerio Federal de Asuntos Sociales, Salud, Atención y Protección del Consumidor estableció el Premio Papageno de los medios de comunicación, en cooperación con la Sociedad Austriaca para la Prevención del Suicidio; cada año se selecciona un ganador, cuya noticia evaluada tenga un efecto positivo y preventivo (OPS, 2021).

En Inglaterra, el Organismo de Salud Pública elaboró planes locales y políticas de prevención de suicidio en múltiples niveles y organismos clave que pondrán en marcha el Programa de Mejora de la Seguridad de la Salud Mental, que centrará el apoyo en los fideicomisos de salud mental para reducir las tasas de suicidio (OPS, 2021).

En cuanto al panorama en Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), en 1996 el Programa de las Naciones Unidas publicó un documento llamado, según su traducción al español, "Prevención del suicidio: directrices para la formulación y la aplicación de estrategias nacionales", este documento solicitaba que los gobiernos formularan una estrategia nacional para la prevención del suicidio, por lo que surge un movimiento

liderado por los sobrevivientes de pérdida por suicidio y sus aliados, creando una organización sin fines de lucro llamada Suicide Prevention Advocacy Network USA (SPAN-USA) que ha cambiado la respuesta al suicidio en los Estados Unidos. En 1997, se logra una resolución (S. Res.84) en la que se pedía el reconocimiento del suicidio como un problema nacional que justificaba una respuesta y la elaboración de una estrategia nacional. En 1998 se celebró una reunión nacional en Nevada, que convocó a sobrevivientes, expertos, académicos, responsables de formular políticas, médicos y otras personas, con el fin de dar las bases de la primera estrategia en esta materia, que se publica por primera vez en 2001 y se revisó nuevamente en 2010 (OPS, 2021).

Canadá del 2015 al 2018 crea el “Proyecto de formación de guardianes comunitarios” para la prevención del suicidio, con el fin de establecer una red de personas formalmente capacitadas que pudieran detectar y apoyar a quienes presentaran signos de riesgo de suicidio y conectarlas con los servicios disponibles de ayuda. Se formaron más de 9000 guardianes comunitarios, se seleccionaron en base a su contacto directo y frecuente con miembros de su comunidad, su posición de responsabilidad y confianza, su conocimiento de los recursos comunitarios, sus habilidades de comunicación y apoyo para otras personas. El proyecto estuvo financiado por la ayuda económica del Ministerio de salud en colaboración con la Asociación Canadiense de Salud Mental. Posteriormente, en 2019, se desarrolló una estrategia para la prevención del suicidio, con aproximadamente 35 organizaciones miembros interesadas en prevención del suicidio y salud mental. Finalmente, el gobierno de Quebec adopta una estrategia nacional para prevenir esta problemática, así como iniciativas promovidas de apoyo a las personas víctimas de suicidio y sus familias OPS, 2021).

En EEUU, existe La Alianza de Acción para la Prevención del Suicidio, es una asociación público privada que coordina una respuesta nacional integral al suicidio; se encuentra integrada por representantes gubernamentales, organizaciones nacionales sin fines de lucro, expertos en prevención del suicidio, prestadores de atención de salud y personas que han vivido alguna experiencia cercana con el suicidio; la labor de esta alianza es principalmente fortalecer la prevención comunitaria y atención del suicidio (OPS, 2021).

En el caso de Brasil, entre el 2006 y el 2008, el Ministerio de Salud puso en marcha el Sistema de Vigilancia de la Violencia y los Accidentes, que incluía la notificación obligatoria por parte de los servicios especializados y de urgencias de los casos de autolesiones y suicidio. En el 2011, el Ministerio de Salud promulgó que hacía obligatoria la notificación de vigilancia de autolesiones e intentos de suicidio para todos los servicios de salud y estableció criterios, responsabilidades para los profesionales y los servicios de salud. En el 2014, el Ministerio de Salud promulgó que obligaba a los secretarios de salud de los municipios a notificar los intentos de suicidio en un plazo de 24 horas, y para el 2019, se aprobó una ley que estableció la Política Nacional para la Prevención de la Automutilación y el Suicidio, que el gobierno federal aplicaría en cooperación con los estados, el Distrito Federal y los municipios (OPS, 2021).

En São Paulo Brasil, en los últimos 10 años, la tasa de suicidio era el doble de la tasa nacional, por lo que en 2016, tras una invitación abierta para la colaboración multisectorial que fue ofrecida en los medios de comunicación local, múltiples personas provenientes de diversos entornos como trabajo social, educación, líderes religiosos, miembros comunitarios, amas de casa, departamento de policía, bomberos, sectores políticos, comunicaciones, operadores de líneas telefónicas de emergencia, celebridades locales, personal de salud y atención primaria, personal de psicología, psiquiatría, sector público y sector privado, posterior a reuniones lograron poner en marcha una red de protección de la vida, utilizando sus propios recursos y actuando como voluntarios. Pusieron en marcha un programa de capacitación para hacerse miembro, el cual consistía en un programa de cuatro horas impartido por los coordinadores, utilizando el módulo relativo al suicidio de la “Guía de intervención de la OMS”. Con el amplio apoyo de los voluntarios, la red de protección de la vida ahora tiene una lista de espera de voluntarios profesionales para contribuir a la organización. Los trabajadores de atención primaria de salud y los servicios de atención de urgencias también pueden comunicarse con la red a través de su sitio web [www.precisodeajuda.org](http://www.precisodeajuda.org). Los voluntarios de la red han elaborado varias actividades, algunas de carácter de apoyo social, espiritual, psicológico, de atención clínica, terapia comunitaria integradora, atención primaria, terapias complementarias recomendadas por el Ministerio de Salud, psicoterapia, seguimiento y

derivación de los casos, y otras están relacionadas con la promoción, prevención y sensibilización en materia de suicidio y salud mental (OPS, 2021).

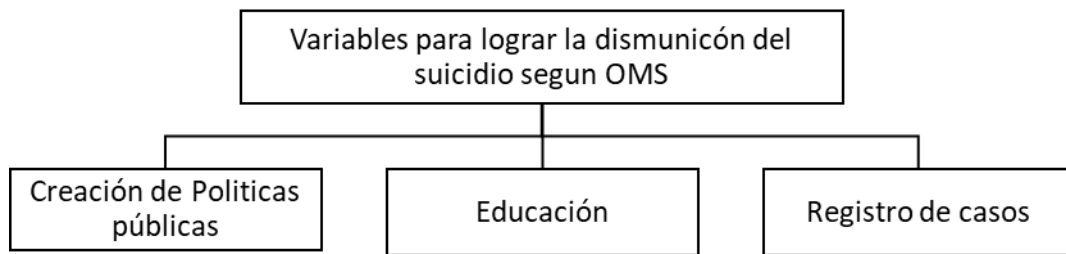
Centroamérica y la República Dominicana, en 2013, en colaboración con la OPS y el Consejo de Ministerios de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISA), se crea El Observatorio de la Conducta Suicida de Centroamérica y la República, el cual mediante una labor interdisciplinaria e intersectorial, recopila datos y genera información sobre la conducta suicida en Centroamérica y la República Dominicana, con el objetivo de disponer de información epidemiológica oficial y oportuna que permita caracterizar la conducta suicida en los países de la región, y fortalecer las capacidades nacionales para adoptar decisiones sobre la elaboración y el diseño de planes basados en la evidencia. Del trabajo de este ente, se cuenta con datos sobre la mortalidad en América Latina por suicidio, estos han sido descritos como “irregulares”, especialmente cuando se comparan con datos de países europeos, debido al retraso en la presentación de datos y subregistros de caso, por otro lado, existen disparidades en las tasas de suicidio entre los distintos países, incluso entre algunos que tienen niveles similares de desarrollo o problemas de método (OPS, 2021).

### **3.2. Antecedentes Nacionales**

Al igual que en el resto del mundo, en Costa Rica, los casos de suicidio han venido en constante crecimiento, consolidándose como un problema de salud pública; un informe del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) reportó para el periodo 2017-2021 una tasa de incidencia de 7.8 muertes por cada 100000 habitantes por esta causa (Solano M. , 2021).

La estructura para la gestión del suicidio en el país se basa en un modelo que pretende lograr una prevención, identificación, abordaje y atención temprana, basado en modelos definidos por entes como la Organización Mundial de la Salud. La siguiente figura ilustra el modelo tripartito sugerido por este organismo y que ha sido adoptado por el país.

Figura 1: Variables para disminución del suicidio.



Fuente: OMS, 2021.

En Costa Rica la atención del suicidio se desarrolla por medio de un modelo interinstitucional e interdisciplinar, apoyado en entes gubernamentales como centros de salud y universidades públicas y no gubernamentales, como organismos sin fines de lucro, fundaciones y grupos independientes de atención.

Algunos antecedentes relevantes de mencionar en materia de legislación y prevención del suicidio son los siguientes:

- Ley de Armas y Explosivos (Ley 7530).
- Ley de Control de Pesticidas (Ley 8303).
- Campañas de sensibilización y educación pública sobre riesgos del suicidio.
- Estrategia nacional para el abordaje integral del comportamiento suicida 2016-2021.

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha trabajado en compañía de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) para implementar estrategias de atención del suicidio, uno de los resultados alcanzados por estas instituciones fue la creación de la Secretaría Técnica de Salud Mental, creada en el año 2014 mediante la Ley N°9213:

La Secretaría Técnica de Salud Mental es un órgano técnico, adscrito al despacho del ministro de Salud, cuyo objetivo es abordar de forma integral el tema de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la participación de otras instituciones públicas y privadas, la

sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica. (Ministerio de Salud, 2014).

La creación de la Secretaría Técnica de Salud Mental trajo consigo la formación del Consejo Nacional de Salud Mental, encargado entre otras funciones, de apoyar la creación de políticas y planes enfocados en la salud mental de la población.

La conformación del Consejo Nacional de Salud Mental refleja en su estructura, la intención de contar con una estructura interdisciplinaria para la atención de la salud mental en el país, al estar conformado por representaciones del MINSA, Ministerio de Educación Pública (MEP), CCSS, Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), entre otros.

Este modelo de atención conjunta entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social ha permitido identificar que el primer nivel de atención recibe de un 75% a 90% de las consultas de pacientes con ideación o intento suicida como primer punto de entrada de casos (Solano U. A., 2018).

La Caja Costarricense de Seguro Social a través del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) y la Universidad de Costa Rica (UCR), han emitido publicaciones orientadas en la recopilación de datos estadísticos que permiten conocer el estado actual de la problemática sobre el suicidio. Uno de los logros del PAIA fue la creación de la línea telefónica de prevención “Cuenta Conmigo” en el año 1994, la cual funcionaba de forma gratuita y confidencial para la atención de adolescentes que necesitaran orientación en múltiples temas, la línea era atendida por profesionales en psicología y trabajo social. A pesar de atender hasta 18.000 llamadas por mes, el programa fue cancelado por falta de financiamiento y cambios en la estrategia de atención de esta población.

En la actualidad los programas de atención telefónica se encuentran operados por entes financiados por Organizaciones No Gubernamentales, algunos ejemplos de estos son:

- Sistema de emergencias 911
- Línea “Aquí estoy” del Colegio de Profesionales en Psicología

- Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica
- Clínica de Psicología, Universidad Latina de Costa Rica
- Fundación Ser y Crecer
- Asociación Mar y Cielo
- Fundación Amy
- Patronato Nacional de la Infancia (PANI)
- Asociación Costarricense de Estudio y Prevención del Suicidio (ACEPS)
- Instituto WEM
- Joven Salud

Otros autores individuales e institucionales, se han enfocado en el planteamiento de estrategias y planes de abordaje y prevención del suicidio en grupos sociales específicos como niños, adolescentes y adultos, por ejemplo el Consejo de la Persona Joven (CPJ) lanzó en el año 2021, el Protocolo de Atención en el tema del Suicidio por parte del CPJ, el cual tiene como fin apoyar a los profesionales a comprender la tendencia suicida y generar un modelo de intervención preventivo; este programa se enfoca en la atención de adolescentes.

En atención a la población infantil que forma parte del programa de educación primaria y secundaria, el MEP emitió el “Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones auto infligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio”. Este protocolo publicado en el año 2018 tiene como objetivo atender a la población de los centros educativos bajo un modelo preventivo que permita identificar, dar seguimiento y referenciar a los educadores en el soporte de casos donde se presenten autolesiones o ideas suicidas en los estudiantes (MEP, 2018).

Uno de los principales logros en atención del suicidio en Costa Rica es la “Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 2016-2021”, este esfuerzo realizado en conjunto por el Gobierno de la República, MINSA, Organización Panamericana de la Salud (OPMS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), consolida el esfuerzo del país en apoyo con entes internacionales para establecer un marco de atención del suicidio, define la respuesta del país ante el suicidio y realiza la

importancia de fortalecer el sistema de protección de la salud mental de la población y el abordaje integral del comportamiento suicida.

La estrategia se fundamenta en un modelo intersectorial e interinstitucional, además de atender el fenómeno del suicidio desde 5 ejes de intervención:

- Biológico
- Ambiental
- Económico y socio-cultural
- Sistemas y servicios de salud
- Fortalecimiento institucional

Cabe destacar la gestión que realizó el doctor Juan Guillermo Ortiz Guier, quien previo a la creación de la Estrategia Nacional para el Abordaje del Suicidio, en el año 2014 a través de la política Nacional de Salud 2014-2018, priorizó la salud mental como un aspecto básico para la salud integral de las personas, incluyendo en esta política la importancia de la atención del paciente suicida: “Fortalecer el desarrollo de acciones de atención integral de las personas en riesgo de suicidio, así como a las familias y personas sobrevivientes de suicidio.” (Ortiz, 2015)

Otro hecho relevante en cuanto a los esfuerzos para dar visibilidad a la problemática del suicidio, ocurrió en el año 2017 cuando el MINSA mediante la adición del decreto N°37306-S incluyó en el Reglamento de Vigilancia de la Salud, el concepto “intento de suicidio”, siendo Costa Rica el primer país que estableció la obligación de notificar estos eventos como parte del sistema de vigilancia nacional de salud. Este cambio fue tan relevante que entre el año 2013 y 2014 los eventos suicidas disminuyeron en un 16.3% (Ministerio de Salud, 2018).

Las políticas de gestión del suicidio en Costa Rica han enfrentado algunas dificultades como la falta de datos y registros previos al año 2000 cuando se estableció la obligatoriedad de declarar y registrar los casos de suicidio y en el año 2012 de los intentos suicidas y depresión (Solano U. A., 2018). La poca información que se tenía sobre los eventos suicidas, hacía difícil establecer el perfil de los pacientes suicidas, así como sus antecedentes y conocer su entorno familiar.

La aprobación del Consejo de Ministros de Salud de Centro América (COMISCA), permitió reducir la falta de registros sobre eventos suicidas, este consejo en conjunto con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), incluyeron en las fichas de mortalidad, al suicidio como causa de muerte y en el año 2013 iniciación la carga de datos, esta acción permitió registrar los eventos suicidas desde el año 2010 (Ministerio de Salud, 2018).

En cuanto a la capacitación de los profesionales en salud, en el año 2010 la Organización Mundial de la Salud presentó la guía de intervención mhGAP para la atención de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias para áreas de atención de salud no especializadas, esta guía identificó como un trastorno prioritario las lesiones auto infligidas y el suicidio. Reportes del Ministerio de Salud registran que, para el año 2016, 490 funcionarios habían sido capacitados en la guía mhGAP (Ministerio de Salud, 2018).

En Costa Rica, una de las instituciones que genera datos sobre los suicidios ocurridos es el Poder Judicial, este órgano cuantifica los eventos ocurridos y los clasifica entre otros criterios por año de ocurrencia, reporta algunos aspectos sociodemográficos y también la ubicación de estos. Los datos generados por el Poder Judicial permiten visualizar un panorama sobre el comportamiento del suicidio en Costa Rica y confirmar que este mantiene una tendencia al alza; por ejemplo, un reporte del año 2017 al 2021 muestra un crecimiento del 21% en los casos de suicidio. Este reporte muestra también que la mayoría de los casos se presentan en la región Metropolitana en las provincias de San José y Alajuela y en tercer lugar, en la provincia costera de Puntarenas, concentrando estas 3 provincias un 64.3% de los casos (Solano M. , 2021).

*Tabla 4: Variables del suicidio en Costa Rica 2017- 2021.*

Variables Suicidios-Costa Rica-2017-2021								
Tipo de variable	Variable	2017	2018	2019	2020	2021	2021 vs 2020	Dif 2021 vs 2020
Personas Fallecidas Suicidio	Total Personas	332	390	382	378	403	▲	25
	Hombres	268	317	326	297	338	▲	41
	Mujeres	64	73	56	81	65	▼	-16
	Con armas de fuego o blancas	38	50	58	43	49	▲	6
	Ahorcadura	216	254	244	244	280	▲	36
	Envenenamientos o intoxicaciones	52	59	61	70	55	▼	-15
	Precipitaciones	10	15	16	12	10	▼	-2
Tasa x 100 mil habitantes	Otros	16	12	3	9	9	▲	0
	Tasa general	6,7	7,8	7,6	7,4	7,8	▲	0,4
	Hombres	10,7	12,6	12,8	11,5	13,0	▲	1,5
Aspectos Sociodemograficos	Mujeres	2,6	2,9	2,2	3,2	2,5	▼	-0,7
	Porcentaje de Suicidas Solteros	53,0	44,6	50,3	51,0	54,0	▲	3
	Porcentaje de Suicidas Casados	18,7	19,7	20,7	20,4	13,9	▼	-7
	Porcentaje de Suicidas Nacionales	89,8	88,2	89,8	88,9	86,6	▼	-2
Personas Fallecidas por Suicidio por provincia	Porcentaje de Suicidas Extranjeros	10,2	11,3	10,2	10,8	8,7	▲	-2
	San José	114	124	125	111	122	▼	11
	Alajuela	70	72	74	70	88	▼	18
	Cartago	22	38	38	58	36	▲	-22
	Heredia	30	45	39	35	33	▲	-2
	Guanacaste	33	40	35	31	39	▲	8
	Puntarenas	38	42	43	43	49	▲	6
Limón	25	29	28	30	36	▲	6	

Fuente: Poder Judicial, Anuario de Estadísticas policiales, 2021.

Por su parte, registros del Ministerio de Justicia y Paz indican que la mayor incidencia de suicidios se dio en los cantones de Alajuela, San José, San Carlos y Cartago (Solano M. , 2021). Este estudio hace un énfasis especial en los años 2020 a 2021, ya que el segundo registró el mayor número de eventos de suicidio en el país con 403 fallecimientos; menciona también que un 83.8% fueron cometidos por hombres, los cuales tenían entre 18 y 39 años de edad, de estado civil solteros o en unión de hecho y que se dedicaban a un trabajo propio. Resulta notorio también, el incremento de casos presentados en el rango etario de 30 a 39 años, el cual presentó un incremento de 39 eventos más solo entre los años 2020 a 2021.

Solano 2021, indica también en este anuario, que en los 3 últimos meses del año ocurre un 27.5% de los casos, además un 56.8% de los eventos ocurren entre semana, siendo los días miércoles, sábados y martes los de mayor incidencia (p.6). Un informe del Ministerio de Justicia y Paz para el año 2021, indicó que los días viernes presentan la mayoría de casos de suicidio. Este documento registró también que el mes de agosto es en el que ocurren más suicidios en el país (Ministerio de Justicia y Paz, 2021) (Solano M. , 2021).

El reporte del Poder Judicial permitió identificar también los métodos de mayor uso para la ejecución del suicidio, siendo estos la asfixia por suspensión, uso de arma de fuego y envenenamiento los 3 principales con un 70%,12% y 10% respectivamente (Solano M. , 2021).

Como se citó anteriormente, el estado civil de los fallecidos por suicidio predomina entre solteros y personas en unión libre, sin embargo, la incidencia en personas solteras supera hasta en 4 veces más la que se presenta entre personas en unión de hecho o casados.

En cuanto a la nacionalidad de las víctimas, un 85% son costarricenses, del 15% restante, la población de nacionalidad nicaragüense ha sido la que ha experimentado un mayor incremento en el número de casos de suicidio.

Otro aspecto analizado por el reporte de Solano (2021) es la condición de empleo de las víctimas, se encontró que un 35.5% de las víctimas laboraban en actividades no asalariadas y un 21.6% en trabajos asalariados formales. Se encontró también que 2 grupos en particular acumulan el 10.7% de los casos, los estudiantes y profesores (p.9). Otros grupos presentaron una cantidad relevante de casos como los desempleados, privados de libertad e indigentes con un 10.2% de los casos en conjunto.

La tasa de fallecimientos por esta causa presentó también variaciones interesantes, por ejemplo, las provincias de Guanacaste y Puntarenas registraron para el año 2021 tasas de 9.8 y 9.7 casos por cada 100 mil habitantes, siendo estas las más altas del país y de estas regiones desde el año 2017.

Para finalizar este apartado, es importante hacer mención sobre dos puntos indispensables en el abordaje del suicidio, queda en evidencia que Costa Rica ha realizado esfuerzos importantes en la prevención del suicidio, sin embargo, aunque parte de estas estrategias son efectivas, en la literatura revisada para este apartado no se logra identificar puntualmente antecedentes sobre la implementación de estrategias de sensibilización en el tema del suicidio dirigidas al personal de salud, siendo estas parte indispensable del abordaje.

El segundo punto a recalcar es sobre la implementación del abordaje colaborativo en la atención de la salud mental en Costa Rica, mencionando datos de un trabajo publicado en el 2014 por el Dr. Ricardo Millán González, parafraseando algunos datos relevantes de este artículo.

En Costa Rica existe una brecha en la atención y el acceso a la salud mental, el modelo actual de atención en psiquiatría es principalmente un modelo de referencia, es decir, el paciente es atendido generalmente en el primer nivel de atención y según los criterios clínicos del médico tratante es referido para la atención en un tercer nivel por un especialista en psiquiatría (Millán, R., 2014).

En el primer nivel de atención se carece de un sistema de tamizaje validado y sistemático para la detección y abordaje de patologías psiquiátricas, por lo que estos pacientes son derivados a un tercer nivel de atención especializado ya saturado, que, en la inmensa mayoría de los casos, el servicio psiquiátrico se encuentra localizado en centros geográficos distintos. No solo la atención en salud mental se ve obstaculizada por el desplazamiento, sino también la comunicación entre el médico del primer nivel y el especialista, que en el mejor de los casos se hará mediante contra referencia (Millán, R., 2014).

Este modelo actual de atención tiene sus bases incluso desde la formación médica, tanto en programas de pregrado y postgrado, donde en las rotaciones tienen un mayor énfasis en servicios de psiquiatría hospitalaria con un énfasis en patologías muy distintas a las atendidas en el primer nivel de atención y entorno comunitario. Se omite la posibilidad de trabajar y vincular los conocimientos de psiquiatría en la medicina general y especializada no psiquiátrica (Millán, R., 2014).

El abordaje colaborativo es una estrategia de atención basada en la evidencia científica y en consonancia con los objetivos de la OMS, que ha postulado para reducir la brecha en el abordaje y tratamiento en este tema, que la inversión en salud mental debe centrarse en la atención primaria (Millán, R., 2014). Así mismo, es una metodología de intervención integral, sistematizada y multidisciplinaria, que aborda las necesidades de salud físicas y emocionales de los pacientes (Millán, R., 2014).

Este abordaje se basa en el trabajo conjunto entre el primer nivel de atención, el médico especialista en psiquiatría y otros miembros del equipo de salud, como enfermería. En este caso, enfermería puede actuar como un gestor de casos, este profesional puede realizar tamizajes estandarizados para detectar problemas en salud mental, además de ejercer labores de educación; de esta forma, el médico recibe pacientes a quienes se detectó algún nivel de riesgo, ejerce intervenciones médicas y de tratamiento basadas en la evidencia. Este sistema contará con un psiquiatra que colabore como médico experto en labores de supervisión, interconsulta, valoración conjunta de casos, además de llevar a cabo labores de educación continua y capacitación en temas de salud mental (Millán, R., 2014).

El abordaje colaborativo ha demostrado ser la mejor estrategia de tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica en esa población. Su instauración en Costa Rica es viable, debido a la amplia cobertura existente en la atención primaria, y su aplicación debería gestarse desde el Ministerio de Salud, la CCSS, y las escuelas de medicina (Millán, R., 2014).

Se puede interpretar de este trabajo publicado, que el abordaje colaborativo permitiría una mayor cobertura a la población, podría disminuir la brecha de atención en salud mental, facilitar el acceso a la atención médica oportuna a la población y podría disminuir la saturación de los servicios de referencia en psiquiatría. Un modelo que es aplicable como estrategia de prevención y abordaje del suicidio en nuestro país.

### **3.3. Marco teórico**

Este apartado aborda algunas definiciones y conceptos relevantes que se deben conocer cuando se aborda el tema del suicidio desde una perspectiva transdisciplinaria.

#### **Conceptos claves en atención primaria y términos relacionados**

Se describen algunos conceptos desde la perspectiva de atención primaria, conceptos o términos que de una u otra forma se encuentran relacionados:

#### ***Atención primaria***

Respecto a atención primaria de salud (AP) definido como concepto propuesto en Alma Ata:

La AP es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Vargas, 2006, p. 57).

La AP es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud, bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas (OMS, 2021).

#### ***Estrategia de atención primaria centrada en la persona***

La prestación de servicios sanitarios implica en la gran mayoría de las ocasiones una interacción personal entre el profesional y la persona atendida o que consulta. La atención centrada en la persona tiene como pilar la longitudinalidad de la atención. Según lo planteado por Engel (1977), una asistencia basada en la ubicación cultural, histórica y comunitaria de la persona mediante un enfoque biopsicosocial (Zurro, 2018).

La atención centrada en la persona permite adaptarse a sus valores, necesidades y expectativas, así como a los de su entorno, las actuaciones sanitarias generadas a partir de un diálogo basado en la confianza mutua y en el respeto (Zurro, 2018).

### ***Prevención primaria***

Según la OMS, “son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”.

### ***Medicina Familiar***

La Medicina Familiar y Comunitaria es una especialidad dedicada a brindar cuidados, centrados en la persona en su contexto familiar y comunitario de forma continua, independientemente de su edad, sexo, condición socioeconómica o de salud, integrando en el proceso de atención los factores físicos, psicológicos, sociales, culturales y asistenciales que contribuyen al proceso de salud o enfermedad en pro de los sistemas de salud. La Medicina Familiar y Comunitaria es una herramienta clave para el desarrollo y la mantención de la salud de los pueblos (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 2020).

Es una especialidad médica y una disciplina académica que estudia el proceso salud-enfermedad de la persona, su familia y comunidad, desde una perspectiva sistémica y un abordaje de los factores físicos, psicológicos, sociales y culturales. Su práctica es caracterizada por conocimientos, habilidades y actitudes que la diferencian de las demás especialidades (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 2020).

### ***Transdisciplinariedad***

La transdisciplina es un concepto propuesto por el psicólogo, epistemólogo y biólogo suizo, Jean William Fritz Piaget (1896- 1980), que menciona que la transdisciplina

está al mismo tiempo entre las disciplinas, a través de las disciplinas y más allá de todas las disciplinas. Un concepto fundamental que da a entender la necesidad de incorporar a la práctica y abordaje de problemas en salud pública, entre ellos el suicidio los conocimientos de provenientes de otras disciplinas y campos de acción, con un objetivo común.

### ***Salud y salud mental***

Según la OMS, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948 (OMS, 2023).

### ***Proveedores en salud mental***

Parafraseando a la Clínica Mayo, en una publicación en internet del año 2023, los proveedores de atención en salud mental son profesionales que identifican y tratan a las personas con condiciones y enfermedades, de los cuales la mayoría tienen por lo menos una maestría, algunos tienen niveles de educación, capacitación y certificaciones más avanzadas, cuyas licencias y los servicios dependen de la capacitación y el área de especialidad del proveedor de atención médica, y de las leyes estatales aplicables (Clínica Mayo, 2023).

Algunos ejemplos de proveedores son:

- Psiquiatra

Un psiquiatra es un médico que se especializa en la salud mental. Este proveedor de atención médica puede identificar y tratar enfermedades mentales, recetar medicamentos, psicoterapia y terapia cognitivo conductual.

- Psicólogo

Un psicólogo está capacitado en la rama de la psicología, una ciencia que aborda los pensamientos, las emociones y la conducta. Por lo general, el psicólogo tiene el título

de doctor, por ejemplo, doctor en Psicología. Un psicólogo puede identificar y tratar muchos tipos de enfermedades mentales, mediante psicoterapia y otras modalidades.

En Estados Unidos, la mayoría de los psicólogos no están autorizados para recetar medicamentos, sin embargo, pueden trabajar en colaboración con otro proveedor de atención médica que puede recetar medicamentos si fuera necesario y de esta forma realizar trabajo complementario y colaborativo.

- Personal de enfermería de psiquiatría y salud mental

Son profesionales diplomados o colegiados con experiencia en el tratamiento de problemas de salud mental. Un enfermero diplomado de práctica avanzada de psiquiatría y salud mental tiene, como mínimo, una maestría en Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Los servicios que ofrece el personal de enfermería para la salud mental dependen de su educación, nivel de capacitación y experiencia, así como de las leyes estatales.

- Trabajadores sociales:

Son profesionales capacitados y con experiencia en salud mental. Estos profesionales deben tener un título de maestría en Trabajo Social, algunos tienen un doctorado en Trabajo Social. Los trabajadores sociales brindan asesoramiento, consejería y otros servicios, pero no están autorizados para recetar medicamentos.

- Consejero profesional:

Corresponde a personal capacitado, la mayoría cuenta con una maestría y experiencia clínica que depende del contexto o país donde se forme. Los consejeros profesionales identifican las enfermedades mentales y brindan consejería para una variedad de problemas. No están autorizados para recetar medicamentos, sin embargo, pueden trabajar en colaboración con otro proveedor de atención médica que puede recetar medicamentos si fuera necesario.

- Terapeuta de pareja y familia

Un terapeuta de pareja y familia tiene capacitación en terapia familiar e individual. Este tipo de terapeuta puede ayudarte a resolver problemas familiares o en otras

relaciones. Tienen, al menos, un título de maestría. Los requisitos de matrícula y certificación varían según el país (Clinica Mayo, 2023).

### **Conceptos claves relacionados al suicidio**

Los siguientes términos o conceptos se consideran fundamentales:

#### ***Suicidología***

Es la ciencia que tiene como objetivo el estudio y la prevención del acto suicida mediante intervención a partir de diferentes terapias, modelos y técnicas (Sánchez, S., 2019). Por una parte, desde la ciencia de la Suicidología, el suicidio es una causa de muerte que puede prevenirse mediante, acciones adecuadas, así como con un mayor conocimiento y sensibilización sobre el mismo.

#### ***Amenaza suicida***

Cualquier acción interpersonal, verbal o no verbal, sin comportamiento autolesivo directo, que una persona razonable pueda interpretar como comunicante o sugerente de un comportamiento suicida en un futuro cercano (Millán, R., 2019).

#### ***Plan suicida***

Un método propuesto que puede ser llevado a cabo y que, potencialmente, podría tener un desenlace autolesivo (Millán, R., 2019).

#### ***Intencionalidad suicida***

Expectativas subjetivas y deseos de que un acto autodestructivo termine en la muerte (Millán, R., 2019).

#### ***Autolesión***

Comportamiento autoinflingido, potencialmente dañino en el que hay evidencia (explícita o implícita) de que la persona no tenía la intención de matarse. La autolesión puede resultar en ausencia de daños, lesiones no fatales o en la muerte (Millán, R., 2019).

#### ***Letalidad del comportamiento suicida***

Daño objetivo a la vida, asociado con un método o acción suicida. Nótese que la letalidad no siempre corresponde con la intencionalidad suicida del paciente (Millán, R., 2019). Según la RAE (2023) corresponde a la cualidad de ser letal.

### ***Comportamiento indeterminado relacionado con el suicidio***

Comportamiento autoinfligido en el que no hay evidencia clara que pruebe que la persona tenía intención de matarse. La autolesión puede resultar en ausencia de daño, en lesiones no fatales o en la muerte (Millán, R., 2019).

### ***Ideaciones suicidas***

Pensamientos que sirven como agentes de una muerte autopropiciada (Millán 2023). En ocasiones denominadas pensamientos o ideas suicidas, es un término amplio que se utiliza para describir una variedad de contemplaciones, deseos y preocupaciones sobre la muerte y el suicidio, implicando una intencionalidad activa respecto al tema (por ejemplo “me quiero matar”) sin embargo, no existe una definición universalmente aceptada, lo que es un desafío para los médicos e investigadores cuando se trata de identificar y abordar a estos pacientes (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

Las ideas suicidas se presentan en forma cambiante, por lo que la magnitud y las características de la IS fluctúan dramáticamente, por lo que es muy importante que los profesionales en salud reconozcan que es un fenómeno heterogéneo y que no existe una ideación suicida típica, ni un suicidio típico (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

Es importante que todos los profesionales de la salud tengan en cuenta lo descrito anteriormente, y se den a la tarea de monitorear dichas fluctuaciones y no descartar el riesgo de suicidio, ya que se considera que la IS es un factor de riesgo inminente (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023). Es indispensable diferenciarlo de las ideas de muerte, en las que existen pensamientos asociados a la muerte, pero no hay intención de quitarse la vida, algunos autores la consideran ideación suicida pasiva, otros autores la consideran un término distinto (Magno, 2021) Según lo anterior, se puede interpretar que el ideador suicida es aquella persona quien tiene o ha tenido ideación suicida.

### ***Conducta y comportamiento suicida***

La conducta suicida abarca todo un espectro de acciones en las que existe intencionalidad de quitarse la vida, un estudio publicado en el año 2018 menciona, que las conductas suicidas no fatales son más comunes que los suicidios y se cree que ocurren al menos 10 veces más frecuentemente que los suicidios fatales (Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M., 2018).

Para que se dé el comportamiento suicida, debe existir una disminución de la capacidad de reacción a situaciones vitales, como respuestas de derrota, de no escape, y de no rescate. Se entiende la derrota como el estado donde el paciente pierde la capacidad de resolución de los problemas (Millán, R., 2019).

### ***Intento de suicidio***

Los intentos de suicidio, a diferencia de los suicidios consumados, suelen estar subrepresentados porque no son tan obvios y no siempre se informan (Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M., 2018). De la definición anterior, debe diferenciarse que el intento de suicidio por definición es no fatal, de lo contrario sería suicidio, el término “intento de suicidio fallido” ya no se recomienda por su carácter peyorativo (Rangel, J., Jurado, S., 2022).

El intento suicida debe diferenciarse de la lesión intencional autoinflingida, que no implica la intención de quitarse la vida, es decir sin intención suicida, mismas que pueden derivar en una muerte accidental, definida por Silverman et al. (2007), como “muerte autoinflingida involuntaria” (Rangel, J., Jurado, S., 2022) (Hedegaard, H., Schoenbaum, M., Claassen, C., Crosby, A., Holland, K., & Proescholdbell, S., 2018).

### ***Factores de riesgo para el suicidio***

Los factores de riesgo para el suicidio se entienden como aquella serie de factores que predisponen al paciente para cometer suicidio (riesgo basal o riesgo crónico), mientras que aquellos factores emergentes que surgen en un contexto puntual en una crisis actual, se consideren como riesgo agudo (Millan, R., 2019).

Variables de riesgo basal:

- Factores epidemiológicos: Edad de alta incidencia (adolescentes, adultos), soltería, viudez, divorcio.
- Predisponentes del suicidio: Historia familiar del suicidio, historia de abuso físico, emocional o sexual, diagnóstico psiquiátrico previo, orientación hacia el mismo sexo, egreso reciente de hospitalización psiquiátrica.
- Intentos suicidas previos.
- Impulsividad.

VARIABLES DE RIESGO AGUDO:

- Precipitantes o estresores: Duelos significativos, aislamiento social, problemas de relaciones, problemas legales, enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus, cáncer...), abuso de sustancias.
- Presentación sintomática: Depresión, ansiedad, manía, ataques de pánico, agitación psicomotora.
- Desesperanza: Severidad y duración, situaciones de vida en las que no se vea una salida.
- Naturaleza de la idea suicida: Frecuencia, intensidad y duración de la idea suicida, presencia y especificidad del plan suicida, acceso al método suicida, comportamientos de preparación... (Millán, R., 2019).

Según el OIJ, en Costa Rica, los problemas conyugales se identificaron como el primer factor de riesgo para suicidios consumados, estando presentes hasta en el 20% de los casos, siendo los suicidios más frecuentes en varones y los intentos suicidas más frecuentes en mujeres (Millán, R., 2019).

### ***Factores protectores para el suicidio***

Corresponden a los elementos que sirven de recurso y ayuda al paciente para prevenir las acciones relacionadas al suicidio (Millán, R., 2019).

Algunos factores protectores mencionados en la literatura incluyen:

- Tener razones para vivir.
- Presencia de niños en el hogar.

- Soporte de redes de apoyo.
- Sentido de realidad intacto.
- Capacidad de resolución de problemas.
- Ideas morales y religiosas en contra del suicidio.
- Percepción satisfactoria de la vida.
- Religiosidad.
- Relaciones terapéuticas positivas (Millán, R., 2019).

### ***Preguntas claves para la exploración del riesgo suicida***

Corresponden a preguntas que se pueden emplear en la consulta médica para explorar la conducta suicida.

¿Qué opinión tiene usted sobre la muerte y sobre suicidarse?

¿Alguna vez ha pensado o analizado la idea de hacerse daño?

¿Cuándo realizó el acto, lo hizo con la intención de matarse?

¿Hay algún motivo, persona o circunstancia en particular que lo haya detenido de llevar a cabo un acto suicida? (Millán, R., 2019).

### ***Suicidio***

El suicidio es una acción compleja de métodos suicidas, factores y componentes personales, culturales, genéticos y bioquímicos, aparentemente amenazantes que representan la causa real de las acciones suicidas, llevando al método de acción común que decide en consecuencia entre la vida y la muerte (Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M. , 2018).

Respecto a esta definición, otros autores la han definido como el acto que lleva a la muerte de la persona, este resultado fue intencional autoinfligido y esa persona tenía la intención de quitarse la vida. (Rangel, J., Jurado, S., 2022) (Millán, R., 2019).

### ***Sobrevivientes al suicidio***

Los sobrevivientes al suicidio hacen referencia a personas que han perdido a un ser querido por suicidio (OPS, 2021).

### ***Medios del suicidio o método del suicidio***

Estos términos se refieren en la presente revisión, al método por el cual una persona comete un intento de suicidio o lleva a cabo el suicidio (J. Garro, 2023). Es importante recalcar además que, según la literatura consultada, los métodos de suicidio preferido varían entre países y estas diferencias parecen ser más significativas que las diferencias entre género, aunque pueden existir como la elección entre uno u otro medio, o alguno de mayor preferencia, los métodos utilizados en el suicidio difieren según su letalidad. Los factores más importantes que determinan la letalidad del método son el lapso de tiempo entre el inicio de un acto suicida y la muerte esperada (los métodos rápidos son más letales, ya que reducen la posibilidad de intervención y búsqueda de ayuda o la posibilidad de cambiar de opinión), y disponibilidad de asistencia médica. Menciona, además, que en los casos reportados el método más utilizado en los hombres es el ahorcamiento y en las mujeres la ingesta de medicamentos, seguido del uso de drogas entre otros (Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M. , 2018).

### ***Efecto Werther***

Nombre dado a los eventos que desencadenan suicidios por imitación (OPS, 2021) (Suárez, 2023). Generalmente, está en asociación a la difusión previa de alguna noticia en canales de comunicación sobre la muerte de alguna persona, generalmente influyente.

### ***Herramientas y escalas de detección para el reconocimiento del paciente con riesgo suicida***

Se refiere a las escalas o tamizajes que pueden ser aplicados para la detección del riesgo suicida en los pacientes, así condiciones comórbidas en salud mental.

### ***Términos relevantes referente a las estrategias de detección con las que cuenta el personal de salud para el reconocimiento temprano y oportuno del paciente con riesgo suicida***

Este apartado engloba aquellas estrategias que permiten la detección y el reconocimiento temprano y oportuno del paciente en riesgo suicida, por lo que se mencionan las siguientes:

### ***Planes de seguridad para el reconocimiento del riesgo suicida***

Los planes de seguridad se consideran buenas estrategias que permiten, tanto al individuo o paciente como al médico, reconocer las señales de advertencia y desencadenantes para que pueda gestionar una crisis de manera constructiva. El plan de seguridad ayuda al individuo a reducir el riesgo ante los pensamientos suicidas, tomando medidas para reducir el riesgo promoviendo el afrontamiento y utilización de recursos durante situaciones estresantes, como buscar la ayuda que requiere (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

**Conceptos claves sobre las estrategias oportunas de prevención del suicidio con las que cuenta el personal de salud**

Se refieren a todas aquellas estrategias que están orientadas a prevenir el suicidio con las que cuenta el personal de salud.

***Estrategias de prevención contra el suicidio***

Corresponde a una serie de acciones cuya finalidad es reducir el riesgo para el suicidio.

En la literatura consultada, se propone la siguiente clasificación de estrategias de prevención del suicidio:

- Estrategias selectivas: son acciones para grupos de alto riesgo, dirigidas por un profesional de la salud. Las estrategias selectivas corresponden a intervenciones específicas a grupos, capacitaciones a guardianes y líneas telefónicas de ayuda, minimizar la exposición a conductas y situaciones de violencia.
- Estrategias indicadas: Las medidas indicadas centran las acciones en individuos vulnerables que manifiestan riesgo para suicidio, por ejemplo, intentos de suicidios previos, autolesiones no suicidas o ideación suicidas, entre otros. En este grupo, las estrategias son el seguimiento continuo, apoyo comunitario, evaluación y manejo de comportamientos suicidas, así como de trastornos debido a sustancias, capacitaciones de guardianes profesionales o comunitarios.

- Estrategias universales para la prevención del suicidio: Son las medidas universales, están dirigidas a población general para potencializar la salud, algunas de estas son: políticas de salud mental, políticas para disminuir el consumo de alcohol, acceso a servicios de salud, restricción de métodos para el suicidio, notificación responsable en medios, concientización de la salud (Suárez, 2023).

La literatura mundial sobre el suicidio ha revelado una heterogeneidad sustancial entre los pacientes, los factores de riesgo y de protección del suicidio en todas las culturas y regiones geográficas, por lo tanto, los investigadores y profesionales deben delimitar cuidadosamente para quién y en qué condiciones funcionan las intervenciones (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).

Algunos estudios surgieron cuatro componentes principales de las intervenciones contra el suicidio en la atención primaria: (a) educar a los profesionales, (b) detectar el riesgo de suicidio y/o los trastornos del estado de ánimo, (c) controlar los síntomas de depresión y (d) evaluar y controlar el riesgo de suicidio. (Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018).

### ***Terapia cognitivo conductual***

La terapia cognitivo-conductual (TCC) tiene más evidencia que la respalda que cualquier otra terapia psicológica (David, Cristea y Hofmann, 2018). Su objetivo es vincular el pensamiento y la conducta, mejorar la calidad de vida cambiando los pensamientos o patrones de pensamiento de los pacientes que se considera que mantienen síntomas problemáticos. (Fordham, B., Sugavanam, T., Edwards, K., Stallard, P., Howard, R., das Nair, R., Copsey, B., Lee, H., Howick, J., Hemming, K., & Lamb, S. E. , 2021).

### ***La terapia cognitivo conductual digital***

Se define como programas basados en Internet o dispositivos móviles, que incorporan múltiples componentes de terapia en varios módulos dirigidos a la población con riesgo suicida. Las intervenciones podrían incluir apoyo humano adicional, por ejemplo, comentarios por escrito de retroalimentación (Büscher, R., Beisemann, M., Doebler, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Callear, A. L.,

Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., P, 2022).

### ***Estrategias de prevención del suicidio mediante del uso de tecnología e Internet***

Corresponde a programas de prevención primaria, de abordaje y educación dirigido a la población general, trabajadores en salud y a las personas en riesgo suicida, mediante el empleo de recursos tecnológicos e internet.

El avance tecnológico permite un seguimiento cercano de estos pacientes, un ejemplo son los programas “Caring Contacts”, una estrategia del Departamento de Defensa de EEUU en 2022. Esta intervención implica un contacto periódico y personalizado (por ejemplo, enviar una nota breve, un mensaje de texto). La intención es facilitar una sensación de conexión y aumentar las percepciones de apoyo social con el objetivo de generar un efecto protector contra el suicidio. (Skopp, N. A., Smolenski, D. J., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., Edwards-Stewart, A., & Belsher, B. E. , 2023)

### ***Abordaje del paciente desde un enfoque de múltiples intervenciones***

Intervenciones de abordaje para prevenir el suicidio que se llevan a cabo mediante un enfoque múltiple, trabajando de manera conjunta diversos factores de riesgos e incluso desde distintas disciplinas con el objetivo de tener mejores resultados (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022, Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018).

## **Conceptos fundamentales con relación a la sensibilización y concientización en el tema del suicidio**

### ***Sensibilización***

Para cuestiones de este trabajo, se utilizará como equivalente de sensibilización la palabra concientización (“Hacer que alguien sea consciente de algo”) y la definición de sensibilizar según la RAE, 2023: “Dotar de sensibilidad o despertar sentimientos morales, estéticos, etc.”

### ***Campañas de sensibilización pública***

Las intervenciones dirigidas a sensibilizar a la población general para que logren identificar los factores de riesgo y lograr la prevención del suicidio buscan crear conciencia sobre la gravedad de esta problemática, utilizando diversas formas para lograrlo (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).

***Suicide Prevention Advocacy Network USA (SPAN USA):***

En 1996 Jerry y Elsie Weyrauch de Marietta (Georgia), quienes habían perdido a su hija médica de 34 años, Terri, por suicidio, lideraron un movimiento de sobrevivientes de pérdida por suicidio y aliados y crearon una organización sin fines de lucro llamada Suicide Prevention Advocacy Network USA (SPAN-USA) que ha cambiado la respuesta al suicidio en los Estados Unidos (OPS, 2021) (SPAN USA , Consultado en 2023)

SPAN USA se dedica a prevenir el suicidio a través de la educación y concientización pública, la participación comunitaria y la defensa de base federal, estatal y local, visualiza un mundo donde la prevención del suicidio sea adoptada como una prioridad pública por todos los miembros de la sociedad, donde las personas afectadas por el suicidio reciban apoyo y donde las comunidades vinculen la concienciación con la acción para salvar vidas. La Red de Acción para la Prevención del Suicidio de EEUU (SPAN USA) es la división de políticas públicas de la Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio (OPS, 2021) (SPAN USA , Consultado en 2023).

***S. Res 84***

En 1997, después de que el senador estadounidense Harry Reid compartiera su propia historia de haber perdido a su padre por suicidio muchos años antes, se presenta una resolución (S.Res.84) en la que se pedía el reconocimiento del suicidio como un problema nacional que justificaba una respuesta nacional y la elaboración de una estrategia nacional para la prevención del suicidio en Estados Unidos (OPS, 2021).

***Estrategias contra el suicidio que están dirigidas a sensibilizar al personal de salud frente al riesgo suicida***

Según lo anterior, comprende un conjunto de estrategias que buscan crear conciencia en el personal de salud frente al suicidio y al reconocimiento oportuno de las personas en riesgo.

### ***Programas de capacitación y educación continua en salud mental***

Los programas de educación continua para personal de salud consisten en instrucción sobre la evaluación y detección del riesgo suicida, brindado por profesionales certificados, que incluyen material como folletos escritos, presentaciones orales, discusión, presentaciones grabadas en video, juegos de roles, retroalimentación sobre el tema del suicidio, incluso estrategias de capacitación autodidactas (Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018).

### ***Programa para la acción de la brecha en salud mental OMS (mhGAP)***

Es un programa creado por la OMS en el año 2008, con el objetivo ampliar los servicios de salud mental en entornos de salud no especializados, para lograr una cobertura de salud universal. Comprende un manual operativo que es un componente integral del paquete del mhGAP, dirigido a brindar apoyo a los directores y gerentes de salud distritales y otros responsables de integrar los servicios de salud mental y física (OMS, 2020).

El manual ofrece orientación práctica y herramientas necesarias para planificar, preparar, implementar, monitorear y evaluar el mhGAP. Se hace hincapié en el fortalecimiento de los sistemas de atención de salud y la capacidad del personal. Se ofrece orientación práctica para implementar el mhGAP y se incluyen soluciones a los obstáculos que enfrentan los líderes de salud pública, en forma de consejos prácticos, enseñanzas extraídas de proyectos en los que se ha usado el mhGAP y herramientas que pueden ser adaptadas para su implementación (OMS, 2020).

Su objetivo principal es reforzar los compromisos de los gobiernos, los organismos internacionales y otros agentes comunitarios en aumentar la asignación de recursos económicos y humanos para la atención de la salud mental, ampliar los servicios de salud mental de alta calidad, basados en la evidencia, que promuevan los derechos humanos, la equidad y la dignidad de las personas (OMS, 2020).

Los principios del mhGAP son cobertura universal en salud, derechos humanos, practica medica basada en la evidencia, enfoque de curso de la vida que implica que las políticas, los planes y los servicios de salud mental deben tener en cuenta las cambiantes

necesidades sociales y de salud mental, enfoque multisectorial y empoderamiento de las personas (OMS, 2020).

### ***Programa Mates***

El programa MATES in Construction (MATES), se creó en Queensland en el año 2008. Según su sitio oficial, dicho programa busca crear conciencia sobre el suicidio como un problema prevenible, forma personas y trabajadores resilientes e fomenta mejores prácticas de salud mental en prevención del suicidio, en los lugares de trabajo y en un entorno comunitario (MATES, 2023).

### ***Programa Guardianes***

Un guardián es toda persona que pueda identificar a alguien en riesgo de suicidio, por ejemplo, proveedores de servicios en salud, docentes, personal de escuelas, líderes comunitarios, militares, oficiales de policías, bomberos, trabajadores sociales, líderes religiosos o espirituales, personal y administradores de recursos humano (Suárez, 2023).

Los programas de formación de guardianes tienen el objetivo entrenar personas para la identificación de aquellos que se encuentran en riesgo de suicidio, son programas que han demostrado ser efectivos para la prevención y se han llevado a cabo en países como Canadá bajo la Asociación Canadiense de Salud Mental, EEUU, Kenya, Malasia, Guyana, Japón entre otros (OPS, 2021).

### ***Programa See Mee***

Es un programa desarrollado en Escocia para poner fin al estigma y la discriminación en materia de salud mental, centra su labor en la reducción de las desigualdades y en un enfoque de inclusión de salud mental en tres esferas principales:

- La educación, se ofrece a los jóvenes y a los adultos en su vida un lenguaje común para hablar de la salud mental con el objetivo de fomentar la libre expresión de las emociones.

- En los lugares de trabajo, los empleadores que trabajan con See Me les permite mejorar las políticas y prácticas que pueden evitar discriminación, así como para cambiar la cultura a fin de que los empleados se sientan capaces pedir ayuda cuando se enfrentan a situaciones difíciles y buscar apoyo.
- En la atención de salud, See Me ha trabajado para alentar a las personas a que participen en la formación del personal de salud para que este sea consciente de las repercusiones negativas que tiene dar una respuesta no compasiva (OPS, 2021).

### ***Sitio web Zero Suicide***

La Iniciativa Zero Suicidio es propuesta por la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio y la Alianza de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio. Es un proyecto del Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio, apoyado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019). Esta estrategia surge con el objetivo de reducir el suicidio en los EEUU, aboga por un enfoque integral para la prevención del suicidio, que incluya entornos comunitarios, escolares y de atención primaria (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

La atención clínica desempeña un papel central en la prevención, identificación y tratamiento del riesgo de suicidio, sin embargo, la atención a menudo está fragmentada (zerosuicide.edc.org, 2023).

El primer trabajo fue *Suicide Care in Systems Framework*, un informe que sentó las bases iniciales de la iniciativa Zero Suicide. El esfuerzo del grupo de trabajo reveló deficiencias en la identificación y el tratamiento de personas suicidas que reciben atención dentro de las organizaciones de atención médica y oportunidades para mejorar, sentando las bases del programa actual (zerosuicide.edc.org, 2023).

Además, el trabajo de este grupo influyó en la actualización de la Estrategia Nacional de Estados Unidos para la Prevención del Suicidio (2012), que pedía que la prevención del suicidio se convierta en un componente central de la atención médica y que se mejoren las prácticas profesionales y clínicas (zerosuicide.edc.org, 2023).

Al reconocer la necesidad de proporcionar orientación detallada, herramientas y ejemplos para los sistemas que buscan adoptar las recomendaciones del grupo de trabajo, se diseñó el conjunto de herramientas Suicidio Cero. Este conjunto de herramientas gratuitas se encuentran en línea, ofrecen una descripción y videos para su implementación (zerosuicide.edc.org, 2023).

Es un enfoque programático que utiliza sistemas multinivel para prevenir el suicidio de pacientes en los sistemas de salud. Enfatizan la necesidad de un compromiso organizacional con el objetivo de eliminar los suicidios, aumentando la competencia de los profesionales de la salud y utilizando estrategias continuas de mejora de la seguridad y la calidad (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

### ***El modelo de Gestión del Riesgo Terapéutico del Paciente Suicida (TRMSP)***

Es un modelo clínicamente sólido para ayudar a los psiquiatras en la evaluación del riesgo de suicidio y la gestión del tratamiento, se adaptó para su uso con equipos interprofesionales, este modelo permite evaluar el riesgo de suicidio, documentarlo y luego desarrollar un plan de tratamiento centrado en el paciente para personas que se sabe que presentan IS (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

### ***Programa PROSPECTO***

Programa de capacitación instaurado en EEUU, de capacitación profesional dirigida a médicos generales, para detección de depresión y prevención del suicidio. (Roscoat et al, citado por Solano, 2018).

### ***Promover entre los profesionales en salud la importancia de la propia gestión de su salud mental***

El concepto anterior incluye toda intervención que los profesionales de salud requieran con el objetivo de preservar su salud mental. El ser consciente de su propia salud mental es tan importante como contar con las capacidades prácticas y conocimientos teóricos de abordaje en salud mental y de los pacientes en riesgo suicida.

Este concepto hace referencia a la importancia de crear sensibilización entre los profesionales en salud sobre la propia salud mental. Incluso se menciona que mejorar la capacidad para detectar signos de problemas de su propia salud mental y aumentar el acceso al tratamiento entre los profesionales, puede contribuir a reducir la estigmatización, aumentar el grado de comprensión sobre el tema y detectar signos de problemas en salud mental de otras personas (OMS, 2020).

Referente al tema, con la creación de la Ley de Salud y Seguridad Ocupacional de 1970 se estableció el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) como una agencia de investigación centrada en el estudio de la seguridad y salud de los trabajadores, con el objetivo de crear lugares de trabajo seguros y saludables (CDC, 2023).

NIOSH es parte de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos en EEUU, menciona que hasta el 93% de los trabajadores en salud reportan estrés, 82% agotamiento emocional, 13% de los médicos ideación suicida, por lo que ha creado estrategias para el abordaje de la salud mental entre los trabajadores (CDC, 2023). La meta de estas iniciativas de abordaje es crear conciencia sobre los problemas de salud mental, incluido el riesgo de suicidio, propio y de las demás personas (CDC, 2023).

### ***Proyecto STORM***

Un programa para la enseñanza y capacitación de médicos generales en Inglaterra para la detección de pacientes en riesgo suicida, que mediante intervenciones cortas y breves a lo largo de 6 meses dio resultados positivos (Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018).

### ***Abordaje Colaborativo***

El abordaje colaborativo, es una estrategia que permite el trabajo en equipo entre profesionales en salud que brindan atención en salud mental a pacientes en diferentes entornos como atención primaria, y entre los profesionales especialistas en salud mental como los psiquiatras, este enlace permite el abordaje conjunto de los pacientes, donde el psiquiatra ejerce funciones de orientación, supervisión especialmente en casos

complejos, además ejerce funciones de educación y capacitación en salud mental a otros profesionales en salud. Es una estrategia que puede aumentar la cobertura de atención en salud mental en la población y que ha demostrado en estudios previos, que puede aumentar la concientización sobre la importancia de la prevención del suicidio entre los profesionales de salud (Elzinga, E., de Kruif JT, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020).

#### 4. Capítulo 4: Resultados

En este apartado se presentan los artículos seleccionados que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión para la elaboración documental de este trabajo, los cuales se presentan a continuación:

Tabla 5: Artículo 1

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.
<b>Autor (es):</b>	OPS/ OMS
<b>Revista:</b>	N/A
<b>Año:</b>	2021
<b>Metodología:</b>	Guía de práctica clínica/ Opinión de expertos.
<b>Objetivo:</b>	Apoyar a los países para que ejecuten intervenciones eficaces clave, basadas en la evidencia usando como punto de partida el enfoque VIVIR LA VIDA para prevenir el suicidio.
<b>Resultados:</b>	Las intervenciones que se describen en la guía: Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio, interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma, responsable sobre el suicidio, desarrollar las aptitudes, actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas, así como sensibilizar sobre la problemática del suicidio ha disminuido el porcentaje de suicidios en diferentes lugares donde se ha implementado.
<b>Conclusiones:</b>	Se requiere de colaboración multisectorial en múltiples niveles para el abordaje del suicidio como un problema de salud pública y no solo como un problema de salud aislado, ya que compete múltiples sectores desde el entorno local

	comunitario y atención primaria hasta sectores gubernamentales, medios de comunicación entre otros.
--	---

Elaboración propia, 2023.

Tabla 6: Artículo 2

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Detección y prevención del suicidio.
<b>Autor (es):</b>	María C. O'Rourke, Radia T. Jamil, Waquar Siddiqui.
<b>Revista:</b>	<u>StatPearls Publishing</u> ,
<b>Año:</b>	2023
<b>Metodología:</b>	Libro, revisión bibliográfica.
<b>Objetivos:</b>	<p>Identificar los factores de riesgo de suicidio.</p> <p>Revisar la importancia de mejorar la coordinación de la atención entre los miembros del equipo interprofesional para mejorar los resultados de los pacientes con alto riesgo de suicidio.</p>
<b>Resultado:</b>	<p>La evidencia actual sobre la detección del riesgo de suicidio en atención primaria menciona que se debe utilizar la historia clínica completa del paciente, conocer sus factores de riesgo para suicidio o psicopatología y sumado a esto se puede hacer uso de herramientas de detección como las escalas, cuestionarios entre otros.</p> <p>Los últimos datos revelan que menos del 20% de los médicos de atención primaria examinan a sus diferentes pacientes para detectar factores de riesgo suicidas.</p> <p>La sensibilidad y especificidad de la herramienta de detección actualmente varían del 50% al 100% y del 60% al 98%.</p>
<b>Conclusiones:</b>	<p>Es necesario un enfoque de equipo interprofesional integrado y colaborativo para identificar a quienes corren mayor riesgo de suicidio y gestionar adecuadamente su riesgo.</p>

Elaboración propia, 2023.

Tabla 7: Artículo 3

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Suicidal Ideation
<b>Autor (es):</b>	Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A
<b>Revista:</b>	StatPearls Publishing
<b>Año:</b>	2023
<b>Metodología:</b>	Libro. Revisión bibliográfica.
<b>Objetivo:</b>	<p>Resumir las teorías actuales asociadas a la ideación suicida.</p> <p>Describir las consideraciones de detección de riesgo y evaluación clínica del paciente con ideación suicida.</p> <p>Discutir estrategias de equipos interprofesionales para mejorar la sensibilización, coordinación de la atención y la comunicación entre los equipos para satisfacer las diversas necesidades de los pacientes.</p>
<b>Resultado:</b>	<p>Las víctimas de suicidio muestran una dependencia principal de los profesionales de atención primaria en todos los países, algunos datos indicaron que el 57% de los fallecidos tuvo contacto con servicios de salud mental en algún momento de su vida, entre el 80% y el 90% de los fallecidos por suicidio aumentaron su contacto con profesionales de atención primaria durante el año y los meses previos a su suicidio y 44% de los fallecidos por suicidio tuvieron contacto con atención primaria en su último mes de vida.</p> <p>Los resultados sobre la capacitación adicional para mejorar la competencia y sensibilización entre los profesionales de la salud frente al suicidio muestran resultados modestos por lo que se enfatiza en la importancia de reforzar el aprendizaje en entornos académicos y monitorear la competencia y el cumplimiento en las organizaciones de atención médica</p>

	<p>Las principales intervenciones y/o estrategias en atención primaria que permiten el reconocimiento precoz y oportuno del paciente con riesgo suicida son la estratificación del riesgo de suicidio agudo y crónico en cada uno de los pacientes, el desarrollo de un plan de seguridad individualizado con colaboración del paciente para abordar la crisis suicida.</p>
<p><b>Conclusiones:</b></p>	<p>El uso de herramientas de medición objetivas, confiables y validadas para evaluar el riesgo de suicidio pueden ser utilizadas por una amplia gama de proveedores de atención médica siempre que se les enseñe cómo se debe usar la herramienta, cuáles son sus fortalezas y limitaciones.</p> <p>Independientemente de quién complete la evaluación de riesgos, es esencial una entrevista detallada que recopile y documente la explicación del paciente sobre su situación, por lo tanto, las habilidades para entrevistar, recopilar información relevante del paciente, familiares, amigos, entorno e historias médicas son imperativas para establecer el contexto porque las puntuaciones de las escalas por sí solas, de cualquier medida estandarizada, son inadecuadas.</p>

Elaboración propia, 2023.

Tabla 8: Artículo 4

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Systematic review of suicide prevention studies with data on youth and young adults living in low-income and middle-income countries.
<b>Autor (es):</b>	Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H
<b>Revista:</b>	BMJ open
<b>Año:</b>	2022
<b>Metodología:</b>	Revisión sistemática utilizando las bases de datos electrónicas de PubMed/MEDLINE, The Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, PsycINFO, Education Resources Information Center y las bases de datos de The Campbell Collaboration para artículos en inglés publicados entre el 1 de enero de 1990.
<b>Objetivo:</b>	Esta revisión tuvo como objetivo proporcionar un resumen de la literatura publicada y revisada por pares sobre intervenciones preventivas del suicidio con datos sobre jóvenes y adultos jóvenes en países de ingresos bajos y medios (PIMB).
<b>Resultado:</b>	<p>Esta revisión encontró evidencia consistente de que las regulaciones para restringir el acceso a pesticidas altamente letales son una estrategia universal eficaz de prevención del suicidio.</p> <p>Las políticas de control de pesticidas implementadas en los PIMB han llevado a reducciones a largo plazo en las tasas de suicidio, incluso entre los jóvenes específicamente en áreas donde se implementan prohibiciones o restricciones.</p>
<b>Conclusiones:</b>	Las altas tasas de suicidio en los PIMB resaltan la necesidad de determinar qué estrategias funcionan para prevenir el suicidio en estos países, particularmente entre los jóvenes.

	<p>La mayoría de los estudios evaluaron intervenciones diseñadas para abordar los medios letales como estrategia de prevención del suicidio.</p> <p>No existe un enfoque único para prevenir el suicidio, hay evidencia disponible que indica que intervenciones múltiples simultáneamente, tienen mejores resultados.</p>
--	--

Elaboración propia, 2023.

Tabla 9: Artículo 5

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Suicide and Suicide Attempt Descriptors by Multimethod Approach
<b>Autor (es):</b>	Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M.
<b>Revista:</b>	Psychiatria Danubina
<b>Año:</b>	2018
<b>Metodología:</b>	Serie de casos. Basado en el Registro de Suicidios en la República de Eslovenia llevado por la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Ljubljana. La base de datos representa el registro de suicidios de la República de Eslovenia de 1976 a 2016, la investigación incluyó a 56 712 personas que intentaron suicidarse y 21 913 personas que se suicidaron. Utilizó el método de aprendizaje automático, enfoque híbrido multimétodo.
<b>Objetivo:</b>	Utilizar un análisis multimétodo para el reporte de casos de suicidio en Eslovenia entre 1976 y 2016.
<b>Resultado:</b>	56 712 personas que intentaron suicidarse y 21 913 personas que se suicidaron entre 1976 y 2016 en Eslovenia. El método más utilizado en los hombres es el ahorcamiento y en las mujeres la ingesta de medicamentos.
<b>Conclusiones:</b>	La identificación de los factores de riesgo más decisivos para la conducta suicida puede servir como base para planificar estrategias efectivas de prevención, identificación oportuna, adecuada ayuda profesional y derivación a las personas de alto riesgo.

Elaboración propia, 2023.

Tabla 10: Artículo 6

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence.
<b>Autor (es):</b>	Dueweke, A. R., & Bridges, A. J
<b>Revista:</b>	Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare.
<b>Año:</b>	2018
<b>Metodología:</b>	Revisión bibliográfica sistemática, en Base de datos PsycINFO de enero de 1982 a abril 2017, se realiza una segunda búsqueda con nuevos términos que arroja 23 estudios adicionales.
<b>Objetivo:</b>	El propósito de esta revisión es identificar los principales componentes prácticos de las intervenciones recomendadas para el riesgo de suicidio en la atención primaria y para resumir la evidencia de la efectividad de estos componentes para reducir la ideación suicida.
<b>Resultado:</b>	<p>Los componentes principales de las intervenciones contra el suicidio en la atención primaria son: educar a los profesionales, detectar el riesgo de suicidio y los trastornos del estado de ánimo, controlar los síntomas de depresión y evaluar y controlar el riesgo de suicidio.</p> <p>La evidencia reciente también indica que una intervención de planificación de respuesta a crisis de una sola sesión puede ser eficaz para reducir las ideas y los intentos suicidas.</p>
<b>Conclusiones:</b>	La integración de especialistas en salud conductual capacitados en evaluación y manejo del riesgo de suicidio podría ser importante para mejorar la prevención del suicidio en pacientes de atención primaria.

	El tratamiento colaborativo de la depresión por parte de equipos multidisciplinares puede reducir las tasas de ideación suicida en pacientes de atención primaria.
--	--

Elaboración propia, 2023.

Tabla 11:Artículo 7

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Digital cognitive-behavioural therapy to reduce suicidal ideation and behaviours: a systematic review and meta-analysis of individual participant data.
<b>Autor (es):</b>	Büscher, R., Beisemann, M., Doebler, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Cleave, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., Portzky, G., Steubl, L. S., van Spijker, B. A. J., ... Sander, L. B.
<b>Revista:</b>	Evidence-based mental health.
<b>Año:</b>	2022
<b>Metodología:</b>	Revisión Sistemática. Se realizaron búsquedas en CENTRAL, PsycINFO, Embase y PubMed ensayos controlados aleatorios que investigaran la terapia cognitivo conductual digital para detectar ideas o comportamientos suicidas. La ideación suicida fue el resultado primario y tres índices: gravedad de la ideación suicida, cambios confiables y respuesta al tratamiento. Posteriormente, metanálisis de datos de participantes individuales.
<b>Objetivo:</b>	Investigar la eficacia de la terapia cognitivo conductual digital sobre la ideación suicida, los moderadores del efecto, los efectos sobre los intentos de suicidio y los predictores de adherencia.
<b>Resultado:</b>	<p>Los resultados indican que la terapia cognitivo conductual digital se asocia con reducciones clínicamente relevantes en la ideación suicida.</p> <p>Encontramos una reducción posterior a la intervención de la ideación suicida en comparación con las condiciones de control (b = -0,247; IC del 95 %: -0,322 a -0,173). Los análisis</p>

	<p>de la respuesta al tratamiento y los cambios confiables mostraron una mayor probabilidad de un resultado favorable con la terapia, tasa mejora 40.5 % vs 27.3 controles.</p> <p>Las mejoras de los síntomas suicidas fueron más frecuentes y los deterioros fueron menos frecuentes en los pacientes con terapia cognitivo conductual digital.</p> <p>Después de la intervención, se produjo una respuesta al tratamiento en el 41,5% de los participantes en la condición en terapia cognitivo conductual digital vs 28,2%. El número necesario a tratar era 7,5.</p> <p>No reveló un efecto significativo sobre los intentos de suicidio durante el período de intervención (b=0,091; IC del 95%:)</p>
<p><b>Conclusiones:</b></p>	<p>La evidencia actual indica que la terapia cognitivo conductual digital es eficaz para reducir la ideación suicida independientemente de la edad, el sexo y los intentos de suicidio previos. Los estudios futuros deberían evaluar rigurosamente la conducta suicida y los motivos de abandono de la terapia.</p> <p>Aún no está claro si los efectos pueden mantenerse durante el seguimiento.</p>

Elaboración propia, 2023.

Tabla 12: Artículo 8

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	The Brief Death Implicit Association Test: Scoring recommendations, reliability, validity, and comparisons with the Death Implicit Association Test.
<b>Autor (es):</b>	Millner, A. J., Coppersmith, D. D. L., Teachman, B. A., & Nock, M. K.
<b>Revista:</b>	Psychological assessment
<b>Año:</b>	2018
<b>Metodología:</b>	<p>Tipo de estudio: Cohorte.</p> <p>Entre noviembre de 2014 y abril de 2017, 4550 voluntarios adultos dieron su consentimiento para participar en el sitio web de investigación del Proyecto de Salud Mental Implícita y seleccionaron una prueba de asociación implícita (IAT) de autolesión entre varias. Los participantes que seleccionaron completar un IAT relacionado con autolesiones fueron asignados aleatoriamente al D-IAT ( n = 2212) y, a partir de enero de 2015, al D-BIAT ( n = 2338).</p> <p>Se reclutó &gt; 1500 muestras de participantes para completar el D-IAT original y la versión breve D-BIAT a través de una plataforma pública basada en la web. Se evaluó, la confiabilidad y validez del D-BIAT y se comparó con el D-IAT.</p>
<b>Objetivo:</b>	Evaluar la confiabilidad y validez del D-BIAT y compararlo con el D-IAT.
<b>Resultado:</b>	<p>D-BIAT es confiable y valido respecto al D-IAT.</p> <p>El D-BIAT proporcionó efectos más grandes para identificar los pacientes que tuvieron intentos suicidas.</p>
<b>Conclusiones:</b>	La Prueba de Asociación Implícita de Muerte (D-IAT) ha revelado que las personas con antecedentes de conductas suicidas se asocian inconscientemente con el concepto de muerte más que las personas sin dichos antecedentes.

	<p>Una versión breve del D-IAT, que puede ser más aplicable a entornos clínicos porque tarda aproximadamente la mitad del tiempo en completarse, y muestra efectos similares a los del D-IAT.</p> <p>D-BIAT en comparación con el D-IAT, es más corta y sencilla, por lo tanto, podría ser útil para evaluar las cogniciones implícitas sobre la muerte en los pacientes, en diferentes entornos clínicos y de investigación.</p>
--	---

Elaboración propia, 2023.

Tabla 13: Artículo 9

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force
<b>Autor (es):</b>	O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N.
<b>Revista:</b>	JAMA
<b>Año:</b>	2023
<b>Metodología:</b>	<p>Revisión Sistemática, búsqueda en bases de datos: MEDLINE, PsychINFO, biblioteca Cochrane hasta el 7 de septiembre de 2022; referencias de revisiones existentes; Vigilancia continua de la literatura relevante hasta el 25 de noviembre de 2022.</p> <p>Selección de estudios: Estudios en inglés sobre detección o tratamiento comparados con condiciones de control, o prueba de precisión de los instrumentos de detección (para la depresión, los instrumentos se seleccionaron a priori; para el riesgo de suicidio, se incluyeron todos). Se utilizaron revisiones sistemáticas existentes para el tratamiento y la precisión de las pruebas de depresión.</p> <p>Se incluyeron 105 estudios: 32 estudios originales (N = 385 607) y 73 revisiones sistemáticas (incluidos ≈2138 estudios [N ≈ 9,8 millones]).</p> <p>Se excluyeron los estudios calificados como de “mala” calidad debido a limitaciones metodológicas críticas.</p>
<b>Objetivo:</b>	Revisar los beneficios y daños de la detección y el tratamiento de la depresión y el riesgo de suicidio y la precisión de los instrumentos para detectar estas condiciones entre pacientes de atención primaria.

<p><b>Resultado:</b></p>	<p>Las intervenciones en detección de la depresión se asociaron con una menor prevalencia de depresión o sintomatología depresiva clínicamente importante después de 6 a 12 meses (odds ratio combinado, 0,60 [IC del 95 %, 0,50-0,73].</p> <p>En la escala PHQ9 para detección de depresión y suicidio, la sensibilidad combinada fue de 0,85 [IC del 95%, 0,79-0,89] y la especificidad fue de 0,85 [IC del 95%, 0,82-0,89].</p>
<p><b>Conclusiones:</b></p>	<p>La evidencia respalda la estrategia de detección de la depresión y suicidio en entornos de atención primaria, incluso durante el embarazo y el posparto, sin embargo, existen lagunas en la evidencia.</p>

Elaboración propia, 2023.

Tabla 14: Artículo 10

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Síntomas depresivos en personas adultas mayores con ideación suicida. Depressive symptoms in older adults elders suicidal ideation.
<b>Autor (es):</b>	Flores, M. A., Romero, C.R., Espinel, M. C., Vega, M. G., Valle, M. A., Robles, J. R.
<b>Revista:</b>	Anales en Gerontología, Número 11. Universidad de Costa Rica.
<b>Año:</b>	2019
<b>Metodología:</b>	Estudio de caso control, transversal, descriptivo, analítico.
<b>Objetivo:</b>	Indagar sobre la prevalencia de los síntomas depresivos asociados con la ideación suicida en la persona adulta mayor.
<b>Resultado:</b>	La prevalencia de personas adultas mayores con ideación suicida fue de 40.9% (n=38) y, en relación con la depresión de 57.0% (n=53), la asociación de depresión con ideación suicida fue de 76.3% (n=29). Los síntomas depresivos de mayor impacto de $p < 0.001$ en las personas adultas mayores con ideación suicida fueron: mismo estado emocional durante el día y cambio entre días, concentración, depresión como castigo y sentimiento de suicidio.
<b>Conclusiones:</b>	La detección oportuna de la sintomatología depresiva en el envejecimiento normal permitirá identificar los predictores del suicido, para implementar estrategias de prevención a desenlaces fatales.

Elaboración propia, 2023.

Tabla 15:Artículo 11

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)
<b>Autor (es):</b>	Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort, J. L., Sutor, B., Croarkin, P., & Bobo, W. V.
<b>Revista:</b>	Journal of affective disorders
<b>Año:</b>	2018
<b>Metodología:</b>	<p>Estudio cohorte, multicéntrico, observacional, prospectivo a largo plazo con una afiliación de 15 centros médicos académicos con sede en EE. UU., que se especializan en la evaluación y el tratamiento de la depresión.</p> <p>Se evaluó 841 pacientes inscritos en el Registro de Atención Clínica de la Red Nacional de Centros de Depresión. Realizamos un análisis de validación del ítem 9 del PHQ-9 para riesgo e ideación suicida, utilizando el C-SSRS.</p>
<b>Objetivo:</b>	Validar el ítem 9 del PHQ-9 con una breve versión electrónica de la Escala de Calificación de Severidad del Suicidio de Columbia (C-SSRS).
<b>Resultado:</b>	De los 841 pacientes, el 13,4% y el 41,1% fueron evaluados como positivos para el riesgo de suicidio mediante el ítem 9 del C-SSRS y el PHQ-9, respectivamente. Para la cohorte general, la sensibilidad fue del 87,6 % (IC del 95 %: 80,2–92,5 %), la especificidad fue del 66,1 % (IC del 95 %: 62,6–69,4 %).

<b>Conclusiones:</b>	Los resultados del estudio sugieren que el ítem 9 del PHQ-9 es una herramienta de evaluación insuficiente para el riesgo de suicidio y la ideación suicida, con una utilidad limitada en ciertos subgrupos demográficos y clínicos que requiere más investigación.
----------------------	--

Elaboración propia, 2023.

Tabla 16: Artículo 12

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Caring contacts for suicide prevention: A systematic review and meta-analysis.
<b>Autor (es):</b>	Skopp, N. A., Smolenski, D. J., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., Edwards-Stewart, A., & Belsher, B. E.
<b>Revista:</b>	<i>Psychological services</i> , 20(1), 74–83.
<b>Año:</b>	2023
<b>Metodología:</b>	Revisión sistemática y metanálisis: Búsqueda bibliográfica sistemática en MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Cochrane Library y ClinicalTrials.gov, y se siguieron las directrices PRISMA, Cochrane y GRADE. De 2746 resúmenes revisados, 13 publicaciones, que comprenden seis ensayos controlados aleatorios (ECA), cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios abarcaron a 6.218 participantes.
<b>Objetivo:</b>	Revisar sistemáticamente los hallazgos de eficacia del Caring contacts.
<b>Resultado:</b>	Efecto protector frente a los intentos de suicidio, incluso hasta un año posterior a la aleatorización.
<b>Conclusiones:</b>	Estas intervenciones en la mayoría de los casos muestran un efecto protector. Los autores recomiendan más investigación en este campo.

Elaboración propia, 2023.

Tabla 17: Artículo 13

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Estrategias para la prevención del suicidio.
<b>Autor (es):</b>	Suárez, Y. P.
<b>Revista:</b>	Medicina U.P.B., vol. 42, núm. 1, pp. 76-84, 2023 Universidad Pontificia Bolivariana.
<b>Año:</b>	2023
<b>Metodología:</b>	Revisión bibliográfica/ opinión experto.
<b>Objetivo:</b>	Mostrar estrategias de salud pública para la prevención del suicidio y algunos programas multicomponentes que han dado resultado en la prevención del suicidio.
<b>Resultado:</b>	<p>Algunas de las estrategias efectivas en la prevención del suicidio son:</p> <p>Políticas de salud mental. Los países deben diseñar sus políticas de acuerdo con cuatro objetivos: gobernar y liderar de forma eficaz a favor de la salud mental, suministrar los servicios de salud integrales en los entornos comunitarios, implementar estrategias de prevención en salud mental y consolidar sistemas de información para el registro de eventos. Las estrategias están conformadas por la vigilancia epidemiológica, la restricción de métodos, los medios de difusión, acceso a servicios, capacitación y educación a diferentes actores sociales y personal de salud, tratamiento, intervención en crisis, intervención posterior, concientización, reducción del estigma y coordinación del sistema de salud.</p> <p>Políticas para reducir el consumo de alcohol. Las políticas para reducir el consumo problemático o abusivo de alcohol pueden ayudar en la prevención del suicidio. Algunas estrategias fomentan la concientización, las acciones del sistema de salud, acciones comunitarias, políticas de tránsito</p>

	<p>y movilidad, acceso y comercialización de bebidas alcohólicas, reducción de los daños o riesgo del consumo o intoxicación, vigilancia, acceso a servicios de salud.</p> <p>Acceso a la atención en salud. El acceso, la efectividad e inmediatez en la atención a individuos con trastornos mentales y por abuso de sustancias es importante. El tratamiento a las diversas condiciones psicopatológicas relacionadas con el suicidio es una sustancial estrategia de prevención desde el sistema de salud.</p> <p>Restricción de métodos para suicidio. La restricción a métodos es reconocida en la mayoría de las estrategias nacionales de la salud pública, una medida impartida por los profesionales de salud y una recomendación desde la práctica clínica para la familia. Este mecanismo permite la reflexión del individuo ante la contemplación del suicidio. Los entornos seguros deben proporcionarse a las personas con potencial riesgo de suicidio, a través de la restricción de plaguicidas, armas de fuego, agentes farmacológicos, gases tóxicos, puentes, edificios y ferrocarriles.</p> <p>Notificación responsable o difusión. El manejo adecuado de la información sobre suicidios en los medios de comunicación es una estrategia eficaz.</p> <p>Concientización de la salud, trastornos debido a sustancias y suicidio. La sensibilización sobre la salud mental puede reducir el estigma y actitudes negativas hacia los trastornos mentales y promueve la búsqueda de ayuda o acceso a la atención en salud.</p>
<p><b>Conclusiones:</b></p>	<p>Desde un enfoque de salud pública, se requiere implementar medidas efectivas. La efectividad de las estrategias de prevención requiere de continuo estudio, especialmente las estrategias de prevención dirigidas a grupos</p>

	<p>de riesgo como prisioneros, población sexualmente diversa y refugiados o migrantes, dado que la evidencia es escasa.</p> <p>Finalmente, los diversos actores deben considerar las recomendaciones generales de prevención. Por su parte, las políticas públicas se deben orientar en medidas efectivas. Aún más, es necesaria la investigación científica, el desarrollo tecnológico e innovación para responder ¿es el suicidio prevenible? o ¿algunos suicidios son prevenibles? (Suárez, 2023).</p>
--	---

Elaboración propia, 2023.

Tabla 18: Artículo 14

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: a meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis.
<b>Autor (es):</b>	Fordham, B., Sugavanam, T., Edwards, K., Stallard, P., Howard, R., das Nair, R., Copsey, B., Lee, H., Howick, J., Hemming, K., & Lamb, S. E.
<b>Revista:</b>	Psychological medicine.
<b>Año:</b>	2021
<b>Metodología:</b>	Revisión sistemática y metanálisis. Se incluyeron revisiones de ensayos controlados aleatorios de TCC en cualquier población, condición, formato, contexto, con cualquier tipo de comparador y publicados en inglés. Se realizaron búsquedas en DARE, Cochrane, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, CDAS y OpenGrey entre 1992 y enero de 2019.
<b>Objetivo:</b>	El objetivo fue resumir la evidencia de la revisión sistemática actual y evaluar la consistencia del efecto de la TCC en diferentes condiciones médicas.
<b>Resultado:</b>	<p>La TCC produjo un beneficio modesto en la calidad de vida de todas las condiciones asociadas, tanto médicas como psicológicas (diferencia de medias estandarizada 0,23; intervalos de confianza del 95%). El intervalo de predicción asociado al efecto -0,05 a 0,50 sugirió que la TCC seguirá siendo eficaz en condiciones como depresión, ansiedad, otras condiciones psiquiátricas, dolor físico asociado a lumbalgia, columna, osteartrosis.</p> <p>Las revisiones incluidas en los análisis primarios y de sensibilidad probaron la eficacia de la TCC en poblaciones que habían informado las siguientes condiciones comórbidas:</p>

	<p>discapacidad intelectual, lesión cerebral, demencia, migrañas, epilepsia, enfermedades circulatorias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome del intestino irritable, artritis, tinnitus y fatiga.</p>
<p><b>Conclusiones:</b></p>	<p>Este metanálisis sugiere que la TCC funciona, mejora la calidad de vida de las personas que viven con muchas condiciones físicas y mentales diferentes. Para algunas condiciones, actualmente no sabemos con precisión cuánto funciona, solo que proporcionará efectos pequeños a moderados. Las implicaciones clínicas de que la TCC produzca beneficios consistentes que no son específicos de ninguna condición en particular influirán en las futuras decisiones clínicas de puesta en marcha e implementación.</p>

Elaboración propia, 2023.

Tabla 19: Artículo 15

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP).
<b>Autor (es):</b>	OMS/OPS.
<b>Revista:</b>	N/A
<b>Año:</b>	2020
<b>Metodología:</b>	<p>Manual operativo.</p> <p>Criterio de expertos: Asesoramiento de personal técnico de la sede de la OMS, personal de oficinas regionales y de países de la OMS y revisores técnicos internacionales.</p>
<b>Objetivo:</b>	<p>El objetivo de este manual operativo del mhGAP es apoyar a los directores de salud y otros funcionarios responsables de la integración de los servicios de salud mental y física. Se hace hincapié en el fortalecimiento de los sistemas de atención de salud y la capacidad del personal.</p> <p>Ofrecer orientación práctica para implementar el mhGAP y se incluyen soluciones a los obstáculos que enfrentan los líderes de salud pública, en forma de consejos prácticos, enseñanzas extraídas de proyectos en los que se ha usado el mhGAP y herramientas que pueden ser adaptadas para su implementación.</p> <p>Desarrollar un documento guía que permita la ampliación los servicios de salud mental en entornos de salud no especializados para lograr una cobertura de salud universal. Comprende un manual operativo que es un componente integral del paquete del mhGAP dirigido a brindar apoyo a los directores y gerentes de salud distritales y otros responsables de integrar los servicios de salud mental y física.</p>
<b>Resultado:</b>	La implementación de estas recomendaciones en diferentes países ha logrado:

Bután: Crear las estrategias a nivel local para la prevención del suicidio en los establecimientos de atención de salud no especializada mediante: la capacitación y la movilización de una red de proveedores de atención de salud no especializada, como los partidarios de la prevención del suicidio en sus comunidades, el mejoramiento de la identificación metales, la autolesión y el suicidio, la reducción de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores frente al suicidio, la evaluación de los pacientes con enfermedades crónicas para detectar, problemas mentales la autolesión y tendencias suicidas; la realización de actividades de prevención del suicidio, incluida la identificación y el seguimiento de probables suicidas, por trabajadores de salud comunitarios, la participación y la movilización de miembros de la comunidad en el establecimiento e implementación de actividades de prevención, incluido el diálogo con líderes tradicionales y religiosos acerca de la salud mental y el suicidio.

Filipinas: Después del tifón Haiyan, que azotó las Filipinas en el 2013, la OMS, en colaboración con el Gobierno de Filipinas y algunas ONG, tomó medidas para mejorar el acceso a la atención de salud mental en las regiones afectadas. Más de 1.020 trabajadores de la comunidad fueron capacitados en atención y apoyo psicosocial y 290 proveedores de atención de salud no especializada recibieron capacitación en la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental, que incluyó la supervisión en el empleo. Para fines de marzo del 2015, 155 de 159 (97,5%) unidades de atención primaria de salud, 21 de 24 hospitales de distrito (87,5%) y los ocho hospitales provinciales tenían un médico y una enfermera capacitados en evaluar y tratar trastornos de

salud mental. Las sesiones supervisadas beneficiaron a entre 50 y 200 personas con problemas mentales. Este ejemplo también sugiere que se puede usar el mhGAP para fortalecer un sistema de atención de salud mental en su conjunto y a escala.

Nepal: La implementación de estos programas permitió a falta de especialistas en salud mental, el tratamiento de la patología mental mediante voluntarias de la comunidad se complementa mediante intervenciones comunitarias para aumentar el acceso, la observancia terapéutica y la calidad de la atención y capacitando al personal de salud del nivel medio y los trabajadores psicosociales del sistema de atención de salud.

Ha permitido capacitar profesionales en salud mental: El Ministerio de Salud y Servicios Médicos de Fiji, con el apoyo de OMS y de directores de salud distritales, ha buscado mejorar los servicios de salud mental mediante la descentralización. Más de 500 proveedores de atención de salud no especializada han sido capacitados en la implementación del mhGAP, incluidos médicos generales y enfermeras, para evaluar y tratar trastornos MNS prioritarios en establecimientos de atención de salud.

Uganda: En 2015, en Uganda, una evaluación del programa indicó que en 86% de las 1.800 mujeres se había reducido la depresión al final de las sesiones formales del programa, también ha permitido mejorar el acceso a los medicamentos

Turquía: Uno de los primeros países en planificar y ampliar la implementación del mhGAP en todo el país. En septiembre del 2017, 349 médicos de familia turcos y 150 médicos titulados sirios habían recibido capacitación en el

mhGAP y médicos titulados entre ellos médicos de familia sirios están ahora trabajando en los centros de salud para migrantes en Turquía, dando apoyo, supervisión, evaluación y tratamiento farmacológico y no farmacológico de patología mental.

Líbano: La capacitación y la supervisión de proveedores de atención de salud no especializada y los equipos de gestión de casos de salud mental pueden fortalecer los servicios de apoyo a la salud mental en las zonas con acceso limitado a servicios de especialistas y pueden garantizar la continuidad de la atención.

Caribe: La capacitación enseñó las habilidades y conocimientos requeridos para evaluar y asistir a personas con problemas en salud mental prioritarios, como parte del objetivo a más largo plazo de delegar servicios de salud mental desde los servicios especializados, costosos y centralizados. La implementación en el Caribe otorgó adaptabilidad, flexibilidad y accesibilidad a la capacitación en el mhGAP. La duración del programa les permitió a los participantes en los países de toda la región hacer cambios en su práctica profesional y mejorar el acceso de sus comunidades a la atención de salud mental. Los participantes se convirtieron en promotores de la salud mental y motivaron a otros proveedores de atención de salud no especializada a registrarse para recibir la capacitación virtual en el uso del mhGAP.

India: El Gobierno pudo asignar fondos para la salud mental en el ejercicio económico 2015–2016, que se incrementaron en 35% para 2016–2017. Además, se creó un puesto de tiempo completo de Director Adjunto de Salud Mental, con fondos asignados garantizados para el reforzamiento de los programas de salud mental y el

	<p>nombramiento de un funcionario de alto nivel para supervisar la implementación de los proyectos, como parte de los esfuerzos de la misión para mantener los servicios de salud mental.</p>
<p><b>Conclusiones:</b></p>	<p>La capacitación mediante programas como mhGAP establece las competencias en los proveedores de atención de salud (médicos de familia, auxiliares clínicos, enfermeras, parteras y otro personal general) en relación con la atención de salud mental.</p> <p>Se requiere de coordinación con especialistas en salud mental para garantizar la prestación óptima de los servicios, el apoyo continuo y la supervisión.</p> <p>Los manuales de capacitación del mhGAP constituyen una forma de educación continua que permite ampliar las actitudes, los conocimientos y las aptitudes de los proveedores de atención sanitaria, principalmente mediante un bloque de capacitación clínica, con conferencias, enseñanza activa y prácticas orientadas al tipo específico de formación.</p> <p>La integración de la atención de salud mental y su aceptación como una habilidad esencial en el profesional reducirá la estigmatización del sujeto y de sus profesionales.</p> <p>El tratamiento y la atención en la comunidad son eficaces para reducir la discapacidad y los síntomas, garantizan una mayor aceptación, menos hospitalizaciones y suicidios en el manejo de trastornos MNS y mejoran el funcionamiento social.</p>

Elaboración propia, 2023.

Tabla 20: Artículo 16

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Application of the Zero Suicide Model in Residency Training.
<b>Autor (es):</b>	Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B.
<b>Revista:</b>	The journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry.
<b>Año:</b>	2019
<b>Metodología:</b>	Artículo de revisión. Opinión de expertos.
<b>Objetivo:</b>	Demostrar cómo el modelo Zero Suicidio y su enfoque sistemático para la enseñanza de la prevención del suicidio podrían mejorar la formación de residencia.
<b>Resultado:</b>	<p>Los modelos de formación de residencia que se enfoquen en la enseñanza y prevención del suicidio, siguiendo el modelo Zero Suicidio, pueden generar una mayor conciencia sobre la atención médica de esta condición, y pueden ayudar a prevenir el suicidio mediante la integración de recomendaciones como la evaluación del riesgo de suicidio en los pacientes, el uso de herramientas estandarizado de las herramientas de evaluación como C-SSRS, evaluación de factores protectores, la elaboración y supervisión de planes de seguridad para los pacientes y el seguimiento posterior al alta de los pacientes.</p> <p>Aumento del uso de planes de seguridad en los pacientes en riesgo suicida del 10 al 52%.</p>
<b>Conclusiones:</b>	Para mejorar la atención clínica, debe surgir un cambio cultural por parte del liderazgo de la residencia y de los

	directores clínicos para hacer de la atención específica del suicidio un enfoque continuo y directo del tratamiento.
--	--

Elaboración propia, 2023.

Tabla 21: Artículo 17

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Implementing illness management and recovery within assertive community treatment teams: A qualitative study.
<b>Autor (es):</b>	Morse, G., Monroe-DeVita, M., York, M. M., Peterson, R., Miller, J., Hughes, M., Carpenter-Song, E., Akiba, C., & McHugo, G. J.
<b>Revista:</b>	Psychiatric Rehabilitation Journal.
<b>Año:</b>	2020
<b>Metodología:</b>	<p>Estudio cualitativo con 11 equipos de ACT que implementaron. Entrevistas individuales semiestructuradas con 17 personas inscritas en los servicios y 55 miembros del personal de ACT en grupos individuales y focales en EEUU.</p> <p>Las intervenciones se implementaron y se recopilaron datos de 2012 a 2015, y los datos cualitativos se codificaron y analizaron de 2015 a 2018. El estudio fue aprobado por la Universidad de Washington, Dartmouth College y Places for People.</p>
<b>Objetivo:</b>	Evaluar la viabilidad, las ventajas, desventajas y los factores que dificultan o facilitan la implementación de los equipos de ACT.
<b>Resultado:</b>	<p>El análisis reveló que:</p> <p>Existe un ajuste generalmente positivo entre los modelos y la población atendida.</p> <p>Tanto las personas con enfermedades mentales graves como el personal se beneficiaron de la implementación del modelo.</p> <p>Los equipos de ACT encontraron importantes barreras de implementación que estaban relacionadas con el nivel de gravedad de la salud mental del individuo y su capacidad para asistir a las sesiones, pero en general no fueron insuperables.</p>

	<p>Las relaciones y el compromiso con los participantes facilitaron la implementación.</p> <p>Adoptar un enfoque flexible basado en objetivos personales y logrables de los pacientes para mejorar la implementación del modelo.</p>
<b>Conclusiones:</b>	<p>Con ACT, generalmente hay una adaptación positiva, es factible de implementar y ofrece beneficios significativos.</p>

Elaboración propia, 2023.

Tabla 22: Artículo 18

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study.
<b>Autor (es):</b>	Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R.
<b>Revista:</b>	Plos One.
<b>Año:</b>	2020.
<b>Metodología:</b>	Estudio observacional. Estudio de evaluación cualitativa. La Red de Acción para la Prevención del Suicidio (SUPRANET), ofreció un programa a los médicos de atención primaria en seis regiones de los Países Bajos en 2017-2018 para involucrarlos de manera más efectiva en la prevención del suicidio. Se proporcionó materiales adicionales, incluido el módulo sobre suicidio y medicación, la guía de prevención del suicidio, folletos y carteles.
<b>Objetivo:</b>	Objetivo evaluar en qué medida SUPRANET fue útil para apoyar a los médicos de cabecera en la aplicación de prácticas de prevención del suicidio.
<b>Resultado:</b>	<p>Este estudio encontró que existían barreras importantes para la evaluación del riesgo de suicidio en los pacientes debido a la incompetencia autopercebida de los médicos de atención primaria, la carga del suicidio, su falta de tiempo y carga de trabajo.</p> <p>Aunque hubo algunas dificultades en el proceso de implementación, la propia SUPRANET se percibió como una estrategia útil para mejorar las prácticas de prevención del suicidio.</p>
<b>Conclusiones:</b>	SUPRANET se percibió como una estrategia útil para mejorar las prácticas de prevención del suicidio. La capacitación aumentó la conciencia y el conocimiento de los

	médicos de atención primaria sobre la prevención del suicidio, lo que facilita el reconocimiento de los pacientes suicidas. Sin embargo, la prevención eficaz del suicidio también requiere atención multinivel y abordaje colaborativo.
--	--

Elaboración propia, 2023.

Tabla 23: Artículo 19

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	The effects of educational interventions on suicide: A systematic review and meta-analysis.
<b>Autor (es):</b>	Pistone, I., Beckman, U., Eriksson, E., Lagerlöf, H., & Sager, M.
<b>Revista:</b>	The International journal of social psychiatry.
<b>Año:</b>	2019
<b>Metodología:</b>	Revisión sistemática y Metanálisis de ECA. Se realizaron búsquedas en Scopus, PubMed, PsycINFO y ASSIA en dos búsquedas separadas de todos los estudios relevantes en inglés, sueco, danés y noruego publicados desde el inicio de la base de datos hasta el 7 de mayo de 2017. Se incluyeron estudios tipo ensayo controlado aleatorio, o un diseño cuasiexperimental, estudios que evaluaron intervenciones educativas y estudios que incluyeron conductas suicidas (suicidio, intentos e ideación) y resultados intermedios (conocimiento), actitudes y habilidades.
<b>Objetivo:</b>	Evaluación de la evidencia existente sobre la efectividad de las intervenciones educativas en la prevención de la conducta suicida.
<b>Resultado:</b>	Todos los estudios mostraron un aumento en el conocimiento sobre el suicidio y la prevención del suicidio en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control, pero con un nivel de evidencia Grade: Bajo.
<b>Conclusiones:</b>	Los estudios indican que las intervenciones educativas son efectivas para prevenir la ideación suicida y los intentos de suicidio. En la práctica clínica, así como en la investigación, el desarrollo y la implementación de intervenciones educativas deben centrarse en las características individuales de los participantes.

	<p>Los cambios en el comportamiento suicida son quizás más probables si la población objetivo participa personalmente en la intervención y asume también papel como guardianes.</p>
--	---

Elaboración propia, 2023.

Tabla 24: Artículo 20

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis.
<b>Autor (es):</b>	DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019).
<b>Revista:</b>	Behavior therapy.
<b>Año:</b>	2019.
<b>Metodología:</b>	Metanálisis de ensayos clínicos controlados. Búsqueda en bases de datos académicas hasta mayo de 2017 (Academic Search Complete: MedLine, PsycINFO, PsycArticles y PubMed). Los resultados relacionados con el suicidio se definieron para incluir mediciones de violencia autodirigida, ideación suicida y acceso a servicios de crisis psiquiátricas.
<b>Objetivo:</b>	Sintetizar la evidencia existente sobre la efectividad de la terapia conductual dialéctica en violencia autodirigida (es decir, conducta autolesiva suicida y no suicida), acceso a servicios de crisis psiquiátricas (es decir, atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados, presentación al departamento de emergencias) e ideación suicida.
<b>Resultado:</b>	La terapia conductual dialéctica redujo la violencia autodirigida ( $d = -0,324$ , IC del 95 % = $-0,471$ a $-0,176$ ) y redujo la frecuencia de los servicios de crisis psiquiátricas ( $d = -0,379$ , IC del 95 % = $-0,581$ a $-0,176$ ). No hubo un efecto combinado significativo de la TDC con respecto a la ideación suicida ( $d = -0,229$ ; IC del 95% = $-0,473$ a $0,016$ ).
<b>Conclusiones:</b>	Este estudio demuestra la eficacia de la terapia conductual dialéctica para el tratamiento de la violencia autodirigida y para reducir la frecuencia de acceso a los servicios de intervención en crisis psiquiátricas.

	Se requieren futuras investigaciones sobre la implementación de la terapia conductual dialéctica en el suicido agudo.
--	---

Elaboración propia, 2023.

Tabla 25: Artículo 21

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis.
<b>Autor (es):</b>	Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M.
<b>Revista:</b>	General hospital psychiatry
<b>Año:</b>	2020.
<b>Metodología:</b>	Revisión sistemática y un metanálisis de estudios controlados que evaluaron las intervenciones de prevención del suicidio versus control publicados entre 2011 y 2017 en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Cochrane.
<b>Objetivo:</b>	Proporcionar una estimación del tamaño del efecto de las intervenciones de prevención del suicidio y los posibles efectos sinérgicos de las intervenciones multinivel.
<b>Resultado:</b>	<p>El estudio demostró un efecto positivo estadísticamente significativo de las intervenciones de prevención del suicidio (<math>d = -0,535</math>, IC del 95%: <math>-0,898</math>; <math>-0,171</math>, <math>p = 0,004</math>) y sobre los intentos de suicidio (<math>d = -0,449</math>, IC del 95%: <math>-0,618</math>; <math>-0,280</math>). , <math>p &lt; 0,001</math>). En cuanto al efecto sinérgico de las intervenciones multinivel, mostró un efecto significativamente mayor relacionado con el número de niveles de la intervención.</p> <p>Los hallazgos muestran que las intervenciones de prevención del suicidio son efectivas para prevenir tanto el suicidio como el intento de suicidio.</p>
<b>Conclusiones:</b>	<p>Las intervenciones de prevención del suicidio son efectivas para prevenir suicidios e intentos de suicidio y deberían implementarse ampliamente.</p> <p>Los hallazgos también muestran que las intervenciones multinivel son más efectivas que las intervenciones de un solo</p>

	<p>nivel y, además, que el tamaño del efecto aumenta significativamente con el número de niveles involucrados. En cuanto al sinergismo, idealmente se produciría un efecto sinérgico de intervenciones multinivel cuando el efecto combinado de las intervenciones sea mayor que la suma de los efectos individuales.</p> <p>Las investigaciones futuras deberían centrarse en intervenciones multinivel debido a sus mayores efectos y potencial sinérgico.</p>
--	--

Elaboración propia, 2023.

Tabla 26: Artículo 22

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Riblet, N. B., Matsunaga, S., Lee, Y., Young-Xu, Y., Shiner, B., Schnurr, P. P., Levis, M., & Watts, B. V.
<b>Autor (es):</b>	Tools to Detect Risk of Death by Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis.
<b>Revista:</b>	The Journal of clinical psychiatry.
<b>Año:</b>	2022.
<b>Metodología:</b>	<p>Revisión sistemática y metanálisis. Búsquedas en MEDLINE, la base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, PsycINFO, EMBASE y Scopus desde el inicio hasta el 19 de enero de 2021.</p> <p>Selección de estudios: Ensayos clínicos, estudios observacionales y estudios cuasiexperimentales que evalúan la precisión diagnóstica de los instrumentos para detectar el riesgo de suicidio en adultos (41 en total). No hubo restricciones de idioma.</p> <p>Se analizaron los resultados mediante un análisis de razón de verosimilitud. Primero, se creó una visualización gráfica de LR+ y LR- de cada instrumento, así como el IC del 95% asociado. Se definió la utilidad clínica utilizando el siguiente enfoque: ninguna (<math>LR+ \leq 2</math> o <math>LR- \geq 0,5</math>), pequeña (<math>LR+</math> de <math>&gt;2</math> a <math>\leq 5</math> o <math>LR-</math> de <math>0,2</math> a <math>&lt; 0,5</math>), moderada (<math>LR+</math> de <math>&gt;5</math> a <math>\leq 10</math> o <math>LR-</math> de <math>0,1</math> a <math>&lt; 0,2</math>) y alto (<math>LR+</math> de <math>&gt;10</math> o <math>LR-</math> <math>0,0</math> a <math>&lt;0,1</math>).</p>
<b>Objetivo:</b>	Determinar la precisión diagnóstica de los instrumentos para detectar el riesgo de suicidio en adultos mediante análisis de razón de probabilidad.
<b>Resultado:</b>	La mayoría de los instrumentos mostraron una utilidad mínima para detectar o descartar riesgo de suicidio, con $LR+ \leq 2,0$ y $LR- \geq 0,5$ . Unos pocos instrumentos tuvieron una gran

	<p>utilidad para mejorar la detección de riesgos en los departamentos de urgencias, los centros de salud mental para pacientes hospitalizados y los entornos penitenciarios cuando los pacientes obtuvieron puntuaciones por encima del límite (LR+ &gt; 10). Por ejemplo, entre los pacientes dados de alta de un departamento de emergencias, la Escala de Clasificación de Gravedad del Suicidio de Columbia, tuvo LR + de 10,3 (IC del 95 %, 6,3-16,8) a los 3 meses de seguimiento.</p>
<b>Conclusiones:</b>	<p>La utilidad clínica de los instrumentos de detección depende de la probabilidad de suicidio previa a la prueba. Debido a que los estudios abarcaron más de seis décadas, los hallazgos corren el riesgo de sufrir tendencias seculares.</p>

Elaboración propia, 2023.

Tabla 27: Artículo 23

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	What's the harm in asking? A systematic review and meta-analysis on the risks of asking about suicide-related behaviors and self-harm with quality appraisal.
<b>Autor (es):</b>	Polihronis, C., Cloutier, P., Kaur, J., Skinner, R., & Cappelli, M.
<b>Revista:</b>	Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research.
<b>Año:</b>	2022.
<b>Metodología:</b>	Revisión sistemática y metanálisis. Búsqueda en bases de datos hasta el 26 de marzo de 2019 (Embase, PsycINFO, Ovid MEDLINE).
<b>Objetivo:</b>	Evaluar la evidencia empírica sobre si preguntar conductas relacionadas con el suicidio, como ideación e intentos de suicidio, y autolesiones no suicidas, produce resultados perjudiciales
<b>Resultado:</b>	Con la evidencia disponible actualmente, no se encontraron resultados perjudiciales al preguntar sobre conductas relacionadas al suicidio.
<b>Conclusiones:</b>	Se necesitan más estudios para concluir firmemente dichos resultados.

Elaboración propia, 2023.

Tabla 28: Artículo 24

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Staff awareness of suicide and self-harm risk in healthcare settings: A mixed-methods systematic review.
<b>Autor (es):</b>	Dillon, C. B., Saab, M. M., Meehan, E., Goodwin, M. J., Murphy, M., Heffernan, M. S., Greaney, M. S., Kilty, C., Hartigan, I., Chambers, D., Twomey, U., & Horgan, A.
<b>Revista:</b>	Journal of affective disorders.
<b>Año:</b>	2020.
<b>Metodología:</b>	Revisión sistemática. en bases de datos electrónicas (CINAHL, MEDLINE, APA PsycInfo, APA PsycARTICLES, Psychology and conductual Science Collection, ERIC y SocINDEX), en la Biblioteca Cochrane, de enero 2014 a agosto 2019.
<b>Objetivo:</b>	Evaluar y sintetizar evidencia de estudios que exploraron y promovieron el conocimiento y la conciencia del personal de atención médica sobre el riesgo de suicidio y autolesión en entornos de atención médica.
<b>Resultado:</b>	Entre las estrategias utilizadas para promover la concientización sobre el riesgo de suicidio y autolesión se encontraban programas educativos y de capacitación grupal cara a cara, programas educativos digitales o en línea y una campaña de carteles educativos, y la mayoría tuvo un éxito marginal en hacerlo.
<b>Conclusiones:</b>	Se deben establecer programas de capacitación grupales, presenciales y de rutina, a largo plazo, para educar al personal de atención médica sobre el riesgo de suicidio en todas las profesiones y en grupos de pacientes específicos.

Elaboración propia, 2023.

Tabla 29: Artículo 25

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	The 4-Level Approach: Prevention of Suicidal Behaviour Through Community-Based Intervention.
<b>Autor (es):</b>	Hegerl, U., Heinz, I., O'Connor, A., & Reich, H.
<b>Revista:</b>	Frontiers in psychiatry.
<b>Año:</b>	2021.
<b>Metodología:</b>	Documento y opinión de expertos. Revisión de tema.
<b>Objetivo:</b>	Discutir la evidencia que respalda el concepto de intervención de 4 niveles (solo estudios controlados).
<b>Resultado:</b>	<p>La red de la Alianza Europea Contra la Depresión ha implementado en más de 120 regiones dentro y fuera de Europa intervenciones comunitarias que combinan actividades en cuatro niveles: (i) atención primaria, (ii) público general, (iii) facilitadores y guardianes de la comunidad (por ejemplo, policías, periodistas, cuidadores, farmacéuticos y maestros), y (iv) pacientes, personas de alto riesgo y sus familiares.</p> <p>En el riesgo de conducta suicida y suicidio, las intervenciones comunitarias multinivel que combinan diferentes medidas se consideran la forma más eficiente de abordar estas importantes áreas de la salud pública.</p> <p>Estudios han demostrado reducción de los intentos o actos suicidas en 21.7 %, con este tipo de intervención.</p>
<b>Conclusiones:</b>	<p>Las intervenciones comunitarias multifacéticas que combinan diferentes medidas preventivas del suicidio se encuentran entre los enfoques más prometedores para prevenir la conducta suicida (intentos de suicidio y suicidios), ya que ninguna intervención única para la prevención del suicidio tiene una clara ventaja.</p> <p>El concepto de intervención de 4 niveles de Alianza Europea Contra la Depresión, combina de manera coherente</p>

	<p>varias intervenciones, de las cuales al menos hay evidencia de efectos preventivos contra el suicidio. Estos incluyen educación de profesionales de atención primaria y salud mental, capacitación de guardianes, intervenciones digitales para la depresión, pautas para los medios de comunicación, una campaña de concientización pública y una reducción del acceso a medios letales.</p>
--	--

Elaboración propia, 2023.

Tabla 30: Artículo 26

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis.
<b>Autor (es):</b>	Niederkrötenhaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P. S. F., & Spittal, M. J.
<b>Revista:</b>	BMJ (Clinical research ed.)
<b>Año:</b>	2020
<b>Metodología:</b>	<p>Revisión sistemática y metanálisis.</p> <p>Fuentes de datos: PubMed/Medline, PsychInfo, Scopus, Web of Science, Embase y Google Scholar, búsquedas hasta septiembre de 2019.</p> <p>Métodos de revisión: Se incluyeron los estudios que compararon al menos un momento antes y un momento después de los informes de los medios de comunicación sobre el suicidio; el seguimiento fue de dos meses o menos; el resultado fue la muerte por suicidio; y los informes de los medios trataban sobre suicidios no ficticios.</p>
<b>Objetivo:</b>	Examinar la asociación entre los informes sobre suicidios, especialmente las muertes de celebridades por suicidio, y los suicidios posteriores en la población general.
<b>Resultado:</b>	El riesgo de suicidio aumentó en un 13% en el período posterior a que los medios informaran sobre la muerte de una celebridad por suicidio (intervalo de confianza del 95%; mediana de seguimiento de 28 días). Cuando se informó sobre el método de suicidio utilizado por la celebridad, hubo un aumento asociado del 30% en las muertes por el mismo método (intervalo de confianza del 95%; mediana de seguimiento de 28 días).

<b>Conclusiones:</b>	La notificación de muertes de celebridades por suicidio parece haber tenido un impacto significativo en el total de suicidios en la población general. El efecto fue mayor para los aumentos realizados con el mismo método utilizado por la celebridad. La mejor intervención disponible a nivel poblacional para hacer frente a los efectos nocivos de los informes de los medios son las directrices para una información responsable. Estas directrices deberían implementarse y promoverse más ampliamente, especialmente cuando se informa sobre muertes de celebridades por suicidio.
----------------------	--

Elaboración propia, 2024.

Tabla 31: Artículo 27

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Hispanics, Mental Health, and Suicide: Brief Report.
<b>Autor (es):</b>	Brenes F. (2019).
<b>Revista:</b>	Hispanic health care international : the official journal of the National Association of Hispanic Nurses.
<b>Año:</b>	2019
<b>Metodología:</b>	Revisión de tema y opinión de expertos.
<b>Objetivo:</b>	Este breve informe se centra en el suicidio como un problema de salud pública, aborda cuestiones clave que surgen del fenómeno y proporciona una perspectiva sobre las actitudes de los proveedores de atención médica hacia el suicidio.
<b>Resultado:</b>	<p>En Estados Unidos, las tasas de suicidio han aumentado casi un 30% desde 1999.</p> <p>El método más común de suicidio en EEUU son las armas de fuego (48.5%).</p> <p>La tasa de suicidio entre los hispanoamericanos es significativamente más baja que la de los blancos no hispanos. La literatura actual sugiere que la tasa más baja puede deberse a la falta de informes, a la falta de pruebas de detección del suicidio y a factores sociales, incluido el estigma que rodea al suicidio en la cultura hispana.</p> <p>Las actitudes de los proveedores de atención médica hacia las personas suicidas también pueden afectar negativamente los resultados de salud mental. Las investigaciones han demostrado que incluso los proveedores</p>

	de atención médica y psicología han mantenido actitudes negativas hacia los pacientes con problemas de salud mental.
<b>Conclusiones:</b>	<p>Las disciplinas de atención médica deberían colaborar y desarrollar estrategias novedosas para abordar las alarmantes tasas de mortalidad por suicidio. Ignorar este llamado aumentará aún más las tasas de muerte por suicidio, afectará negativamente a personas, familias y comunidades; aumentar los costos de atención médica; y eventualmente violar el contrato social de los proveedores de atención médica para proteger la salud pública. Las enfermeras y médicos deben recibir capacitación sobre suicidio en entornos de atención médica para cumplir con los objetivos nacionales de atención médica relacionados con el suicidio.</p> <p>Los factores que contribuyen a las barreras para la detección del riesgo de suicidio entre los hispanos en los Estados Unidos es un fenómeno que no se ha explorado a fondo, por lo tanto, se sugieren futuras investigaciones en este tema.</p>

Elaboración propia, 2024.

Tabla 32: Artículo 28

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	Improving Suicide Prevention in Primary Care for Differing Levels of Behavioral Health Integration: A Review.
<b>Autor (es):</b>	Spottswood, M., Lim, C. T., Davydow, D., & Huang, H.
<b>Revista:</b>	Frontiers in medicine.
<b>Año:</b>	2022
<b>Metodología:</b>	<p>Revisión sistemática. Búsqueda de guías clínicas publicadas, revisiones sistemáticas, estudios de nuevas intervenciones basadas en atención primaria, para disminuir el riesgo de suicidio en pacientes de atención primaria.</p> <p>Se realizaron búsquedas en PubMed y Google Scholar, centrándose en artículos fundamentales de los últimos 20 años.</p>
<b>Objetivo:</b>	Responder a la pregunta de cómo implementar intervenciones para disminuir el riesgo de suicidio en pacientes de atención primaria.
<b>Resultado:</b>	<p>La revisión arroja los siguientes resultados sobre las estrategias de prevención del suicidio basadas en evidencia:</p> <p>Estándares universales para la prevención del suicidio en atención primaria: Los estándares incluyen educación del proveedor de atención primaria y la implementación en toda la práctica de exámenes de detección e intervenciones efectivas para reducir el riesgo. Las intervenciones de reducción de riesgos incluyen la planificación de la seguridad con la eliminación de medios letales entre otros.</p> <p>Educación al proveedor de atención primaria: En un metanálisis reciente, se descubrió que la educación de los médicos generales y no psiquiatras sobre la prevención del suicidio era una intervención eficaz para la prevención del suicidio. Los proveedores de atención primaria exploraron el</p>

	<p>suicidio con solo el 36% de los pacientes deprimidos. El primer paso para la detección es la educación de los proveedores de atención primaria en la identificación y manejo del suicidio.</p> <p>Detección del riesgo en la población, especialmente en poblaciones de alto riesgo.</p> <p>Utilizar instrumentos validados de detección del suicidio, como la escala PHQ9. Los pensamientos suicidas estaban presentes en el 45,2% de los pacientes en la evaluación inicial.</p>
<p><b>Conclusiones:</b></p>	<p>Existe una amplia literatura sobre la detección eficaz del riesgo de suicidio basada en la atención primaria, la intervención, el apoyo a los proveedores de atención primaria y las direcciones futuras para la prevención del suicidio basada en la atención primaria. Los desafíos actuales en este campo incluyen la necesidad de mejorar la identificación y el tratamiento de las personas en riesgo y los incentivos de financiación para la atención y prevención del suicidio. Dada la importancia de una conexión genuina para la prevención del suicidio, se sugiere que se adopten principios de bienestar en el lugar de trabajo para prevenir el agotamiento del personal a medida que la prevención del suicidio se convierta en parte del flujo de trabajo de la práctica diaria. Esta revisión destaca necesidad de estrategias políticas y financieras para incentivar una mayor integración de la atención primaria y la salud mental.</p>

Elaboración propia, 2024.

Tabla 33: Artículo 29

<b>Referencia Bibliográfica</b>	
<b>Título:</b>	The effectiveness of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to alternative treatment conditions: A meta-analysis.
<b>Autor (es):</b>	Swift, J. K., Trusty, W. T., & Penix, E. A.
<b>Revista:</b>	Suicide & life-threatening behavior.
<b>Año:</b>	2021
<b>Metodología:</b>	Metaanálisis.
<b>Objetivo:</b>	Probar la eficacia de la intervención de evaluación y manejo colaborativo del suicidio frente a otras intervenciones comúnmente utilizadas para el tratamiento de la ideación suicida.
<b>Resultado:</b>	En comparación con intervenciones alternativas, La evaluación y manejo colaborativo del suicidio resultó en una ideación suicida significativamente menor ( $d = 0,25$ ) y angustia general ( $d = 0,29$ ), aceptabilidad del tratamiento significativamente mayor ( $d = 0,42$ ) y esperanza significativamente mayor y menor desesperanza ( $d = 0,88$ ).
<b>Conclusiones:</b>	La investigación existente respalda la evaluación y manejo colaborativo del suicidio como una intervención eficaz de la ideación suicida según los criterios del Centro de Control y Prevención de Enfermedades.

Elaboración propia, 2024.

## 5. Capítulo 5: Análisis y discusión de resultados

### 5.1. Herramientas y escalas de detección para el reconocimiento del paciente con riesgo suicida.

El uso de herramientas de medición objetivas, confiables y algunas validadas para evaluar el riesgo de suicidio pueden ser utilizadas por una amplia gama de proveedores de atención médica siempre que se les enseñe cómo se debe usar la herramienta, cuáles son sus fortalezas y limitaciones. Independientemente de quién complete la evaluación de riesgos, es esencial una entrevista detallada que recopile y documente la explicación del paciente sobre su situación, por lo tanto, las habilidades para entrevistar, recopilar información relevante del paciente, familiares, amigos, entorno e historias médicas son imperativas para establecer el contexto porque las puntuaciones por sí solas, de cualquier medida estandarizada, son inadecuadas. (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

La evidencia actual sobre la detección del riesgo de suicidio en atención primaria menciona que se debe utilizar la historia clínica completa del paciente, conocer sus factores de riesgo para suicidio o psicopatología y sumado a esto se puede hacer uso de herramientas de detección como las escalas, cuestionarios entre otros. (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).

Cuando las herramientas de detección se utilizan adecuadamente, pueden resultar útiles para ayudar a los trabajadores de la salud a reconocer el suicidio. No existe una herramienta única de detección que sea aplicable a todos los pacientes. Cuando las herramientas de detección van acompañadas de un compromiso de seguimiento y tratamiento, se logran mejores resultados. Sin embargo, las herramientas de detección solo deben ser utilizadas por trabajadores de la salud comprometidos a utilizar la información de la prueba de detección y brindar una mejor atención y seguimiento. (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).

Países como Canadá, Australia, el Reino Unido y varios otros países europeos, han llegado a la conclusión de que existe evidencia moderada para recomendar la detección de la depresión y suicidio en atención primaria, la evidencia recopilada revela que la detección mejora los resultados de salud especialmente cuando se asocia con un

seguimiento y tratamiento estrechos. Sin embargo, no se recomienda el cribado solo sin ningún seguimiento, ya que no hay pruebas suficientes de que ayude a prevenir o reducir el riesgo de suicidio. (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).

Lo anterior, da a entender que estamos ante dos formas de detección del suicidio, la primera mediante un cribado universal a toda la población que consulte en atención primaria u otros niveles, la segunda mediante un cribado dirigido como se hace en otros países como Inglaterra. Para la detección selectiva se recomienda la identificación de los factores de riesgo como:

- Fatiga constante.
- Personas mayores que viven solas.
- El ambiente hogareño está empobrecido.
- Individuos con familiares biológicos de primer grado con antecedentes de depresión.
- Individuo con 2 o más enfermedades crónicas (p. ej., artritis reumatoide, esclerosis múltiple).
- Individuos con dolor crónico (p. ej., generalmente no oncológico, como musculoesquelético, migraña).
- Pérdida del interés sexual.
- Depresión post-parto.
- Trastornos del sueño.
- Socialmente aislado y solitario.
- Abuso de sustancias (p. ej., alcohol, medicamentos recetados o drogas ilícitas).
- Cambios repentinos en la vida (p. ej., pérdida del trabajo, muerte del cónyuge o divorcio).
- Bajo graves tensiones financieras (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).

En 2016, el USPSTF recomendó realizar pruebas de detección de depresión en la población adulta general, incluidas las personas embarazadas y en posparto. El grupo de trabajo afirmó además que la detección debe implementarse con sistemas adecuados

para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado (recomendación B). Dentro de las escalas recomendadas para la detección tanto de depresión como riesgo de suicidio está la escala PHQ9, La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D); Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) y Escala de Depresión Geriátrica (GDS) para adultos mayores. Estas herramientas habían sido identificadas a priori como las más utilizadas o recomendadas por sociedades profesionales, entidades gubernamentales, revisiones sistemáticas, estudios de implementación y personal médico (O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N., 2023).

Datos de la evidencia consultada respaldan que no hay daños asociados con la detección de depresión o riesgo de suicidio en atención primaria o entornos comparables en adultos, incluidas las personas embarazadas y en posparto (O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N., 2023).

***Herramientas de detección disponibles:***

- **Escala Beck Fast:** La USPSTF recomienda este escaneo, tiene 7 preguntas que pueden ayudar a determinar la intensidad y gravedad de la depresión (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).
- **La evaluación del riesgo de suicidio:** Es un cuestionario de 10 ítems que se utiliza a menudo para detectar el suicidio, especialmente en los jóvenes (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).
- **El Cuestionario de salud del paciente (PHQ9):** Identifica a pacientes de alto riesgo. Consta de 9 ítems que plantean diversas preguntas sobre la autolesión (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023). Sobre esta escala se ha valorado la validez del ítem # 9 que evalúa específicamente la frecuencia de pensamientos pasivos de muerte o autolesión en las últimas dos semanas, y se ha utilizado ampliamente como medida única para evaluar la prevalencia de ideación suicida en estudios de investigación, en un estudio publicado en 2018, realizado con datos de 841 pacientes, de 15 centros médicos académicos en EEUU, el 13,4% y el 41,1% de la muestra puntuaron como positivos para el riesgo de suicidio mediante el ítem 9 del C-SSRS y el PHQ-9, respectivamente, sin

embargo los resultados del estudio sugieren que el ítem 9 del PHQ-9 es una herramienta de evaluación insuficiente para el riesgo de suicidio y la ideación suicida, con una utilidad limitada en ciertos subgrupos demográficos y clínicos que requiere más investigación, por lo que si se utiliza para evaluar a los pacientes, el punto 9 del PHQ-9 debe combinarse con un instrumento completo validado de evaluación del riesgo de suicidio, seguido de una evaluación clínica adecuada para valorar el riesgo de suicidio (Spottswood, M., Lim, C. T., Davydow, D., & Huang, H., 2022), (Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort, J. L., Sutor, B., Croarkin, P., & Bobo, W. V., 2018).

- **SAFE-T:** Es una herramienta que se puede utilizar en entorno ambulatorio y ofrece una buena visión del alcance y la naturaleza de los pensamientos suicidas y las conductas dañinas, explora lo siguiente:

¿Cuál es la ideación suicida, la intensidad, frecuencia y duración en las últimas 48 horas y en las últimas 4 semanas? También determina el pensamiento más grave.

Planificación del suicidio, lugar, hora, disponibilidad y si se han realizado preparativos.

Proporciona información sobre comportamientos pasados, e intentos de suicidio previo o fallido.

Evalúa si el individuo ha ensayado algún evento como cargar o apuntar un arma o atar una soga o si ha visitado lugares utilizados como referentes para suicidarse.

También se evalúa la intención y el grado en que es probable que el individuo lleve a cabo el plan.

Brinda información sobre dónde el individuo se muestra serio o ambivalente respecto de la autolesión (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).

- **C-SSRS:** La Escala de Calificación de Gravedad del Suicidio de Columbia (C-SSRS) es otra herramienta en entornos ambulatorios para evaluar la presencia de conductas dañinas, evalúa cualquier intento de suicidio conocido, las ideas y comportamientos suicidas (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023). Algunos autores sugieren que la escala C-SSRS es la herramienta más rica que

algunas de las otras, pero incluso con la C-SSRS, la evaluación clínica debe basarse en algo más que los resultados de esta prueba (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

C- SSRS es una escala confiable y válida que evalúa un espectro más amplio de la gravedad de la ideación y el comportamiento suicidas, incluida la intención suicida, se ha propuesto que esta escala se utilice para detectar ideas e intenciones suicidas antes de realizar una evaluación más profunda del riesgo de suicidio (Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort, J. L., Sutor, B., Croarkin, P., & Bobo, W. V., 2018).

- **The Brief Death Implicit Association Test:**

Prueba de Asociación Implícita de Muerte por su traducción al español (D-IAT), es una prueba de comportamiento computarizada, que mide asociaciones implícitas (es decir, fuera del control consciente) en las respuestas en relación con los conceptos de muerte, puede diferenciar entre personas con diversas historias suicidas, otra gravedad y evolución, como cuadros reciente aparición de conductas suicidas. Existe también una versión corta que ha demostrado ser válida para dicho propósito, misma que al ser corta se puede utilizar en departamentos de emergencia o diversos entornos clínicos (D-BIAT) (Millner, A. J., Coppersmith, D. D. L., Teachman, B. A., & Nock, M. K., 2018).

- **Escala de Depresión Geriátrica (GDS):**

En la bibliografía consultada un estudio sobre depresión e ideación suicida en adultos mayores menciona que la depresión es el trastorno de ánimo de mayor incidencia en las personas adultas mayores. En ese estudio, se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS 15) como uno de los instrumentos de evaluación. Esta escala consta de 15 ítems que detectan síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días, conformada por un patrón de respuesta dicotómico (sí o no). (Flores, M. A., Romero, C.R., Espinel, M. C., Vega, M. G., Valle, M. A., Robles, J. R., 2019).

De este estudio, se deriva los siguientes datos, la prevalencia de personas adultas mayores con ideación suicida fue de 40.9%, en relación con la depresión de 57.0% la asociación de depresión con ideación suicida fue de 76.3%, por lo que la

detección oportuna de la sintomatología depresiva en el envejecimiento permitirá identificar los predictores del suicidio, para implementar estrategias de prevención a desenlaces fatales. (Flores, M. A., Romero, C.R., Espinel, M. C., Vega, M. G., Valle, M. A., Robles, J. R., 2019).

Lo anterior, permite deducir que esta escala puede ser utilizada tanto para detección de depresión como suicidio.

Otras escalas recomendadas son:

- La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).
- Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS).

## **5.2. Sensibilidad y especificidad de las principales herramientas y/o escalas de detección para el reconocimiento del paciente con riesgo suicida**

La elección de las pruebas de detección es una cuestión de preferencia profesional porque todas tienen un amplio rango de precisión. La sensibilidad y especificidad de las herramientas de detección actualmente varían del 50% al 100% y del 60% al 98% respectivamente, ninguna herramienta es 100 % confiable y puede existir falsos positivos y falsos negativos. (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).

Es importante recalcar que las herramientas y escalas actúan como tamizajes, brindan una orientación del riesgo, sin embargo, es la clínica del paciente es lo que tiene mayor peso en la valoración de estos pacientes.

### **Escala PHQ9:**

En la escala PHQ9 para detección de depresión y suicidio, la sensibilidad combinada fue de 0,85 [IC del 95%, 0,79-0,89] y la especificidad fue de 0,85 [IC del 95%, 0,82-0,89]. El PHQ-9 identificó correctamente al 85% de las personas con depresión mayor y al 85% de las que no tenían depresión mayor (O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N, 2023).

Es importante mencionar que se ha evaluado la validez del ítem 9 de la escala, para valorar el riesgo suicida, concluyendo que si únicamente se emplea este ítem, es una herramienta de evaluación insuficiente para el riesgo de suicidio y la ideación suicida, con una sensibilidad del 87,6 % (IC del 95 %: 80,2–92,5 %), la especificidad fue del 66,1 % (IC del 95 %: 62,6–69,4 %) (Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort, J. L., Sutor, B., Croarkin, P., & Bobo, W. V., 2018).

### **Escala GDS y sus variantes:**

Según datos de revisión sistemática publicada en 2023, dentro de los estudios incluía, 14 estudios primarios que analizaron múltiples versiones del GDS, el GDS-15 fue el más común. El punto de corte estándar de 5 o más tuvo un equilibrio aceptable de sensibilidad y especificidad. El GDS-15 identificó con precisión al 94% de las personas con depresión mayor (sensibilidad, 0,94 [IC 95%, 0,85-0,98]; I 2 = 85,7%) y al 81% de las que no la padecían (especificidad, 0,81 [IC del 95 %, 0,70-0,89]; I 2 = 99,2 %).

Respecto al riesgo suicida, a mayoría de los instrumentos de detección informaron sensibilidad y especificidad superiores a 80 %.

- **La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D):**

Tiene diferentes versiones con puntos de corte, en promedio con una sensibilidad en rango 79-83 % y una especificidad de 70-80% para identificar depresión. (O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N, 2023)

- **Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS):**

Sensibilidad de 66-95% y especificidad de 57 -95 % (O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N, 2023).

- **La Escala de Calificación de Gravedad del Suicidio de Columbia (C-SSRS) y Escala de Beck:**

Datos obtenidos de un metanálisis publicado en 2022, sobre la precisión diagnóstica de las herramientas de detección del suicidio, mediante análisis de índices de probabilidad, mencionan que ningún instrumento tiene una sensibilidad o especificidad del 100%, la mayoría de los instrumentos mostraron una utilidad mínima para detectar o descartar riesgo de suicidio, con  $LR+ \leq 2,0$  y  $LR- \geq 0,5$ . Sin embargo, los instrumentos como C-SSRS (aplicados en salas de emergencia y durante el seguimiento), la escala de Beck de 4 y 7-items (en entornos psiquiátricos agudos y en pacientes hospitalizados), tuvieron una gran utilidad para mejorar la detección de riesgo en los departamentos de urgencias y los centros de salud mental para pacientes hospitalizados, cuando los pacientes obtuvieron puntuaciones por encima del límite ( $LR+ > 10$ ) (Riblet, N. B., Matsunaga, S., Lee, Y., Young-Xu, Y., Shiner, B., Schnurr, P. P., Levis, M., & Watts, B. V. , 2022).

### **5.3. Estrategias de detección con las que cuenta el personal de salud para el reconocimiento temprano y oportuno del paciente con riesgo suicida**

#### ***Estratificación del riesgo de suicidio agudo y crónico en cada uno de los pacientes***

La exploración sistemática del riesgo suicida de cada paciente debe evaluarse en cada consulta, especialmente en la población de mayor riesgo suicida. Los estudios no han encontrado resultados perjudiciales asociados al preguntar a los pacientes sobre conductas relacionadas al suicidio, incluso esta es una estrategia de detección recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. (Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020) (Polihronis, C., Cloutier, P., Kaur, J., Skinner, R., & Cappelli, M., 2022), (Spottswood, M., Lim, C. T., Davydow, D., & Huang, H., 2022).

Es importante evaluar y documentar el nivel tanto del riesgo suicida agudo como del riesgo a largo plazo, esto proporciona a todos los proveedores incluidos a los médicos de atención primaria una descripción más completa y precisa del riesgo de suicidio del paciente según sus características individuales. Al documentar una evaluación estratificada del riesgo de suicidio, resulta más fácil para todos los profesionales sanitarios comprender la conducta suicida y riesgo de suicidio. Según esta estratificación una designación de bajo riesgo de suicidio agudo, pero que tiene un alto riesgo de suicidio crónico puede requerir precauciones de seguridad adicionales si surgen circunstancias de crisis en la vida del paciente que puede aumentar el riesgo de suicidio cuando se presentan los desencadenantes (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

La identificación de los factores de riesgo más decisivos para la conducta suicida puede servir como base para planificar estrategias efectivas de prevención, identificación oportuna, adecuada ayuda profesional derivación a las personas de alto riesgo (Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M., 2018).

#### ***Desarrollo de un Plan de Seguridad Individualizado con colaboración del paciente***

Los planes de seguridad se consideran unas buenas estrategias que permiten tanto al individuo o paciente como al médico, reconocer las señales de advertencia y desencadenantes para que pueda gestionar una crisis de manera constructiva. El plan

de seguridad ayuda al individuo a reducir el riesgo ante los pensamientos suicidas tomando medidas para reducir el riesgo promoviendo el afrontamiento y utilización de recursos durante situaciones estresantes, como buscar la ayuda que requiere. De igual manera, un plan de seguridad realizado de manera conjunta entre el paciente, el médico y cualquier miembro del equipo multidisciplinar de abordaje puede ayudar en el reconocimiento temprano del paciente y así satisfacer las necesidades del mismo (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

La evidencia reciente indica que incluso una intervención de planificación de respuesta a crisis de una sola sesión puede ser eficaz para reducir las ideas y los intentos suicidas (Deweke, A. R., & Bridges, A. J., 2018).

### ***Programas de capacitación y educación continua en salud mental***

La investigación ha demostrado que los programas de capacitación y educación continua forman parte de las estrategias que permiten la identificación y prevención del suicidio. Se describe en la literatura la eficacia de los programas educativos para médicos generales y en atención primaria, se menciona que la eficacia de un programa educativo de cinco años de duración sobre el manejo de la depresión, dirigido a médicos generales, en una zona principalmente rural de Hungría, mostró que la tasa de suicidio anual en la región de intervención disminuyó significativamente del promedio de 5 años previo a la intervención de 59,7 a 49,9 por 100.000 habitantes; siendo la más baja observada en todo el país (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H., 2022).

Los programas de educación continua para médicos de atención primaria consisten en instrucción sobre la evaluación y detección del riesgo suicida, brindado por profesionales certificados, que incluyen material como folletos escritos, presentaciones orales, discusión, presentaciones grabadas en video, juegos de roles, retroalimentación sobre el tema del suicidio, incluso estrategias de capacitación autodidactas. La educación profesional es la base de programas como el Proyecto STORM, un programa para la enseñanza y capacitación de médicos generales en Inglaterra para la detección de pacientes en riesgo suicida, que mediante intervenciones cortas y breves a lo largo de 6 meses dio resultados positivos (Deweke, A. R., & Bridges, A. J., 2018).

La educación al personal de salud en general y en atención primaria tiene resultados positivos como cambios en las actitudes y la confianza del personal sanitario a la hora de evaluar y gestionar el riesgo de suicidio en la población, ya que les brinda mayores habilidades y herramientas para detectar las señales de alerta en suicidio. La detección es especialmente importante en entornos de atención primaria debido a su mayor alcance en comparación con otras especialidades (Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018).

### ***Estrategias de atención primaria centradas en la persona***

La prestación de servicios sanitarios implica en la gran mayoría de las ocasiones una interacción personal entre el profesional y la persona atendida o que consulta. La atención centrada en la persona tiene como pilar la longitudinalidad de la atención. Según lo planteado por Engel (1977), una asistencia basada en la ubicación cultural, histórica y comunitaria de la persona mediante un enfoque biopsicosocial (Zurro, 2018).

La atención centrada en la persona permite adaptar a sus valores, necesidades y expectativas, así como a los de su entorno, las actuaciones sanitarias generadas a partir de un diálogo basado en la confianza mutua y en el respeto (Zurro, 2018).

Incorporar el concepto anterior a la valoración de las personas en riesgo suicida es indispensable, ya que permite valorar de forma más integral la persona en su totalidad y abordar cada uno de sus aspectos biopsicosociales, mismos que podrían comportarse a su vez como factores de riesgo o factores protectores frente al suicidio.

### ***Servicios universales de detección del suicidio en atención primaria y a múltiples niveles de los programas de atención en salud***

Los entornos sanitarios desempeñan un papel importante en la prevención del suicidio mediante la detección y la gestión del riesgo de suicidio. Todos los trabajadores de la salud, independientemente de su área de especialidad, pueden contribuir a una prevención eficaz del suicidio (Dillon, C. B., Saab, M. M., Meehan, E., Goodwin, M. J., Murphy, M., Heffernan, M. S., Greaney, M. S., Kilty, C., Hartigan, I., Chambers, D., Twomey, U., & Horgan, A. , 2020).

Centros de salud calificados que incluyan servicios universales de detección del suicidio que cuente con los datos demográficos, las condiciones médicas específicas de su población, datos sobre el comportamiento suicida y cantidad de suicidios, esto permite una caracterización para la evaluación y gestión del riesgo suicida por parte de profesionales capacitados en este campo. Idealmente, estos servicios deben contar con un sistema de registro de datos que permitan recabar información para clasificar a los pacientes según su riesgo, sea alto o muy alto, agudo o crónico, esto con el objetivo de dar respuesta a los pacientes en crisis aguda, darles seguimiento o derivación según corresponda (Deweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018).

Los datos publicados en un estudio realizado en 2018 por colaboradores de la Clínica Mayo en EEUU, la Universidad Nacional de Seúl y de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins EEUU, recomiendan como rutina en la práctica la detección de ideas e intenciones suicidas en pacientes deprimidos en los consultorios de médicos de atención primaria, departamentos de emergencia y clínicas ambulatorias de psiquiatría (Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort, J. L., Sutor, B., Croarkin, P., & Bobo, W. V., 2018).

Parafraseando lo publicado en un documento técnico de la OMS, publicado en 2020, la detección y atención de los pacientes con patología mental o en riesgo suicida en la comunidad es una estrategia eficaz para reducir la discapacidad y los síntomas, garantizan una mayor aceptación, menos hospitalizaciones, mejoran el funcionamiento social y se traduce en menos suicidios (OMS, 2020).

### ***Estrategias de detección basadas en terapia cognitivo conductual digital***

Estrategias de evaluación momentánea o detección de la conducta suicida de forma digital que responda a las necesidades y altas fluctuaciones de la ideación suicida (Büscher, R., Beisemann, M., Doeblner, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Caelear, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., P, 2022)

### ***Estrategias de detección mediante pruebas de comportamiento computarizadas***

Una de las cuestiones más importantes a la hora de mejorar los esfuerzos de prevención del suicidio es mejorar la evaluación del riesgo de suicidio en entornos

clínicos, donde la evaluación de riesgos es uno de los problemas más desafiantes que enfrentan los médicos que buscan mantener la seguridad individual de sus pacientes, como los investigadores, que buscan comprender cómo predecir y prevenir mejor el suicidio a mayor escala. Una de las estrategias de evaluación de riesgos es pedir a los pacientes que informen sobre su propio nivel de riesgo, sin embargo, aunque autoinforme proporciona información crucial sobre pensamientos suicidas y comportamientos pasados, es limitado porque es posible que las personas no informen con precisión su riesgo de suicidio actual o futuro (Millner, A. J., Coppersmith, D. D. L., Teachman, B. A., & Nock, M. K., 2018).

Para superar las limitaciones del autoinforme y mejorar la evaluación de riesgos, los investigadores han desarrollado marcadores más objetivos de riesgo suicida mediante pruebas de comportamiento computarizadas, como la Prueba de Asociación Implícita (D-IAT). El D-IAT, es una herramienta de aplicación digital que utiliza el tiempo de reacción de las respuestas del teclado (o pantalla táctil) para medir cogniciones implícitas de los pacientes. Las medidas implícitas son prometedoras porque pueden brindar acceso a niveles de riesgo de suicidio en los pacientes y su gravedad, mismos que no se pueden alcanzar mediante la autoevaluación (Millner, A. J., Coppersmith, D. D. L., Teachman, B. A., & Nock, M. K., 2018).

En entornos clínicos aplicados, la carga del paciente asociado con la realización de herramientas de evaluación, en términos de tiempo, demanda cognitiva puede resultar contraproducente, por lo tanto, una versión breve de evaluación puede mejorar su utilidad clínica, reducir la tarea en un minuto o dos, pueden aumentar tanto la viabilidad como las tasas de participación y de esta forma ser utilizada como una herramienta de detección de riesgo en salud mental y atención primaria (Millner, A. J., Coppersmith, D. D. L., Teachman, B. A., & Nock, M. K., 2018).

#### **5.4. Estrategias contra el suicidio que están dirigidas a sensibilizar al personal de salud frente al riesgo suicida**

La sensibilización es importante porque las personas afectadas por problemas mentales y las que están en riesgo de autolesión o suicidio sufren violaciones de sus derechos humanos, estigmatización y discriminación. Esas personas pueden ser sometidas a una extrema estigmatización y discriminación debido a las muy difundidas ideas erróneas acerca de las causas, naturaleza de la autolesión y el suicidio, pueden ser víctimas de abuso físico y sexual (OMS, 2020).

Estas personas a menudo se ven restringidas en el ejercicio de sus derechos políticos y civiles, como el derecho a votar, a casarse o iniciar una familia, debido al supuesto erróneo de que las personas con patología mental no pueden cumplir sus responsabilidades, tomar decisiones acerca de su vida, participar plenamente en la sociedad en los asuntos públicos, incluida la toma de decisiones políticas, pueden estar recluidas en sus hogares o en sitios tradicionales o religiosos de curación, enfrentan barreras significativas para asistir a la escuela y encontrar empleo, lo cual lleva a una mayor marginación, educación deficiente y reducción de sus oportunidades laborales (OMS, 2020).

La sensibilización promueve los derechos de las personas con trastornos y las que corren el riesgo de autolesión o suicidio, asegurando que sus necesidades sean satisfechas por servicios de salud mental.

Tomando en cuenta lo anterior y que las personas con que se suicidan han visitado a su proveedor de salud principal, la atención se centra ahora en que los proveedores de atención médica entre ellos los médicos de atención primaria, para que tomen conciencia de los factores que aumentan el riesgo de suicidio y deriven a estas personas a profesionales de la salud mental para algún tipo de intervención o tratamiento. Los costos de la detección del suicidio son mínimos, requiere algo de trabajo, de tiempo, uso de cuestionarios que no implican costes exorbitantes. Los últimos datos revelan que menos del 20% de los médicos de atención primaria examinan a sus diferentes pacientes para detectar factores de riesgo suicidas. Todos los miembros del equipo sanitario, incluidos médicos, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas y personal auxiliar, deben estar alerta

ante signos de posible suicidio, y aquellos con mayor formación clínica pueden iniciar el proceso de detección. Este enfoque de equipo e interprofesional puede ayudar a prevenir los intentos de suicidio (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).

Las víctimas de suicidio muestran una dependencia principal de los profesionales de atención primaria en todos los países, algunos datos indicaron que el 50 - 57% de los fallecidos tuvo contacto con servicios de salud mental en algún momento de su vida, siendo los profesionales de atención primaria los más propensos a tener una relación establecida con los pacientes y tener una comprensión más completa de su historial de la salud, por lo que es más probable que los pacientes que presenten IS o tengan una crisis que aumente el riesgo de cometer suicidio busquen ayuda de los profesionales de atención primaria (Deweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018, Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

Los estudios muestran que entre el 80% y el 90% de los fallecidos por suicidio aumentaron su contacto con profesionales de atención primaria durante el año y los meses previos a su suicidio y 44% de los fallecidos por suicidio tuvieron contacto con atención primaria en su último mes de vida, lo cual indica que existen oportunidades para que los profesionales de la salud identifiquen a estos pacientes y sus factores de riesgo de suicidio y ofrezcan opciones de abordaje y tratamiento (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

Algunos estudios muestran que, durante su última visita a los profesionales de atención primaria, el 90% de los pacientes que cometieron suicidio en Reino Unido revelaron su SI a los proveedores de atención primaria, por lo que ante esta situación se remitieron estos pacientes a servicios psiquiátricos desde atención primaria. Sin embargo, hay datos que indican que muchos de los proveedores de atención primaria no están seguros de cómo interpretar el significado de IS o lo expresaban sus pacientes al respecto, algunos consideran esto como formas de llamar la atención o minimizan el riesgo del suicidio (Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020), (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

Aunque muchos recomiendan capacitación adicional para mejorar la competencia y sensibilización en esta materia, entre los de los profesionales de la salud los resultados

son modestos, por lo que se enfatiza en la importancia de reforzar el aprendizaje en entornos académicos y monitorear la competencia y el cumplimiento en las organizaciones de atención médica (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

Con relación a lo anterior, la literatura menciona que los programas de prevención deben considerar la capacitación del personal profesional, la inversión en materiales y equipos, además de los aspectos culturales de la población objetivo. Sin embargo, diversos autores insisten en la necesidad de mejorar la comprensión de un fenómeno multiforme (riesgo, ideación suicida, autolesión no suicida, intentos de suicidio, suicidio), multifactorial (factores asociados), multicontextual (comunidades diversas), especialmente, en profundizar los vacíos de la trayectoria y los mecanismos de transición entre una forma de comportamiento suicida a otra. No obstante, también incluye mejorar las prácticas institucionales para incrementar el conocimiento en los servicios de salud y de la salud mental como una necesidad (Suárez, 2023). Por lo tanto, los profesionales en salud o afines cuenten con este conocimiento podría ayudar a entender las condiciones que predicen los intentos con fines suicidas en la población.

Una revisión de la literatura centrada en mejorar la capacidad de los profesionales de atención primaria para detectar y tratar la IS y prevenir el suicidio produjo cuatro recomendaciones principales:

- Educar a los profesionales sobre los riesgos de pensamientos y conductas suicidas.
- Proporcionar exámenes de detección de pacientes para identificar riesgo de suicidio y alteraciones del estado de ánimo.
- Utilizar intervenciones basadas en evidencia, incluidos equipos colaborativos y multidisciplinarios.
- Evaluar la presencia de factores de riesgo de suicidio y gestionar el riesgo de suicidio cuando surgen síntomas (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

Muchos profesionales sanitarios, entre ellos en atención primaria, independientemente de su disciplina, dudan de tener conocimientos y habilidades

suficientes para intervenir a los pacientes con ideación suicida, las asociaciones profesionales y los investigadores recomiendan más capacitación para aumentar la sensibilización y el conocimiento basado en evidencia, el uso adecuado de instrumentos objetivos, lo cual podría aumentar la confianza en sí mismos de los profesionales de la salud al evaluar y tratar a los ideadores suicidas. En la actualidad, faltan pruebas científicas que orienten los programas de formación (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

La literatura también sugiere la necesidad de abordar actitudes negativas y mitos de los profesionales como que los pacientes que hablan sobre IS buscan atención o que el suicidio no se puede prevenir (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

La educación al personal de atención primaria tiene resultados positivos como cambios en la actitud y la confianza del personal sanitario para evaluar y gestionar el riesgo de suicidio en la población (Deweke, A. R., & Bridges, A. J., 2018), de lo anterior, se puede inferir que la educación continua sobre el tema, genera una sensibilización respecto al suicidio y permite un cambio positivo en los profesionales.

***Descripción de algunas estrategias que pueden emplearse para sensibilizar al personal de salud y afines frente al riesgo suicida***

*Programas de capacitación y educación continua en salud mental:*

Las investigaciones han demostrado que la detección del riesgo de suicidio en los entornos sanitarios puede garantizar que abarque una mayor cantidad de personas en riesgo, sin embargo, cuando el personal sanitario está mal informado sobre la identificación del suicidio, es menos probable que se identifique a las personas en riesgo. Debido a lo anterior, se ha recomendado ampliamente la capacitación del personal de atención médica para mejorar el conocimiento, la concientización sobre el suicidio y las autolesiones como un componente importante de cualquier estrategia de prevención del suicidio (Gask et al., 2006; King et al., 2017; Rayner et al., 2019; Wee et al., 2018 como citado en Dillon, C. B., Saab, M. M., Meehan, E., Goodwin, M. J., Murphy, M., Heffernan, M. S., Greaney, M. S., Kilty, C., Hartigan, I., Chambers, D., Twomey, U., & Horgan, A., 2020).

Una revisión sistemática consultada, menciona que las estrategias utilizadas para promover la concienciación sobre el riesgo de suicidio y autolesión entre el personal de salud incluyeron programas educativos y de capacitación grupal, programas educativos en salud mental digitales y en línea y una campaña de carteles educativos (Dillon, C. B., Saab, M. M., Meehan, E., Goodwin, M. J., Murphy, M., Heffernan, M. S., Greaney, M. S., Kilty, C., Hartigan, I., Chambers, D., Twomey, U., & Horgan, A. , 2020).

Los programas de educación continua para personal de salud que consisten en instrucción sobre la evaluación y detección del riesgo suicida, brindado por profesionales certificados, que incluyen material como folletos escritos, presentaciones orales, discusión, presentaciones grabadas en video, juegos de roles, retroalimentación sobre el tema del suicidio, incluso estrategias de capacitación autodidactas (Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018).

Los programas de capacitación y educación continúan dirigidos a la población o bien directamente al personal de salud son indispensables como estrategia para crear sensibilización en materia de salud mental y suicidio, ya que el personal capacitado y entrenado es capaz tomar conciencia sobre la salud mental, factores protectores y factores de riesgo frente al suicidio, tanto propios como de los demás. Estos programas brindan la oportunidad para adquirir herramientas para la identificación, prevención y manejo del riesgo suicida.

#### *Programa Guardianes:*

Un guardián es toda persona que pueda identificar a alguien en riesgo de suicidio dentro de ellos se incluye a los proveedores de salud (Suárez, 2023).

Los programas de formación de guardianes tienen el objetivo de entrenar personas para la identificación de aquellos que se encuentran en riesgo de suicidio, son programas que han demostrado ser efectivos para la prevención del suicidio y se han llevado a cabo en países como Canadá bajo la Asociación Canadiense de Salud Mental, EEUU, Kenya, Malasia, Guyana, Japón entre otros (OPS, 2021).

Según la bibliografía, estos programas junto con las intervenciones en educación, mostraron un aumento en el conocimiento sobre el suicidio y la prevención del suicidio

en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control, pero con un nivel de evidencia bajo (Pistone, I., Beckman, U., Eriksson, E., Lagerlöf, H., & Sager, M. , 2019).

De lo anterior, se puede concluir que un proceso de formación, dirigido a formar guardianes en el sector de la salud, puede sensibilizar a esta población en la identificación temprana de pacientes en riesgo de suicidio.

*Programa MATES:*

El programa MATES in Construction (MATES), se creó en Queensland en el 2007, según su sitio oficial dicho programa busca crear conciencia sobre el suicidio como un problema prevenible, forma personas y trabajadores resilientes, fomenta mejores prácticas de salud mental en prevención del suicidio, en los lugares de trabajo y en un entorno comunitario (MATES, 2023).

*Programa PROSPECTO:*

Programa de capacitación instaurado en EEUU, de capacitación profesional dirigida a médicos generales, para detección de depresión y prevención del suicidio. Logrando reducir las puntuaciones hasta en 13 puntos porcentuales en la escala de ideación suicida en los pacientes bajo intervención (Roscoat et al, citado por Solano, 2018) (Deweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018).

*Programa See Mee:*

Es un programa desarrollado en Escocia para poner fin al estigma y la discriminación en materia de salud mental, trabaja en tres esferas principales:

- La educación en salud mental.
- En los lugares de trabajo el programa permite mejorar las políticas y prácticas que pueden evitar discriminación.
- En la atención de salud fomenta la formación del personal de salud para que este sea consciente de las repercusiones negativas que tiene dar una respuesta no compasiva a quienes requieren atención en salud mental (OPS, 2021).

*Zero Suicide*: La Iniciativa Zero Suicidio es un marco estratégico propuesto por la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio y la Alianza de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio, surge como una estrategia para la prevención del suicidio en los EEUU (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

Descrito a profundidad en su página <http://zerosuicide.sprc.org/>, es un ejemplo de un enfoque programático que utiliza un enfoque de sistemas multinivel para prevenir el suicidio de pacientes en los sistemas de salud. Enfatizan la necesidad de un compromiso organizacional con el objetivo de eliminar los suicidios aumentando la competencia de los profesionales de la salud y utilizando estrategias continuas de mejora de la seguridad y la calidad. Para lograr el éxito, es importante que todos los profesionales de la salud se sientan apoyados y que existan cambios en las políticas y procesos fomenten un mejor trabajo en equipo, comunicación, colaboración y sensibilización (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023). El sitio web zero suicide resume el enfoque de la siguiente manera:

- Liderar un cambio cultural en todo el sistema comprometido con la reducción de los suicidios.
- Formar una fuerza laboral competente, segura y solidaria.
- Identificar a las personas con riesgo de suicidio mediante evaluaciones integrales.
- Involucrar a todas las personas en riesgo de suicidio mediante un plan de gestión de atención al suicidio.
- Tratar los pensamientos y conductas suicidas mediante tratamientos basados en evidencia.
- Atención cálida, transferencias y contactos de apoyo.
- Mejorar las políticas y procedimientos a través de la mejora continua de la calidad y atención en salud (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

El modelo destaca la necesidad de liderazgo, compromiso con la seguridad tanto al paciente como al personal que atiende, establecer altos estándares de atención clínica para pacientes en riesgo suicida. El modelo enfatiza la necesidad de capacitación continua

en estrategias breves de prevención del suicidio basadas en evidencia, para abordar directamente la prevención del suicidio (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

Se recomienda la implementación de un protocolo sistemático de atención al suicidio, dichos programas deben incluir elementos tales como detección continua, intervención colaborativa de planificación de seguridad, acceso a atención especializada, reducción de medios letales, monitoreo durante períodos de alto riesgo y apoyo durante las transiciones de atención, como el alta del servicio de urgencias o del hospital (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

La implementación de este programa se correlacionó con una reducción de la tasa de suicidio en su población de pacientes en un 75% ( $p = 0,007$ ), de aproximadamente 89 por 100.000 al inicio en el año 2000, estos hallazgos correlacionales preliminares son prometedores (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

En la literatura consultada sobre este modelo de atención en salud mental se aconseja la adopción del modelo de prevención del suicidio Zero Suicidio en la formación de residencia, hacerlo puede proporcionar un enfoque organizado e integrado para trabajar con pacientes suicidas (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

Una reciente iniciativa educativa que busca la mejora de la calidad en el programa de residencia en psiquiatría del Medical College of Wisconsin buscó incorporar elementos de la Iniciativa Zero Suicidio en la atención clínica, aumentaron el uso de planes de seguridad del 10 al 52%, se centraron en la restricción de recursos, llevaron a cabo un taller centrado en los aspectos emocionales y profesionales que surgen a raíz de una pérdida de un paciente por suicidio e instituyeron rondas de atención de calidad (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

Es un enfoque para mejorar la enseñanza en la prevención del suicidio y tiene el potencial de proporcionar un marco integral y ayudar a consolidar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la prevención del suicidio (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

Los modelos de formación de residencia que se enfoquen en la enseñanza y prevención del suicidio, siguiendo el modelo Zero Suicidio, pueden generar una mayor conciencia sobre la atención médica de esta condición, y pueden ayudar a prevenir el suicidio mediante la integración de recomendaciones como la evaluación del riesgo de suicidio en los pacientes, el uso de herramientas estandarizado de las herramientas de evaluación como C-SSRS, evaluación de factores protectores, la elaboración y supervisión de planes de seguridad para los pacientes y el seguimiento posterior al alta de los pacientes (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

Los elementos del modelo Zero Suicidio han sido adoptados por los sistemas hospitalarios y otros entornos de atención como el Departamento de Psiquiatría del Estado de Nueva York y de la Universidad de Columbia, donde están evaluando la implementación generalizada de Zero Suicidio en clínicas ambulatorias de salud que atienden a más de 80.000 pacientes (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

*El modelo de Gestión del Riesgo Terapéutico del Paciente Suicida (TRMSP):* Es modelo clínicamente sólido para ayudar a los psiquiatras en la evaluación del riesgo de suicidio y la gestión del tratamiento, se adaptó para su uso con equipos interprofesionales, este modelo se basa en como evaluar el riesgo de suicidio, documentar el riesgo y luego desarrollar un plan de tratamiento centrado en el paciente para personas que se sabe que presentan IS (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

Los defensores del modelo interprofesional TRMSP sugieren que incorporarlo a la práctica aumentaría el conocimiento y las habilidades basados en evidencia de enfermeras, trabajadores sociales y médicos sobre la detección y la evaluación del riesgo de suicidio, mejorando así el acceso a la atención. En última instancia, la continuidad de la atención puede mejorarse si todas las disciplinas comprenden y comparten un modelo común que permita una mejor colaboración, el trabajo en equipo y la estratificación del riesgo de suicidio, lo que permite a todas las disciplinas comprender mejor el estado del paciente a lo largo de la trayectoria de la atención (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023).

*Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP):* En consonancia con lo anterior y siguiendo la línea de la capacitación se debe promover lo mencionado por OMS en un documento técnico elaborado en el 2020, sobre el programa mhGAP creado en 2008, e incentivar la capacitación en dicho programa, con el objetivo de ampliar los servicios de salud mental en entornos de salud no especializados para lograr una cobertura de salud universal. Comprende un manual operativo que es un componente integral del paquete del mhGAP dirigido a brindar apoyo a los directores y gerentes de salud distritales y otros responsables de integrar los servicios de salud mental y física (OMS, 2020).

La capacitación establece las competencias en los proveedores de atención de salud (médicos de familia, auxiliares clínicos, enfermeras, parteras y otro personal general) en relación con la atención de salud mental (OMS, 2020). Se requiere coordinación con especialistas en salud mental para garantizar la prestación óptima de los servicios, el apoyo continuo y la supervisión. Estos principios también se aplican a los programas de capacitación en programas de intervención humanitaria y programas de las intervenciones psicológicas (OMS, 2020).

Los manuales de capacitación del mhGAP constituyen una forma de educación continua, esto permite ampliar las actitudes, los conocimientos y las aptitudes de los proveedores de atención sanitaria, principalmente mediante un bloque de capacitación clínica, con conferencias, enseñanza activa y prácticas orientadas al tipo específico de formación (OMS, 2020).

El objetivo de la capacitación previa al servicio es introducir las habilidades básicas de educación sanitaria. La capacitación del servicio en salud fomenta la utilización de los recursos existentes por lo que a menudo no requiere fondos del ministerio de salud u otros adicionales. La integración de la atención de salud mental y su aceptación como una habilidad esencial en el profesional reducirá la estigmatización del sujeto y de sus profesionales (OMS, 2020).

La capacitación debe ser pertinente para atender las necesidades de salud mental de la población local, debe tener en cuenta los conocimientos y las aptitudes que ya

tienen los proveedores de atención de salud al adaptar el mhGAP al contexto local (OMS, 2020).

Los manuales de capacitación del mhGAP siguen el modelo en “cascada”, con dos niveles: capacitadores principales que instruyen a los facilitadores, quienes luego capacitan a los proveedores de atención de salud no especializada (OMS, 2020). El modelo en cascada es ideal en entornos en los cuales hay algunos servicios de salud mental y especialistas que pueden actuar como facilitadores principales; de ese modo, se mejoran las vías de referencia después de la capacitación y la supervisión (OMS, 2020)

El modelo en cascada consta de las siguientes fases:

- Capacitación de capacitadores y supervisores: El objetivo es conseguir que estos grupos tengan las aptitudes requeridas y desarrollen su capacidad para educar a personal no especialista o proporcionar supervisión (OMS, 2020).
- Capacitación de proveedores de atención de salud: El objetivo es familiarizar a los proveedores con conceptos clínicos de la atención de salud mental como la evaluación clínica y el manejo. También se puede capacitar a otro personal del sistema de salud (OMS, 2020).
- Capacitación de los responsables de la formulación de políticas y los planificadores en salud: Los directores distritales de salud y los miembros de los equipos operativos del mhGAP pueden también beneficiarse con los talleres de intercambio de conocimientos y los recursos de capacitación y supervisión del mhGAP (OMS, 2020).

La capacitación de los responsables de elaborar políticas en salud mental, según lo anterior es indispensable, debido que esta estrategia aumentaría la sensibilización frente a la problemática del suicidio, le acerca más a la realidad y podría ayudar a crear políticas de salud pública más acertadas y efectivas en materia de prevención y abordaje del suicidio (OMS, 2020).

- Capacitación de los trabajadores comunitarios y trabajadores sociales: Los trabajadores comunitarios y los trabajadores sociales están singularmente

posicionados y capacitados para identificar a las personas con enfermedades psiquiátricas y a quienes pueden estar en riesgo de suicidio. Capacitar a estos trabajadores puede reducir la estigmatización, proporcionar educación y otras intervenciones psicosociales, vigilar la observancia de la medicación y proporcionar enlaces con los recursos y los servicios de rehabilitación existentes en la comunidad (OMS, 2020).

Parafraseando lo publicado por la OMS 2020, la concientización o sensibilización en el contexto de la implementación del mhGAP a nivel local puede incluir la difusión de información a diversos grupos: personas con patología mental y sus familias, proveedores de atención de salud (especialistas y no especialistas), trabajadores comunitarios, curanderos tradicionales y religiosos, maestros de escuela y otros líderes de la comunidad, ONG, interesados directos del gobierno y el público en general (OMS, 2020).

Pasos para implementar recursos de sensibilización o concientización en temas de salud mental, estos incluso pueden ser extrapolables al tema del suicidio:

- Paso 1. Identificar las actividades de concientización que son apropiadas localmente y el público meta:
  - Impartir talleres sobre el tema mediante reuniones presenciales.
  - Fomente empoderamiento de personas con patología mental a ser parte integrante del equipo operativo del mhGAP para encabezar actividades encaminadas a reducir la estigmatización y la discriminación en la comunidad.
  - Busque colaboración con grupos de usuarios de los servicios de salud y grupos de cuidadores en la comunidad para concientizar acerca de la salud mental.
  - Concientice durante las visitas a escuelas y las reuniones de la comunidad.
- Paso 2. Adapte los materiales del mhGAP, prepare materiales de información, educación y comunicación para satisfacer las necesidades del público destinatario y difunda los materiales adaptados y traducidos sobre la concientización. El

suministro de información al público sobre este tema puede crear una demanda de servicios de salud y mejorar las actitudes hacia las personas y sus familias.

- Paso 3. Concientice al personal de los servicios comunitarios y al personal de los establecimientos de salud: Haga participar a los proveedores de atención de salud, los trabajadores de la comunidad y a otros miembros de la comunidad en las actividades para mejorar la atención de salud mental prestada por el personal. Concientice durante las visitas a escuelas y las reuniones de la comunidad (OMS, 2020).

*Promover entre los profesionales en salud la importancia de la propia gestión de su salud mental:*

La sensibilización sobre la salud mental puede reducir el estigma y actitudes negativas hacia los trastornos mentales y promueve la búsqueda de ayuda o acceso a la atención en salud mental (Suárez, 2023). La concientización en el tema puede mejorar la comprensión, cambiar las actitudes y el comportamiento relacionados en las personas con patología mental (OMS, 2020), por lo tanto, el ser consciente de su propia salud mental es tan importante como contar con las capacidades prácticas y conocimientos teóricos de abordaje en salud mental y de los pacientes en riesgo suicida.

La gestión adecuada de la propia salud mental es tan importante que incluso se menciona en la bibliografía:

Las personas con patología mental contribuyen a la concientización en sus distritos al relatar las ventajas de su propia atención y aportar su pericia y habilidades en la toma de decisiones acerca de los servicios de salud mental.

Las personas con patología mental y sus cuidadores pueden participar directamente en la implementación de programas como el mhGAP y también se las puede alentar a establecer grupos de apoyo o unirse a los grupos locales existentes y establecer grupos de pares en salud mental... (OMS, 2020).

Mejorar la capacidad para detectar signos de problemas de su propia salud mental y aumentar el acceso al tratamiento puede contribuir a reducir la estigmatización, aumentar el grado de comprensión sobre el tema y detectar signos de problemas en salud mental de otras personas (OMS, 2020).

Referente al tema, con la creación de la Ley de Salud y Seguridad Ocupacional de 1970 se estableció el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) como una agencia de investigación centrada en el estudio de la seguridad y salud de los trabajadores con el objetivo de crear lugares de trabajo seguros y saludables, incluyendo el tema de la salud mental y prevención del suicidio (CDC, 2023).

NIOSH es parte de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos en EEUU, esta entidad ha creado estrategias para el abordaje de la salud mental entre los trabajadores (CDC, 2023).

NIOSH cuenta con programas de investigación en salud mental, socios en todos Estados Unidos para el trabajo colaborativo en esta materia, y dentro de los objetivos se encuentran:

- Crear conciencia sobre los problemas de salud mental, incluido el riesgo de suicidio propio y en las demás personas.
- Eliminar las barreras para acceder a la atención en salud mental.
- Identificar apoyos en el lugar de trabajo y en la comunidad para los trabajadores de la salud.
- Reducir el estigma relacionado con la búsqueda y recepción de atención de salud mental.
- Identificar y mejorar datos, herramientas de detección, capacitaciones, recursos y políticas para abordar la salud mental de los trabajadores de la salud.

#### *Programa de abordaje colaborativo en salud mental*

El abordaje colaborativo, es una estrategia que permite el trabajo en equipo entre profesionales en salud que brindan atención en salud mental a pacientes en diferentes

entornos como atención primaria, y entre los profesionales especialistas en salud mental como los psiquiatras, este enlace permite el abordaje conjunto de los pacientes, donde el psiquiatra ejerce funciones de orientación, supervisión especialmente en casos complejos, además ejerce funciones de educación y capacitación en salud mental a otros profesionales en salud.

En los Estados Unidos los psiquiatras de las unidades de pacientes hospitalizados actúan como proveedores primarios y supervisan el alta de los pacientes en riesgo, sin embargo, existe un modelo de atención llamado el modelo colaborativo en salud mental, en el que los psiquiatras brindan un servicio de enlace en los hospitales y las unidades de atención médica, evalúan el riesgo de suicidio en los pacientes y pueden desempeñar funciones de supervisión clínica para otros médicos de salud mental (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

Es importante recalcar, el aumento de los modelos de atención colaborativa en atención primaria, donde los psiquiatras deben contar con las habilidades, los conocimientos y la familiaridad clínica necesaria para la prevención del suicidio, esto de forma conjunta con un médico de atención primaria (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

Algunos estudios mencionan que una de las barreras en atención en salud mental, es el acceso a servicios especializados cuando se derivan los pacientes que necesitan intervención, mencionan barreras de comunicación con estos profesionales, por el abordaje colaborativo es indispensable, planteando un abordaje desde atención primaria y mediante el trabajo en equipo se evitaría la necesidad referir a sus pacientes.

Esta es una estrategia de prevención del suicidio que ha sido fomentada en diferentes programas de capacitación dirigidos a profesionales en salud, como el realizado entre el 2017 y 2018 en países bajos por la Red de Acción para la Prevención del Suicidio (SUPRANET), concluyendo que es una estrategia útil para mejorar las prácticas de prevención del suicidio. La capacitación aumentó la concientización y el conocimiento de los médicos de atención primaria sobre la prevención del suicidio, lo que facilita el reconocimiento de los pacientes suicidas (Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020).

### **5.5. Estrategias oportunas de prevención del suicidio con las que cuenta el personal de salud**

La mayoría de suicidios que ocurren a nivel mundial se dan en países de ingresos bajos y medios en hasta 79%, este es un dato que justifica la investigación sobre intervenciones efectivas de prevención del suicidio a nivel mundial. En PIBM este problema se ve agravado por desafíos importantes en la atención médica, la infraestructura de salud pública y otros aspectos económicos y sociales, lo que crea una amplia brecha entre la carga del suicidio, la implementación y difusión de programas de prevención eficaces (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).

La literatura mundial sobre el suicidio ha revelado una heterogeneidad sustancial entre los pacientes, los factores de riesgo y de protección del suicidio en todas las culturas y regiones geográficas, por lo tanto, los investigadores y profesionales deben delimitar cuidadosamente para quién y en qué condiciones funcionan las intervenciones (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).

Algunos estudios surgieron cuatro componentes principales de las intervenciones contra el suicidio en la atención primaria: (a) educar a los profesionales, (b) detectar el riesgo de suicidio y/o los trastornos del estado de ánimo, (c) controlar los síntomas de depresión y (d) evaluar y controlar el riesgo de suicidio. (Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018).

A continuación, se mencionan más detalladamente algunas de las intervenciones descritas en la literatura consultada.

#### ***Abordaje cognitivo conductuales***

La terapia cognitivo conductual es una modalidad de tratamiento que forma parte del abordaje de los pacientes en riesgo suicida, existen diversas modalidades que se tienen respaldo científico, ejemplo de esto es la terapia conductual dialéctica que teoriza en tratar la desregulación de emocionales, que conduce a la conducta suicida. Esta modalidad ha demostrado ser efectiva para reducir la violencia autodirigida, por lo tanto, representa un elemento para la prevención del suicidio, y debe considerarse en conjunto con otras estrategias para reducir el riesgo de suicidio en la población (DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. , 2019).

Existen estudios sobre intervenciones de asesoramiento basadas en estrategias cognitivo conductuales realizadas en múltiples sesiones de manejo que indican que existe una reducción significativa en la ideación suicida e intentos de suicidio en comparación con los controles que no recibieron estas intervenciones (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).

Una revisión bibliográfica publicada en 2018, menciona que se ha demostrado que la terapia cognitivo conductual, reduce el riesgo suicida e intentos de suicidio posteriores, principalmente enfocados a pacientes de alto riesgo, estas intervenciones incluyen psicoeducación, resolución de problemas, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades de regulación de emociones, aplicando sesiones semanales de una hora, con implementación de tareas frecuentes y monitoreo constante, por lo tanto ante el alto porcentaje de pacientes con riesgo de suicidio que son atendidos en atención primaria, se ha convertido en una necesidad contar con profesionales entrenados, sean médicos o psicólogos como miembros del equipo que brinden atención a estos pacientes, incluso se ha hecho referencia a la atención primaria y a el valor de estos profesionales como la “de sistema de atención de salud mental de facto” (Deweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018) (Suárez, 2023).

### ***Terapia cognitivo conductual digital***

Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual digital y la terapia conductual dialéctica reducen las ideas y los comportamientos suicidas, sin embargo no todas las personas con ideación suicida buscan ayuda profesional, esto se ve limitado por el deseo de resolver el problema por sí mismos, el acceso limitado a los tratamientos, la baja percepción de necesidad y el estigma se han identificado como barreras al tratamiento (Büscher, R., Beisemann, M., Doeblner, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Calear, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., P, 2022).

La terapia cognitivo conductual digital se define como programas basados en Internet o dispositivos móviles que incorporaban múltiples componentes de terapia en varios módulos dirigidos a la población con riesgo suicida. Las intervenciones podrían

incluir apoyo humano adicional, por ejemplo, comentarios por escrito de retroalimentación (Büscher, R., Beisemann, M., Doebler, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Calear, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., P, 2022).

Las estrategias de intervención basadas en terapia cognitivo conductual digital, podrían abordar algunas de las barreras al tratamiento, pueden usarse de forma independiente, son muy accesibles y flexibles y pueden ofrecerse de forma anónima, por lo tanto, podría contribuir a mayores tasas de aceptación del tratamiento. Las intervenciones digitales han ganado importancia adicional durante la pandemia de COVID-19 (Büscher, R., Beisemann, M., Doebler, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Calear, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., P, 2022).

Las intervenciones digitales suelen realizarse a través de ejercicios interactivos, vídeos y elementos de texto, además, normalmente se proporcionan en varios módulos a los que la población meta puede acceder de forma independiente. Estas intervenciones pueden implicar cierto grado de apoyo humano, por ejemplo, comentarios escritos sobre las tareas, este tipo de intervención en terapia cognitivo conductual es relativamente joven, se empezó a utilizar aproximadamente hace 10 años y contiene componentes como psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, elementos de terapia dialéctica conductual y prevención de recaídas, mismas que se han implementado versiones adaptadas en los Países Bajos, Bélgica y Dinamarca ( <https://www.113.nl/heb-je-nu-hulp-nodig/zelfhulpcursus-en-testen/zelfhulpcursus> <https://thinklife.zelfmoord1813.be> ; <https://sos.internetbehandling.dk/> (Büscher, R., Beisemann, M., Doebler, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Calear, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., P, 2022).

La terapia cognitivo conductual digital mostró reducciones significativas de la ideación suicida en comparación con los controles, incluyendo el índice de gravedad ( $b = -0,247$ , IC del 95 %). La tasa de mejora confiable en los síntomas de los pacientes en

intervención fue del 40,5% vs los controles en 27,3%; la tasa de deterioro de los síntomas fue del 2,8% vs los controles en 5,1%. La evidencia actual indica que la terapia cognitivo conductual digital es eficaz para reducir la ideación suicida independientemente de la edad, el sexo y los intentos de suicidio previos, pero se necesitan más estudios que valoren rigurosamente la conducta suicida y los motivos de abandono de la terapia (Büscher, R., Beisemann, M., Doebler, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Calear, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., P, 2022).

El análisis de datos condujo a un metanálisis de datos agregados encontraron los primeros indicios de que la terapia cognitivo-conductual digital puede reducir la ideación suicida y que los cambios en la ideación suicida asociados con las intervenciones digitales son clínicamente relevantes, con una tasa de mejora del 40,5% con la terapia, sin embargo, la calidad de la evidencia sobre los efectos de la ideación suicida está limitada por una alta tasa de abandono de la terapia (38.4%) en el estudio mencionado anteriormente (Büscher, R., Beisemann, M., Doebler, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Calear, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., P, 2022).

Se requiere de un ensayo multicéntrico a gran escala con seguimiento a largo plazo y una estrategia de evaluación válida de los intentos de suicidio (por ejemplo, datos basados en registros o investigación rigurosa de los casos perdidos) podría revelar efectos potenciales sobre los intentos de suicidio posterior a la intervención, además es imperativo perfeccionar las intervenciones existentes y desarrollar nuevos formatos de intervención para estos pacientes. Los enfoques prometedores podrían ser la integración de elementos que fomenten la adherencia a la terapia o tratamiento, como recordatorios o un mayor nivel de apoyo humano, estrategias de evaluación momentánea o detección digital que responda a las altas fluctuaciones de la ideación suicida (Büscher, R., Beisemann, M., Doebler, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Calear, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., P, 2022).

### ***Restricción del acceso a los medios de suicidio***

La restricción a métodos es reconocida en la mayoría de las estrategias nacionales de la salud pública, como una medida impartida por los profesionales de salud y una recomendación desde la práctica clínica para la familia. Este mecanismo permite la reflexión del individuo ante la contemplación del suicidio. Los entornos seguros deben proporcionarse a las personas con potencial riesgo de suicidio, a través de la restricción de plaguicidas, armas de fuego, agentes farmacológicos, gases tóxicos, puentes, edificios y ferrocarriles (Suárez, 2023).

Históricamente es una de las estrategias de prevención del suicidio que ha mostrado buenos resultados a nivel mundial, ha logrado reducir la cantidad de muertes prevenibles como consecuencia del suicidio y esto se ha demostrado en múltiples estudios descritos en la literatura.

En una revisión sistemática consultada se menciona sobre el tema, que la restricción de los medios de suicidio en Bangladesh, India, Irán y Sri Lanka, se centraron en los efectos de limitar el acceso a los pesticidas o reducir su toxicidad ya que, en estos países, la autointoxicación representaba una alta proporción del total de muertes por suicidio. Se examinó el efecto de las regulaciones sobre la importación o venta de pesticidas implicados en suicidios por este medio, determinando que en Bangladesh, una prohibición nacional de los pesticidas de Clase 1 de la OMS en 2000 dio como resultado una reducción del 37% en las muertes, se estimó que la prohibición evitó casi 35 000 suicidios por pesticidas entre 2001 y 2014, por su parte en la India, un estudio sobre la prohibición nacional del endosulfán en 2011 encontró que hubo aproximadamente 28 600 suicidios menos de lo esperado por intoxicación por pesticidas en 2011-2014. En Sri Lanka, una serie de prohibiciones de los pesticidas de Clase 1 en entre 1980 y 1990 y del paraquat, dimetoato y fentión en la década de 2000 redujo los suicidios por pesticidas con el tiempo y en todos los grupos de edad, incluidos los jóvenes, logrando descensos anuales en las tasas de suicidio, con una reducción del 50 % en los suicidios por pesticidas entre 2011 y 2015, otras medidas utilizadas en Sri Lanka abarcan la distribución de cajas de seguridad para el almacenamiento de los pesticidas y la reformulación del paraquat para reducir su toxicidad, con lo que logró una reducción

adicional en la tasa de suicidios (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).

La OMS ha declarado que una iniciativa integral para controlar los suicidios por pesticidas requiere acciones simultáneas en políticas, vigilancia, gestión médica y programas comunitarios sobre acceso y educación como la manipulación segura de pesticidas, en especial en PIMB (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H. (2022, OMS 2021).

### ***Campañas de sensibilización pública***

Las intervenciones dirigidas a sensibilizar a la población general para que logren identificar los factores de riesgo y lograr la prevención del suicidio buscan crear conciencia sobre gravedad de esta problemática utilizando diversas formas para lograrlo.

Se menciona en la bibliografía que en Irán se han realizado campañas de concientización pública, mencionan una intervención basada en vídeos para desalentar la autoinmolación, centrándose en las mujeres jóvenes, logrando una reducción de los intentos de suicidio por este método (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).

Es necesario recalcar la necesidad de la comunicación responsable en medios de comunicación sobre el suicidio, intentar orientarse en materia de prevención y fomentar la difusión cuidadosa de la información sobre detalles muy explícitos que pueden llevar a suicidios por imitación, lo denominado “efecto Werther” (OPS, 2021) (Suárez, 2023).

La mejor intervención disponible a nivel poblacional para hacer frente a los efectos nocivos de los informes sobre suicidio en los medios de comunicación son las directrices para una información responsable. Estas directrices deberían implementarse y promoverse más ampliamente, especialmente cuando se informa sobre muertes de celebridades por suicidio (Niederkröthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P. S. F., & Spittal, M. J., 2020).

### ***Tratamientos biomédicos***

Existen numerosos factores de riesgo para la conducta suicida como para el suicidio, una persona puede tener uno o más factores de riesgo asociados y las enfermedades mentales vinculadas a este problema son múltiples, por lo que las recomendaciones dadas en este apartado son de carácter general e informativo según algunos datos encontrados en la literatura seleccionada para la elaboración de esta revisión.

Algunos estudios han examinado la eficacia de la ketamina para la ideación suicida, se encontró tanto la ketamina (vía intramuscular como vía oral) como la esketamina redujeron la ideación suicida, sin diferencias significativas entre ambos (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).

Se ha informado algunos datos sobre la eficacia de la estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr), para reducir la conducta suicida durante el seguimiento de los pacientes (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).

Así mismo, estudios indican que tanto el manejo de los factores de riesgo como las enfermedades mentales puede ser una medida eficaz para prevenir el suicidio en la población, según la literatura consultada, por ejemplo el manejo médico y farmacológico de la depresión subyacente es eficaz para reducir las tasas de suicidio e ideación entre pacientes de 60 años o más, incluso menciona que combinar medicación con antidepresivos a las intervenciones con psicoterapia puede reducir hasta un 12.9 % la ideación suicida a 4 meses de tratamiento, esto se ha logrado mediante programas de capacitación adicional en EEUU (Programa PROSPECTO), (Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018).

### ***Abordaje del paciente desde un enfoque de múltiples intervenciones (abordaje multinivel)***

Las intervenciones de abordaje para prevenir el suicidio que se llevan a cabo mediante un enfoque múltiple, trabajando de manera conjunta diversos factores de riesgo desde distintas disciplinas pueden tener mejores resultados que los esfuerzos individuales (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022), (Dueweke, A. R.,

& Bridges, A. J, 2018) (Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M, 2020).

Este modelo fue empleado por primera vez en el 2000 en una región de Alemania (Núremberg), donde el número total de actos suicidas disminuyó un 24% en comparación con una región de control, desde entonces esta estrategia se ha empleado en más de 115 países en todo el mundo (Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020) .

Nepal examinó el efecto de servicios de salud mental, que utilizaba las directrices de la OMS para la atención de salud mental, prestado por trabajadores de atención primaria y se encontró que la ideación suicida disminuyó más rápidamente en los pacientes que tuvieron un abordaje múltiple, mientras que los participantes que recibieron atención estándar tuvieron una reducción más gradual de la ideación suicida durante el mismo período de tiempo. El abordaje multidisciplinario puede reducir las tasas de ideación suicida en pacientes de atención primaria (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022, Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018).

Los esfuerzos de prevención del suicidio tienen el potencial de salvar muchas vidas según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en EEUU, el éxito en la prevención del suicidio es más probable si se aborda en múltiples niveles y en diversos sectores (Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020), (O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N, 2023).

Los hallazgos también muestran que las intervenciones de prevención multinivel son más efectivas que las intervenciones de un solo nivel y que el tamaño del efecto aumenta significativamente con el número de niveles involucrados. En cuanto al sinergismo entre intervenciones, idealmente se produciría un efecto sinérgico de intervenciones multinivel cuando el efecto combinado de las intervenciones sea mayor que la suma de los efectos individuales (Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M, 2020).

Las intervenciones comunitarias multinivel y multifacéticas que combinan diferentes medidas preventivas del suicidio se encuentran entre los enfoques más prometedores para prevenir la conducta suicida (intentos de suicidio y suicidios) (Hegerl, U., Heinz, I., O'Connor, A., & Reich, H., 2021).

El concepto de intervención de 4 niveles de Alianza Europea Contra la Depresión, combina de manera coherente varias intervenciones, de las cuales al menos hay evidencia de efectos preventivos contra el suicidio. Estos incluyen educación de profesionales de atención primaria y salud mental, capacitación de guardianes, intervenciones digitales para la depresión, pautas para los medios de comunicación, una campaña de concientización pública y una reducción del acceso a medios letales (Hegerl, U., Heinz, I., O'Connor, A., & Reich, H., 2021).

***Equipos de tratamiento comunitario asertivo:***

Este término es traducido al español de su versión en inglés Assertive community treatment (ACT). ACT es un enfoque multidisciplinario llevado a cabo aproximadamente desde 1970, por equipos de trabajo especialistas en salud mental, con el objetivo de brindar tratamiento, rehabilitación, apoyo comunitario a personas con enfermedades mentales graves de alto riesgo, la mayoría de los servicios se brindan en el hogar o la comunidad de la persona y están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana (Morse, G., Monroe-DeVita, M., York, M. M., Peterson, R., Miller, J., Hughes, M., Carpenter-Song, E., Akiba, C., & McHugo, G. J, 2020).

Estas intervenciones se han realizado en diferentes estados en Estados Unidos, establecimiento entre los pacientes objetivos de recuperación personal. Estos modelos de abordaje han implementado ampliamente y los estudios experimentales han demostrado que es eficaz para el autocontrol de la enfermedad, la gravedad de los síntomas y la calidad de vida en comparación con el tratamiento habitual. Los participantes en estos programas reportan que las metas personales les ayudaron a concentrarse en la recuperación y a vivir una vida con más propósito, esto debido a que establecer sus propios objetivos, más realistas, favorecen el proceso para lograrlos (Morse, G., Monroe-DeVita, M., York, M. M., Peterson, R., Miller, J., Hughes, M., Carpenter-Song, E., Akiba, C., & McHugo, G. J, 2020).

Los beneficios no solamente se limitan a los pacientes participantes, los profesionales que forman parte de estos equipos de trabajo en salud mental reportan mejores habilidades clínicas, mayor competencia en el establecimiento de objetivos, una mayor satisfacción personal en el trabajo y una mayor conciencia en su trabajo clínico (Morse, G., Monroe-DeVita, M., York, M. M., Peterson, R., Miller, J., Hughes, M., Carpenter-Song, E., Akiba, C., & McHugo, G. J, 2020).

### ***Estrategias mediante del uso de tecnología e Internet***

La proliferación global de aplicaciones, Internet y dispositivos conectados a Internet pueden ofrecer una manera de llegar a más jóvenes en todo el mundo de lo que antes era posible. A nivel mundial, se estima que el 71% de los jóvenes están “en línea” y conectados” (es decir se encuentran en algún grado de interacción en internet), algunos jóvenes prefieren los medios digitales a las formas tradicionales de recibir información sobre salud. Una frontera en la suicidología es descubrir cómo aprovechar la tecnología y los medios digitales para prevenir el suicidio. La pandemia por COVID-19, por ejemplo, llevó al desarrollo de estrategias para brindar y recibir atención en salud, ha creado oportunidades para la innovación tecnológica en la prestación de servicios de salud pública y atención sanitaria para prevenir el suicidio (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).

El avance tecnológico permite un seguimiento cercano de los pacientes en riesgo suicida, un ejemplo extrapolable son los programas “Caring Contacts”, una estrategia que el Departamento de Defensa de EEUU en 2022, una intervención que implica un contacto periódico y personalizado (por ejemplo, enviar una nota breve, un mensaje de texto). La intención es facilitar una sensación de conexión y aumentar las percepciones de apoyo social. Los resultados indicaron un efecto protector contra los intentos de suicidio mediante el uso de esta estrategia. (Skopp, N. A., Smolenski, D. J., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., Edwards-Stewart, A., & Belsher, B. E. , 2023).

Lo anterior es aplicable a la atención médica en atención primaria, desde este nivel se puede llevar a programas de prevención primaria, de abordaje y educación a esta población mediante el empleo de recursos tecnológicos e internet.

## **5.6. Propuesta para sensibilizar al personal de salud frente al riesgo suicida**

Se debe fortalecer e implementar políticas de salud pública que aumenten la sensibilización del personal del sector salud en la identificación y abordaje de la salud mental y suicidio, esto puede lograrse mediante:

- La sensibilización en el tema de suicidio; lo cual es fundamental y debe incentivarse de manera temprana, incluso desde los procesos de formación de pregrado y postgrado en las distintas profesiones de ciencias de la salud y afines, mediante la inclusión de temas en salud mental, identificación y prevención del suicidio, primeros auxilios psicológicos, en el plan curricular académico.
- Programas de promoción de la salud y educación continua, tanto para personal de salud público y privado, como a la población general, que permite divulgar el contenido sobre el suicidio, factores de riesgo, identificación temprana y abordaje, a través de talleres, campañas de información, presencial en centros de salud, entornos comunitarios, redes sociales que sean oficiales del área de salud, lo que tendría mayor alcance a la población.
- Una propuesta para fortalecer el primer nivel de atención y la atención primaria en salud, debe estar orientada a la creación de un programa de educación continua y periódica en materia de salud mental e identificación, tamizaje, prevención y abordaje del suicidio, dirigido a los médicos de atención primaria, esto debido a que es este entorno donde la mayoría de pacientes con factores de riesgo para suicidio consultan.
- Creación de programas de salud mental con un enfoque multidisciplinario y multisectorial como el Programa Guardianes que brinde capacitación y entrenamiento al personal de salud y afines, en la identificación de personas en riesgo de suicidio, brinde primeros auxilios psicológicos y derive al servicio de salud mental correspondiente de forma temprana y oportuna.
- Replicar en los centros de trabajo modelos como el Programa MATES, permitiría crear conciencia sobre el suicidio entre sus trabajadores y colaboradores, fomentaría prácticas de salud saludable y sensibilizaría a los colaboradores en la identificación de los factores de riesgo para el suicidio.

- Programas de capacitación y educación en salud mental basados en los enfoques de programas como PROSPECTO, See Mee, la Iniciativa Zero Suicidio, los programas y recursos mhGAP de la OMS/ OPS, permitiría reducir el estigma asociado al suicidio entre los colaboradores, aumentaría las herramientas, la capacidad de atención y respuesta de estas personas y sus necesidades.
- Creación de protocolos de acatamiento obligatorio, para la atención de pacientes en riesgo de suicidio, tanto en el sector público como privado, servicios de emergencias, hospitalización y entorno comunitario, con el objetivo de brindar atención oportuna, eficiente y eficaz de estos pacientes.
- Promoción de la salud mental entre los profesionales de salud, el profesional que conoce su propio estado, podría tener mayor capacidad para la identificación de las personas en riesgo. Esto se puede lograr si al personal de salud se le brinda la oportunidad de acompañamiento psicológico o psiquiátrico según corresponda, durante los años de ejercicio profesional, mantenimiento de los planes de vacaciones profilácticas para los profesionales con alta demanda laboral, y vacaciones académicas y no solo laborales, para los profesionales que se encuentran cursado los diferentes programas de formación de postgrado en especialidades médicas y ciencias de la salud.
- Implementar el abordaje colaborativo en salud mental en nuestro país, mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención, permite la creación de equipos de trabajo entrenados en salud mental, articulando la atención de forma integral y transdisciplinar entre primer nivel de atención, medicina general, medicina familiar y comunitaria, enfermería, psicología, psiquiatría, salud mental, trabajo social, personal administrativo entre otros, aumentaría la cobertura y la respuesta a las necesidades de la población, lo que puede aumentar la visibilización de la problemática del suicidio y la importancia del trabajo multinivel como medida de prevención.
- Se insta a seguir las recomendaciones propuestas con la *“Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 2016-2021”* desarrollada en Costa Rica, debido a que algunos puntos mencionados en este trabajo guardan relación con esta estrategia nacional.

Esta propuesta debe ser coordinada desde el Ministerio de Salud como ente rector en nuestro país, y llevada a cabo mediante colaboración intersectorial a través de la CCSS, servicios y profesionales en salud públicos y privados, salud pública, universidades, municipalidades, Cruz Roja, servicios de respuesta a emergencias, líderes comunitarios, medios de comunicación, tecnología e informática entre otros según sea necesario.

## **5.7. Estrategias de sensibilización, detección, prevención y abordaje frente al riesgo suicida de la población aplicables en el sistema de salud de Costa Rica**

En este apartado el contenido se desarrolla de manera puntual, debido a que lo aquí mencionado ya se ha desarrollado ampliamente en los capítulos anteriores de este trabajo.

### ***Estrategias de sensibilización:***

- Programas de salud pública con un enfoque de salud mental, educación, prevención, identificación temprana y abordaje de las personas en riesgo suicida, dirigida a la población general y personal de salud, presenciales en entornos comunitarios, centros de salud y medios de comunicación.
- Programas de capacitación y educación continua en salud mental.
- Campañas de salud pública e informativas a través de medios de comunicación, que informen de manera responsable sobre la prevención del suicidio, la detección y abordaje temprano por parte del personal de salud.
- Estrategias que buscan promover entre los profesionales de salud la importancia de la propia gestión de su salud mental.
- La creación de programas de salud mental con un enfoque multidisciplinario y multisectorial como el Programa Guardianes, Programa MATES, PROSPECTO, See Mee, la Iniciativa Zero Suicidio.
- Programas de formación de residencia médica con el enfoque del modelo Zero Suicidio, modelos de evaluación de salud mental y riesgo suicida como el TRMSP.
- Implementación de los programas de educación, capacitación y prevención del suicidio como el recurso mhGAP de la OMS/ OPS.
- Políticas de salud pública que permitan la transición al abordaje colaborativo en salud mental.

### ***Tamizaje del suicidio:***

- Tamizaje universal de los factores de riesgo para el suicidio en la población que acuda a los centros de atención en salud, mediante la aplicación de instrumentos y escalas de detección validadas como el PHQ9, Escala de Beck, Escala de Depresión Geriátrica.

### ***Estrategias de detección:***

- Estratificación del riesgo de suicidio agudo y crónico en cada uno de los pacientes: Mediante la exploración sistemática de los factores de riesgo de suicidio en las personas y en cada una de las consultas.
- Desarrollo de un plan de seguridad individualizado en colaboración con el paciente, que permita la identificación oportuna de señales de alarma y plan de gestión en caso de crisis suicida.
- Estrategias de atención primaria centradas en las personas.
- Creación de servicios universales de detección del suicidio multinivel.
- Estrategias de detección basadas en terapia cognitivo conductual digital y mediante el uso de tecnología e internet: Desarrollo de aplicaciones en formato digital, que permitan la identificación de pacientes en riesgo de suicidio, que se encuentren enlazadas con servicios de salud y respuesta a emergencias psicológicas.

### ***Estrategias de prevención y abordaje:***

- Políticas públicas dirigidas al fortalecimiento de la salud mental de la población y al abordaje de sus necesidades biopsicosociales, multinivel e intersectorial.
- Campañas de educación y difusión masiva a través de medios de comunicación, en materia de salud mental, con esfuerzo coordinado que permita brindar un mensaje responsable sobre el suicidio y su prevención.
- Manejo coordinado con el Ministerio de Seguridad Pública, Ministerio de Obras Públicas y Transporte, industria y comercio para la regulación y restricción del acceso a medios de suicidio como restricción al acceso a armas letales, regulación de pesticidas, implementación de medidas de

protección en estructuras como edificios o puentes que se han vuelto populares sitios de salto con intenciones suicidas.

- Abordaje conjunto con el sector educativo público y privado, MEP, Universidades y entes asociados para la implementación de programas educativos en salud mental y prevención de suicidio, implementación del Programa Guardianes con personal entrenado en la identificación de personas en riesgo suicidio, abordaje, contención emocional y derivación temprana y oportuna, creación de ambientes educativos libres de discriminación, acoso y violencia.
- Abordaje del paciente en riesgo suicida desde un enfoque multinivel e integral, con equipos de trabajo integrados por profesionales que respondan de manera certera y eficaz a las necesidades de sus pacientes, sean biomédicas, psicológicas o sociales, que pueden ser la raíz de su conducta suicida.
- Terapia y abordaje cognitivo conductual en sus distintas modalidades incluida la digital, dirigidas a la población en riesgo suicida, y los profesionales que brindan atención directa a estos pacientes, en programas estructurados de seguimiento, idealmente cada semana, en sesiones no mayores a una hora.
- Creación de equipos de trabajo comunitario asertivo.
- Implementación de canales de comunicación, como líneas de atención telefónica que brinden auxilio psicológico, atención de emergencias y derivación temprana de casos de mayor riesgo, seguimiento por profesionales capacitados en salud mental o guardianes, mediante llamada telefónica, video llamada, correo electrónico o teleconsulta y mensajes motivacionales, a los pacientes con psicopatología, ideación suicida, intentos de suicidio, en especial en el periodo agudo y seguimiento posterior al alta de atención en los servicios de salud mental.
- Implementación del abordaje colaborativo en salud mental en el sistema sanitario costarricense.

## **5.8. Discusión de resultados:**

El suicidio es un problema de salud pública, es una de las principales causas de muerte prevenible a nivel mundial, los estudios detallan estadísticas alarmantes, aproximadamente 800 000 muertes por suicidio en el mundo, lo que representa en América casi 100 000 muertes, cada año, una muerte cada 40 segundos, lo que representa a nivel mundial una tasa de suicidio de 12.6 hombres y 5.4 mujeres por cada 100 000 habitantes (Dillon, C. B., Saab, M. M., Meehan, E., Goodwin, M. J., Murphy, M., Heffernan, M. S., Greaney, M. S., Kilty, C., Hartigan, I., Chambers, D., Twomey, U., & Horgan, A. , 2020) (Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M, 2020) (OPS, 2021) (Pistone, I., Beckman, U., Eriksson, E., Lagerlöf, H., & Sager, M. , 2019) (Polihronis, C., Cloutier, P., Kaur, J., Skinner, R., & Cappelli, M., 2022).

Según datos de OPS, en América el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes entre los 20 – 24 años, predominado las víctimas masculinas con una razón de 3: 1, es importante recalcar que por cada suicidio en promedio se producen 25 intentos de suicidio, evidenciando que representa un importante problema social. (O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N, 2023) (OPS, 2023) (Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B., 2019).

Al comparar estas cifras con nuestro país, un informe del OIJ, reportó una tasa de incidencia de suicidio de 7.8 muertes por cada 100 000 habitantes (Solano M., 2021), y aunque representa una tasa más baja que la reportada a nivel mundial, el suicidio en nuestro país ha venido en constante aumento a lo largo de los años, representando un crecimiento del 21 % entre el 2017 al 2021.

Según registros del Ministerio de Justicia y Paz, en estudio publicado hace un énfasis especial en los años 2020 a 2021, ya que el segundo registró el mayor número de eventos de suicidio en el país con 403 fallecimientos por esta causa; indica también que un 83.8% fueron cometidos por hombres, los cuales tenían entre 18 y 39 años de edad, de estado civil solteros o en unión de hecho y que se dedicaban a un trabajo propio (Solano M., 2021).

Referente a los factores de riesgo de suicidio reportados en la literatura consultada, existen múltiples factores que pueden llevar al suicidio como vía final, estos factores pueden ser individuales, personales como la presencia de alguna patología mental como la depresión crónica, ser hombre, factores de estrés agudo (una discusión), factores sociales como la pobreza, el desempleo, la inseguridad social, las guerras, las barreras de acceso en atención en salud, la falta de conciencia y sensibilización frente al problema del suicidio en la sociedad y el personal de salud, entre muchos otros. (Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020), (OSP, 2021), (Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M., 2018).

En consonancia con lo anterior, Costa Rica comparte la mayoría de estos factores de riesgo, dentro de los cuales se encuentran ser hombre, soltero, vivir solo, pobreza, trabajos informales y no asalariados, patología mental (Solano M., 2021).

Los datos publicados sobre los factores de riesgo dejan en evidencia características en común en la génesis y desenlace del suicidio en los distintos entornos a nivel internacional y en nuestro país, aunque se describen variables importantes según el entorno sociocultural.

Los estudios consultados sobre los métodos para cometer intentos de suicidio y suicidio, mencionan que los métodos utilizados dependen de las características de la población y localización geográfica, sin embargo, la asfixia, las armas de fuego, la intoxicación con drogas, alcohol, el envenenamiento con plaguicidas y productos químicos son los métodos más utilizados. Los hombres tienen a escoger métodos más letales, mientras que en las mujeres la ingesta de medicamentos e intoxicación son los más comunes (OPS, 2021, Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M., 2018).

En nuestro país, un reporte del Poder Judicial permitió identificar también los métodos de mayor uso para la ejecución del suicidio, siendo estos la asfixia por suspensión, uso de arma de fuego y envenenamiento los 3 principales con un 70%,12% y 10% respectivamente (Solano M., 2021). Lo anterior, muestra una similitud, entre la vía y medio que llevan finalmente al suicidio, esto según lo descrito a nivel internacional y a nivel país.

El entorno donde la mayoría de pacientes en riesgo suicida busca atención y ayuda, se ha descrito en múltiples estudios publicados, este primer punto de contacto son los entornos de atención en salud, depende de los recursos y la estructuración del sistema de atención sanitaria de cada país, siendo el servicio de emergencias, el primer nivel de atención, los entornos comunitarios o los equipos de atención primaria.

Según extraen algunos datos de los estudios consultados: Los estudios muestran que entre el 80% y el 90% de los fallecidos por suicidio aumentaron su contacto con profesionales de atención primaria durante el año y los meses previos a su suicidio, 44% de los fallecidos por suicidio tuvieron contacto con atención primaria en su último mes de vida, y hasta un 90 % pueden revelar su ideación suicida a estos proveedores de salud (Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020), (Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A., 2023). En Costa Rica, al igual otros países, se ha logrado identificar que el primer nivel de atención es el punto de entrada de estos pacientes hasta en el 75 – 90% de los casos (Solano U.A.,2018).

Los datos anteriores son concluyentes, respecto a la magnitud que representa el suicidio para la salud pública, es por esta razón que tanto a nivel internacional como a nivel nacional se han hecho múltiples esfuerzos por reducir la incidencia del suicidio mediante estrategias de identificación, prevención y abordaje, medidas que han sido gestados, implementadas y desarrolladas, desde entidades internacionales como la OMS y desde el país a través del Ministerio de Salud, CCSS, servicios de atención en salud públicos y privados entre muchos otros entes involucrados, sin embargo, a pesar de estos esfuerzos clave las tasas de suicidio parecen aumentar. Es debido a lo anterior que se recalcan continuación algunos resultados relevantes producto de esta investigación:

- La literatura respalda el uso de las herramientas y escalas de detección del riesgo de suicidio, de forma complementaria, ya que estas no sustituyen la historia y valoración clínica.
- La elección de las pruebas de detección es una cuestión de preferencia profesional porque todas tienen un amplio rango de precisión. La sensibilidad y especificidad de la herramienta de detección actualmente varían del 50% al 100% y del 60% al 98% respectivamente, ninguna

herramienta es 100 % confiable (O'Rourke, M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023). En Costa Rica existe disponibilidad y capacidad para la aplicación de estas escalas y tamizajes, por ejemplo, el uso del PHQ9, la Escala de Beck y el Escala de Depresión Geriátrica, sin embargo, dentro de algunas limitantes pueden encontrarse el tiempo de aplicación, la disposición del paciente y el personal para realizarla, así como el entrenamiento para la interpretación de dichos tamizajes.

- Existen estrategias de detección con las que cuenta el personal de salud para reconocimiento temprano y oportuno del paciente en riesgo suicida, mismas que pueden ser aplicadas en nuestro país y en nuestro sistema sanitario, como un esfuerzo adicional para evitar las muertes prevenibles por suicidio.
- La sensibilización de la población y del sector salud es importante porque las personas afectadas por problemas mentales y las que están en riesgo de suicidio sufren violaciones de sus derechos humanos, estigmatización y discriminación (OMS, 2020). Se han descrito en la literatura distintas estrategias que pueden ser aplicables a nuestro entorno, un personal con mayor conciencia sobre el suicidio y más sensibilizado sobre la gestión de su salud mental y la de los demás, tiene una mayor habilidad para el reconocimiento y abordaje de estos pacientes, por lo tanto, el potencial de salvar más vidas.
- Existe gran cantidad de evidencia sobre medidas de prevención y abordaje del riesgo suicida, la evidencia se inclina a favor del abordaje multinivel, intersectorial, transdisciplinar y colaborativo en salud mental, como el enfoque más prometedor y efectivo para prevenir la conducta suicida y el suicidio en la población (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022), (Dueweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018), (Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R., 2020), (Hegerl, U., Heinz, I., O'Connor, A., & Reich, H., 2021), (O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N, 2023), (Swift, J. K., Trusty, W. T., & Penix, E. A. , 2021). La

implementación de esta estrategia es viable en nuestro país, este tema se amplía en el apartado de “Estrategias de sensibilización, detección, prevención y abordaje frente al riesgo suicida de la población son aplicables en el sistema de salud de Costa Rica”.

## 6. Capítulo 6: Conclusiones y recomendaciones

### 6.1. Conclusiones

- La OMS destaca la necesidad de esfuerzos en estrategias de prevención del suicidio dedicados a subpoblaciones de mayor riesgo (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).
- No existe un enfoque único para prevenir el suicidio, hay evidencia disponible que indica intervenciones múltiples simultáneamente tienen mejores resultados, (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022)
- Hay limitaciones en los recursos destinados a la atención médica especialmente en salud mental, estos son más evidentes en los PIMB, algunos ejemplos son las barreras al intercambio de información de salud, proveedores de salud mental y atención primaria no capacitados profesionalmente en suicidio, lo que se traduce en menos recursos disponibles para la identificación, abordaje, tratamiento, derivación y apoyo de las personas en crisis, sumado a los sistemas legales que penalizan el comportamiento suicida, pueden disuadir a las personas suicidas de buscar atención multidisciplinaria y obstruir la recopilación de datos que son esenciales para comprender las causas locales del suicidio y elaborar estrategias de prevención guiadas centradas en la persona y basadas en evidencia (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).
- Se requiere de colaboración multisectorial en múltiples niveles para el abordaje del suicidio como un problema de salud pública y no solo como un problema de salud aislado, ya que compete a múltiples sectores desde el entorno local comunitario y atención primaria hasta sectores gubernamentales, medios de comunicación entre otros.
- Es indispensable la historia clínica completa, la recopilación de historia relevante del paciente y su familia, para determinar el riesgo de suicidio en todos los pacientes en todas las consultas, ya que las escalas son solo un complemento útil en la valoración de la salud mental.

- Cuando las herramientas y tamizajes de detección del suicidio se utilizan adecuadamente, pueden resultar útiles para ayudar a los trabajadores de la salud a reconocer el suicidio. No existe una herramienta única de detección que sea aplicable a todos los pacientes.
- Existen numerosas herramientas y escalas de tamizaje de medición objetivas, confiables y validadas para evaluar el riesgo de suicidio pueden ser utilizadas por una amplia gama de proveedores de atención médica siempre que se les enseñe cómo se debe usar la herramienta, cuáles son sus fortalezas y limitaciones, dentro de las cuales se encuentran el PHQ9, C-SSRS, Escala de Beck, SAFE-T, Escala de Depresión Geriátrica y sus variantes.
- La elección de las pruebas de detección es una cuestión de preferencia profesional porque todas tienen un amplio rango de precisión. La sensibilidad y especificidad de la herramienta de detección varían del 50% al 100% y del 60% al 98% respectivamente, ninguna herramienta es 100 % confiable y puede existir falsos positivos y falsos negativos (O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W, 2023).
- Las estrategias de detección con las que cuenta el personal de salud para el reconocimiento temprano y oportuno del paciente en riesgo suicida son: Estratificación del riesgo de suicidio agudo y crónico en cada uno de sus pacientes, el desarrollo de un plan de seguridad individualizado en colaboración con el paciente, los programas de capacitación y educación continua en salud mental, las estrategias de atención primaria centradas en la persona, el desarrollo de servicios universales de detección del suicidio en atención primaria, estrategias de detección basadas en terapia cognitivo conductual digital entre otras.
- El suicidio en el mundo es una realidad y su prevención es una necesidad en salud pública, debido a esto se han desarrollado y documentado múltiples estrategias que han demostrado ser efectivas para prevenirlo. Dentro de estas estrategias se pueden mencionar: El abordaje cognitivo conductual, la terapia cognitivo conductual digital, la restricción de acceso

a los medios de suicidio, las campañas de sensibilización pública, los tratamientos biomédicos, los equipos de tratamiento y abordaje comunitario asertivo, las estrategias de prevención mediante el uso de tecnología e internet y el abordaje multinivel.

- Los hallazgos muestran que las intervenciones de prevención del suicidio multinivel son más efectivas que las intervenciones de un solo nivel y que el tamaño del efecto aumenta significativamente con el número de niveles involucrados. En cuanto al sinergismo entre intervenciones, idealmente se produciría un efecto sinérgico de intervenciones multinivel cuando el efecto combinado de las intervenciones sea mayor que la suma de los efectos individuales (Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M, 2020)
- La sensibilización de la población y el personal de salud frente al suicidio y la salud mental, es importante porque las personas afectadas por problemas mentales y las que están en riesgo de autolesión o suicidio sufren violaciones de sus derechos humanos, estigmatización y discriminación. Esas personas pueden ser sometidas a una extrema estigmatización y discriminación debido a las muy difundidas ideas erróneas acerca de las causas, naturaleza de la autolesión y el suicidio (OMS, 2020).
- La sensibilización frente a la problemática del suicidio es indispensable en la prevención del mismo, ya que el personal sensibilizado puede tener más entrenamiento y capacidad para la detección de las personas con factores de riesgo para suicidio. Dentro de las estrategias contra el suicidio que están dirigidas a sensibilizar al personal de salud en este tema, que cuentan con respaldo científico, se encuentran: Los programas de capacitación y educación continua en salud mental, las estrategias que buscan promover entre los profesionales de salud la importancia de la propia gestión de su salud mental, la creación de programas de salud mental con un enfoque multidisciplinario y multisectorial como el Programa Guardianes, Programa MATES, PROSPECTO, See Mee, la Iniciativa Zero Suicidio propuesta por

la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio y la Alianza de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio EEUU, programas de formación de residencia médica con el enfoque del modelo Zero Suicidio, modelos de evaluación de salud mental y riesgo suicida como el TRMSP, los programas de educación, capacitación y prevención del suicidio como el recurso mhGAP de la OMS/ OPS, el abordaje colaborativo en salud mental y políticas de salud pública.

- El abordaje colaborativo, es una estrategia de atención basada en la evidencia científica y en consonancia con los objetivos de OMS, que ha postulado para reducir la brecha en el abordaje y tratamiento en este tema, la inversión en salud mental debe centrarse en la atención primaria. Es una metodología de intervención integral, sistematizada y multidisciplinaria, que aborda las necesidades de salud físicas y emocionales de los pacientes (Millán, R., 2014).
- El abordaje colaborativo ha demostrado ser la mejor estrategia de tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica en esa población. Su instauración en Costa Rica es viable, debido a la amplia cobertura existente en la atención primaria (Millán, R., 2014).
- Las estrategias sensibilización, detección y prevención frente del suicidio mencionadas en este trabajo, son aplicables a nuestra población, sistema de salud y a su personal.
- A nivel personal, como médico residente y futuro especialista en Medicina Familiar y Comunitaria el haber realizado este trabajo, aumento mi sensibilidad, capacidad de identificación y abordaje de la persona en riesgo suicida.

## 6.2. Recomendaciones

A nivel internacional:

- Se insta a desarrollar y fortalecer políticas públicas en pro de la salud mental, atención oportuna de la psicopatología, la prevención y abordaje del suicidio, siguiendo las recomendaciones de entes expertos en salud mental como la OMS entre otras.
- Desarrollar e implementar el abordaje colaborativo de atención en salud mental, con un enfoque biopsicosocial y transdisciplinario.

A nivel país:

- Fortalecimiento de las políticas públicas y en salud mental cuyo objetivo sea destinar recursos a campañas de sensibilización de la población, identificación temprana de personas en riesgo y programas de prevención, educación y abordaje del suicidio.
- Creación de programas de educación en salud mental y campañas educativas e informativas sobre el suicidio, gestionadas desde el Ministerio de Salud de Costa Rica, la CCSS, el sector de salud privado y Ministerio de Educación Pública, en colaboración intersectorial con centros de educación superior, universidades, Ministerio de obras públicas y transporte, municipalidades, y líderes comunitarios.
- Apoyar la transición de la atención de salud mental en nuestro país desde el modelo tradicional de referencia, al modelo de abordaje colaborativo.
- Fortalecimiento de la atención en salud mental y emergencias psicológicas a través de la línea de emergencia 911.
- Comunicación responsable en medios de comunicación sobre temas en materia de salud mental y suicidio, que incentiven la búsqueda de ayuda de forma temprana y la detección de signos de alarma.
- Fortalecimiento en materia de ciencia y tecnología para la creación de líneas telefónicas, medios electrónicos, aplicaciones electrónicas para la atención de salud mental y riesgo del suicidio.

- Fomentar el trabajo multisectorial, colaborativo y transdisciplinario como una estrategia indispensable para la prevención y abordaje del suicidio.

A nivel CCSS y sector salud:

- Implementación de políticas de salud pública que aumenten la sensibilización del personal del sector salud en la identificación y abordaje de la salud mental y suicidio.
- Creación y fortalecimiento de programas de sensibilización en salud mental, que sigan como base las estrategias que buscan promover entre los profesionales de salud la importancia de la propia gestión de su salud mental, la creación de programas de salud mental con un enfoque multidisciplinario y multisectorial como el Programa Guardianes, Programa MATES, PROSPECTO, See Mee, la Iniciativa Zero Suicidio, los programas y recursos mhGAP de la OMS/ OPS, el abordaje colaborativo en salud mental.
- Creación y fortalecimiento de los programas de educación médica continua en salud mental.
- Tamizaje universal del riesgo de suicidio en todas las consultas en salud.
- Seguir las recomendaciones y normativa para el reporte obligatorio de los eventos y condiciones en salud mental y suicidio.
- Creación un protocolo de atención en salud mental que responsada a las necesidades de la población que se encuentra en riesgo de suicidio, que permita el abordaje temprano, oportuno y derivación para manejo especializado cuando corresponda.
- Creación de un protocolo de atención, de acatamiento obligatorio en salud mental para la atención de las personas en riesgo de suicidio e intento de suicidio que consultan al sector salud público y privado sea en servicios de emergencia, entornos comunitarios o en los distintos niveles del sistema de salud.
- Implementar la transición de la atención de salud mental en nuestro país desde el modelo tradicional de referencia, al modelo de abordaje

colaborativo, el cual ha demostrado ser la estrategia más eficaz de atención en salud mental, lo cual cuenta con evidencia científica que lo respalda y estudios en nuestro país como los realizados por el Dr. Ricardo Millán, que comprueban que esta modalidad es viable.

- Se recomienda al Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y residentes en formación, implementar las recomendaciones planteadas en este trabajo en su formación y práctica profesional, a difundir esta información entre la población y personal de salud, así como velar por su cumplimiento. Se insta a la educación continua en materia de salud mental como un elemento clave en la prevención del suicidio y su abordaje.

A nivel del sector educativo:

- Se recomienda la implementación de políticas educativas que promuevan un ambiente libre de acoso y violencia como una medida de salvaguardar la salud mental de la población.
- Desarrollar programas de bienestar estudiantil y atención de salud mental en los centros educativos.
- Fomentar en los estudiantes la salvaguardia de su propia salud mental y atención psicológica periódica.
- La formación e implementación del programa guardianes, como una estrategia de identificación, prevención y abordaje de las personas en riesgo suicida.
- Inclusión de temas de salud mental y prevención del suicidio a nivel de los programas educativos públicos y privados, tanto para población general como en el sector salud, pregrado y formación de postgrado.

Generales:

- Implementar intervenciones en todo el entorno de riesgo suicida, pero los enfoques y las intervenciones deben evaluarse cuidadosamente para que se ajusten a las necesidades, características, cultura y entorno local de las

personas a las cuales van dirigidas (Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H, 2022).

- El análisis de la situación en ideación suicida y suicidio debe abordarse desde la perspectiva de la Transdisciplinariedad, integrando múltiples profesiones como la salud pública, medicina familiar y comunitaria, psicología, psiquiatría, trabajo social, política, transportes entre otros, esto representa un paso esencial para determinar los enfoques óptimos para la prevención del suicidio para una persona, una cultura y un contexto determinados.
- Se insta a la investigación, hay escasez de investigaciones que realmente determinen la eficacia de las pruebas de cribado y detección del suicidio, así como la de los programas de intervención y estrategias contra el suicidio en diferentes entornos de atención, se necesitan estudios que evalúen la efectividad de estos enfoques cuando los aplican distintos proveedores de salud en diferentes entornos, sea atención primaria o desde los servicios de salud mental (Deweke, A. R., & Bridges, A. J, 2018)

## Bibliografía

- (N.d.). *Gob.Mx*. Retrieved February 13, 2024, from. (n.d.). Retrieved from [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod\\_resource/content/19/Repositorio\\_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO\\_I/UNIDAD\\_3/GDS.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO_I/UNIDAD_3/GDS.pdf)
- (N.d.-b). *Gob.Mx*. Retrieved February 13, 2024, from. (n.d.). Retrieved from [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod\\_resource/content/355/Archivos/C\\_Generalidades/Unidad%202/Parte\\_3/06\\_Escala\\_de\\_depresi%C3%B3n\\_del\\_centro\\_de\\_estudios\\_epidemiol%C3%B3gicos-D7.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Generalidades/Unidad%202/Parte_3/06_Escala_de_depresi%C3%B3n_del_centro_de_estudios_epidemiol%C3%B3gicos-D7.pdf)
- Brenes F. . (2019). Hispanics, Mental Health, and Suicide: Brief Report. *Hispanic health care international : the official journal of the National Association of Hispanic Nurses*.
- Büscher, R., Beisemann, M., Doebler, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Callear, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., P. (2022). Digital cognitive-behavioural therapy to reduce suicidal ideation and behaviours: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. . *Evidence-based mental health*.
- CDC. (2023). *CDC.gov El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/workstress.html>
- Centro de Desarrollo Educativo, Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio, Alianza de Acción Nacioal para la Prevención del Suicidio, Universal Health Services (UHS), el Zero Suicide Institute de EDC y el Substance Abuse and Mental Health. (2023). *zerosuicide.edc.org*. Retrieved from <https://zerosuicide.edc.org>
- Clinica Mayo. (2023). *Mayoclinic.org*. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/mental-illness/in-depth/mental-health-providers/art-20045530>
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. . (2020). Perfil Profesional del Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. . (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior therapy*.
- Dillon, C. B., Saab, M. M., Meehan, E., Goodwin, M. J., Murphy, M., Heffernan, M. S., Greaney, M. S., Kilty, C., Hartigan, I., Chambers, D., Twomey, U., & Horgan, A. . (2020). Staff awareness of suicide and self-harm risk in healthcare settings: A mixed-methods systematic review. *Journal of affective disorders*.
- Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H. (2022). Systematic review of suicide prevention studies with data on youth and young adults living in low-income and middle-income countries. *BMJ open*.
- Dueweke, A. R., & Bridges, A. J. (2018). Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence. *Families, systems & health : the journal of collaborative family healthcare*.
- Elzinga, E., de Kruif JTCM, A., de Beurs, D., Beekman, A., Franx, G., Gilissen, R. (2020). Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study. *Plos One*.
- Flores, M. A., Romero, C.R., Espinel, M. C., Vega, M. G., Valle, M. A., Robles, J. R. (2019). Síntomas depresivos en personas adultas mayores con ideación suicida. *Anales en Gerontología, Número 11. Universidad de Costa Rica* .
- Fordham, B., Sugavanam, T., Edwards, K., Stallard, P., Howard, R., das Nair, R., Copsey, B., Lee, H., Howick, J., Hemming, K., & Lamb, S. E. . (2021). ). The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: a meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Psychological medicine*.
- Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A. (2023). Suicidal Ideation. In *StatPearls. StatPearls Publishing*.
- Hedegaard, H., Schoenbaum, M., Claassen, C., Crosby, A., Holland, K., & Proescholdbell, S. (2018). Issues in Developing a Surveillance Case Definition for Nonfatal Suicide

Attempt and Intentional Self-harm Using International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD–10–CM) Coded Data . *National health statistics reports*.

Hegerl, U., Heinz, I., O'Connor, A., & Reich, H. (2021). The 4-Level Approach: Prevention of Suicidal Behaviour Through Community-Based Intervention. *Frontiers in psychiatry*.

Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*.

Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J., & Stanley, B. (2019). Application of the Zero Suicide Model in Residency Training. *Academic psychiatry. The journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*.

Magno, P. C. (2021). Ideas pasivas de muerte”: una errónea nomenclatura en el fenómeno suicida. *Revista Neuro Psiquiatría* .

MATES. (2023). Retrieved from Cómo funciona MATES, . Recuperado el 2 de septiembre de 2023: <https://mates.org.au/how-mates-works>

MEP. (2018). Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones auto infligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio. San José, Costa Rica: Ministerio de Educación Pública de Costa Rica.

Millán González., R. (2019). Manual de exploración y semiología psiquiátrica. San José, Costa Rica.: EDNASSS-CCSS.

Millán, R. (2014). La implementación del abordaje colaborativo en Costa Rica: hacia una integración entre la psiquiatría y la atención primaria. *Acta Médica Costarricense, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica*.

Millner, A. J., Coppersmith, D. D. L., Teachman, B. A., & Nock, M. K. (2018). The Brief Death Implicit Association Test: Scoring recommendations, reliability, validity, and comparisons with the Death Implicit Association Test. *Psychological assessment*.

- Ministerio de Salud. (2014). Reforma N°8717. *Ley Orgánica del Ministerio de Salud*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2018, Octubre 17). Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida. San José, Costa Rica: Gobierno de la República.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2018). *“Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 2016-2021”*.
- Morse, G., Monroe-DeVita, M., York, M. M., Peterson, R., Miller, J., Hughes, M., Carpenter-Song, E., Akiba, C., & McHugo, G. J. (2020). Implementing illness management and recovery within assertive community treatment teams: A qualitative study. *Psychiatric rehabilitation journal*.
- Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort, J. L., Sutor, B., Croarkin, P., & Bobo, W. V. (2018). The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Journal of affective disorders*.
- Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P. S. F., & Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*.
- O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N. (2023). Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. . *JAMA*.
- OMS. (2020). *Organización Mundial de la Salud*. . Retrieved from [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52328/9789275322550\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52328/9789275322550_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- OMS. (2021). Retrieved from Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Recuperado el 11 de septiembre de 2023: : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

- OMS. (2023). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
- OPS. (2021). *Organización Panamericana de la Salud: Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. Washington D.C.
- OPS. (2023). Retrieved from Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio. Recuperado el 30 de agosto de 2023: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- O'Rourke , M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W. (2023). *Suicide Screening and Prevention. In StatPearls. StatPearls Publishing.*
- Ortiz, G. J. (2015, Julio). *Política Nacional de Salud*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud de Costa Rica.
- Pistone, I., Beckman, U., Eriksson, E., Lagerlöf, H., & Sager, M. . (2019). effects of educational interventions on suicide: A systematic review and meta-analysis. *The International journal of social psychiatry*.
- Polihronis, C., Cloutier, P., Kaur, J., Skinner, R., & Cappelli, M. (2022). What's the harm in asking? A systematic review and meta-analysis on the risks of asking about suicide-related behaviors and self-harm with quality appraisal. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*.
- Raney L., Lasky G., Scott C. . (2017). *Integrated Care A Guide for Effective Implementation*. American Psychiatric Association Publishing.
- Rangel, J., Jurado, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Mexico*.
- Riblet, N. B., Matsunaga, S., Lee, Y., Young-Xu, Y., Shiner, B., Schnurr, P. P., Levis, M., & Watts, B. V. . (2022). Tools to Detect Risk of Death by Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*.

- Sánchez, S. M. (2019). *Dialnet.unirioja.es*. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6907644>
- Skopp, N. A., Smolenski, D. J., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., Edwards-Stewart, A., & Belsher, B. E. . (2023). Caring contacts for suicide prevention: A systematic review and meta-analysis. *Psychological services*.
- Solano, M. (2021). Retrieved from Anuario de Estadísticas policiales. Recuperado el 13 de septiembre de 2023: [https://sistemaplanificacion.poder-judicial.go.cr/php/estadistica\\_ju\\_po/Suicidios\\_2021\\_-\\_An%C3%A1lisis2023-05-08\\_10-01-19.pdf](https://sistemaplanificacion.poder-judicial.go.cr/php/estadistica_ju_po/Suicidios_2021_-_An%C3%A1lisis2023-05-08_10-01-19.pdf)
- Solano, U. A. (2018). Estrategias de prevención del suicidio para la población adolescente y adulta, implementadas en los niveles de atención primaria de los sistemas de salud del año 2016 al 2017. Revisión bibliográfica. San José, Costa Rica: Univesidad de Costa Rica.
- SPAN USA . (Consultado en 2023). *La Red de Acción para la Prevención del Suicidio (SPAN USA)*. Retrieved from [https://obamawhitehouse.archives.gov/champions/suicide-prevention/the-suicide-prevention-action-network-\(span-usa\)](https://obamawhitehouse.archives.gov/champions/suicide-prevention/the-suicide-prevention-action-network-(span-usa))
- Spottswood, M., Lim, C. T., Davydow, D., & Huang, H. (2022). Improving Suicide Prevention in Primary Care for Differing Levels of Behavioral Health Integration: A Review. . *Frontiers in medicine*.
- Suárez, Y. P. (2023). *Universidad Pontificia Bolivariana*. Retrieved from <https://www.redalyc.org/journal/1590/159074510015/html/doi.org/10.18566/medupb.v42n1.a10>
- Swift, J. K., Trusty, W. T., & Penix, E. A. . (2021). ). The effectiveness of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to alternative treatment conditions: A meta-analysis. *Suicide & life-threatening behavior*.
- Zalar, B., Kores Plesničar, B., Zalar, I., & Mertik, M. . (2018). Suicide and Suicide Attempt Descriptors by Multimethod Approach. . *Psychiatria Danubina*.

Zurro A., Cano J.F., J. Gene. (2018). Atención Primaria: Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. Elsevier.

## Anexos

## Anexo 1: Carta de aprobación de trabajo final de graduación emitida por el tutor.

Fecha: 26 de febrero de 2024

Dirigido a:

Universidad de Costa Rica.

Estimados:

- Miembros del comité director de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Autoridades respectivas y colaboradores del postgrado.

Asunto: Aprobación de Trabajo Final de Graduación:

Saludos cordiales.


La presente carta es para certificar que he guiado, revisado y aprobado en calidad de tutor, el trabajo final de graduación titulado "ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DIRIGIDAS AL PERSONAL DE SALUD Y APLICABLES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA, A TRAVÉS DE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LITERATURA PUBLICADA EN INGLÉS Y/ O ESPAÑOL ENTRE 2018 A 2023", realizado por el residente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria: Dr. Juan Gabriel Garro Romero, residente de IV Año, Universidad de Costa Rica, con el objetivo de optar por el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y comunitaria. El trabajo se adhiere y cumple con los requisitos solicitados por el postgrado respectivo y la Universidad de Costa Rica.

Según lo anterior se solicita respetuosamente brindar espacio para la defensa del trabajo la fecha del viernes 26 de abril de 2024.

Gracias por su colaboración.

Atentamente,

OSCAR MAURICIO  
MURILLO PICADO  
(FIRMA)



Firmado digitalmente por  
OSCAR MAURICIO MURILLO  
PICADO (FIRMA)  
Fecha: 2024.02.29 12:50:44  
-06'07'

Dr. Oscar Murillo Picado.

Cedula 204870293.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Universidad de Costa Rica.

## Anexo 2: Carta de aprobación de trabajo final de graduación emitida por el lector.

Fecha: 26 de febrero de 2024

Miembros del comité director de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Autoridades respectivas y colaboradores del postgrado  
Universidad de Costa Rica.

Asunto: Aprobación de Trabajo Final de Graduación:

Estimados Colegas:

Por medio de la presente carta puedo certificar que he guiado, revisado y aprobado en calidad de lector, el trabajo final de graduación titulado “ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DIRIGIDAS AL PERSONAL DE SALUD Y APLICABLES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA, A TRAVÉS DE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LITERATURA PUBLICADA EN INGLÉS Y/ O ESPAÑOL ENTRE 2018 A 2023”, realizado por el residente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria: Dr. Juan Gabriel Garro Romero, residente de IV Año, Universidad de Costa Rica, con el objetivo de optar por el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y comunitaria.

El trabajo se adhiere y cumple con los requisitos solicitados por el postgrado respectivo y la Universidad de Costa Rica.

Según lo anterior se solicita respetuosamente brindar espacio para la defensa del trabajo la fecha del viernes 26 de abril de 2024.

Gracias por su colaboración.

Atentamente,

ERIC ARNULFO  
HIRSCH  
RODRIGUEZ  
(FIRMA)

Firmado digitalmente  
por ERIC ARNULFO  
HIRSCH RODRIGUEZ  
(FIRMA)  
Fecha: 2024.02.28  
18:32:22 -06'00'

Dr. Eric Hirsch Rodríguez.

Especialista en Psiquiatría.

### Anexo 3: Carta de revisión filológica.



#### CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

San José, 26 de abril de 2024

**Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria**  
**Universidad de Costa Rica**

Estimadas personas:

Por medio de la presente hago constar que, en mi calidad de filóloga, graduada de la Universidad de Costa Rica, miembro de la Asociación Costarricense de Filólogos, con el número de asociada 0101, Tannya de los Ángeles Soto Hernández, cédula 1-13160355, he revisado el trabajo final de graduación para optar por el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria denominado: *"Análisis de las estrategias de sensibilización, detección temprana y prevención del suicidio, dirigidas al personal de salud y aplicables desde atención primaria, a través de una revisión bibliográfica de la literatura publicada en inglés y/o español entre 2018 a 2023"*, realizado por Juan Gabriel Garro Romero, cédula 304610216.

Sin más por el momento,

TANYA DE LOS ANGELES SOTO HERNANDEZ (FIRMA)  
PERSONA FISICA, CPF-01-1316-0355  
Fecha declarada: 28/04/2024 08:01:43 AM  
Razón: Filóloga

Tannya Soto Hernández  
Filóloga  
N° de Asociada: 0101 84567837



## Anexo 4: Cuestionario sobre la salud del paciente PHQ9.

<b>CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)</b>				
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING <u>  0  </u> + <u>    </u> + <u>    </u> + <u>    </u> =Total Score: <u>    </u>				
Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?				
No ha sido difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>	

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

Fuente: Tomado de internet, Oncoly Nursing Society, 2024

## Anexo 5: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.



### Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

#### Introducción.

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

#### Material requerido.

Cuestionario de la versión de 15 ítems de Escala de Depresión Geriátrica y una pluma.

#### Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele:

*"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Sí o No".*

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



### Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si o No en negritas**)  
Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

**Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas**

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

### Interpretación

<b>0-4 puntos</b>	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
<b>5-8 puntos</b>	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
<b>9-10 puntos</b>	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
<b>12-15 puntos</b>	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

#### Referencias.

- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et ál. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37. PMID: 7183759.
- Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997;12(1):21. PMID: 9050419.
- Maro LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008;16(11):914. PMID: 18978252.
- Martínez de la Iglesia J, Onís-Vilches MC, Dueñas-Herrero R, et ál. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam.* 2002; 12(10):620. Disponible en SciELO.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



Fuente: Tomado de internet,

[http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod\\_resource/content/19/Repositorio\\_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO\\_I/UNIDAD\\_3/GDS.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO_I/UNIDAD_3/GDS.pdf), 2024.

## Anexo 6: Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D 7).



### Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D 7 reactivos)

**Objetivo:**

Evaluar síntomas depresivos presentes en la última semana.

**Descripción:**

El CESD-7 consta de 7 ítems que indican la probable presencia de síntomas depresivos y frecuencia durante la última semana en que los presentó.

**Requerimientos:**

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

**Tiempo de aplicación:** 5 minutos.

**Instrucciones:**

1. Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquelo: "Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana", de acuerdo lo siguiente:
  - Rara vez o nunca: Menos de 1 día.
  - Pocas veces o alguna vez: 1-2 días.
  - Un número de veces considerable: 3-4 días.
  - Todo el tiempo o la mayoría del tiempo: 5-7 días.
2. Hágale a la persona las preguntas de CESD-7 en el orden indicado.
3. Registre las respuestas con una ✓.
4. Sume el valor de las respuestas obtenidas y registre en el apartado de resultado.
5. Registre con una ✓ la interpretación final, según el resultado.

**Calificación:**

- Se tiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 21 puntos. Sumar los puntos por cada respuesta.

**Sugerencias o pautas de Interpretación:**

De acuerdo a la sumatoria de todas las respuestas de la persona mayor con el puntaje obtenido, se pueden considerar los siguientes parámetros:

- Normal: < 5 puntos
- Síntomas depresivos significativos: Igual o mayor a 5 puntos

**Referencias:**

• Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, G. I., Franco-Núñez, A., Rosas-Carrasco, Ó., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (2014). Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. Salud Pública de México, 56(3), 279–285. Retrieved from <http://bit.ly/2SuDb7s>



Este material está registrado bajo licencia Creative Commons Internacional, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



## Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D 7 reactivos)

Preguntas Durante la última semana usted...	Opciones de respuesta y puntos correspondientes			
	Rara vez o nunca (menos de 1 día)	Pocas veces o alguna vez (1-2 días)	Un número de veces considerable (3-4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
¿Sentía como si no pudiera quitarse la tristeza?	0	1	2	3
¿Le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?	0	1	2	3
¿Se sintió deprimido/a?	0	1	2	3
¿Le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	0	1	2	3
¿No durmió bien?	0	1	2	3
¿Disfrutó de la vida?	3	2	1	0
¿Se sintió triste?	0	1	2	3

Resultado  Normal  Síntomas depresivos significativos

### Interpretación:

- Normal: < 5 puntos
- Síntomas depresivos significativos: Igual o mayor a 5 puntos

- Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, G. I., Franco-Núñez, A., Rosas-Carrasco, Ó., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (2014). Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. *Salud Pública de México*, 56(3), 279–285. Retrieved from <http://bit.ly/2SuDb7s>



Este material está registrado bajo licencia Creative Commons Internacional, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátría.



Fuente: Tomado de internet:  
[http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod\\_resource/content/355/Archivos/C\\_Generalidades/Unidad%202/Parte\\_3/06\\_Escala\\_de\\_depresi%C3%B3n\\_del\\_centro\\_de\\_estudios\\_epidemiol%C3%B3gicos-D7.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Generalidades/Unidad%202/Parte_3/06_Escala_de_depresi%C3%B3n_del_centro_de_estudios_epidemiol%C3%B3gicos-D7.pdf), 2024.

**Anexo 7:** Carta de aprobación con rúbrica de evaluación del trabajo final de graduación versión escrita, emitida por el tutor y lector.

Fecha: 05 abril de 2024

Dirigido a:

Universidad de Costa Rica,

Estimados:

- Miembros del Sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad de Costa Rica.
- Miembros del Comité director de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Autoridades respectivas y colaboradores del postgrado de la Universidad de Costa Rica.

Asunto: Aprobación de Trabajo Final de Graduación.

Saludos cordiales.

La presente carta es para certificar que hemos guiado, revisado y aprobado el trabajo final de graduación titulado "ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DIRIGIDAS AL PERSONAL DE SALUD Y APLICABLES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA, A TRAVÉS DE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LITERATURA PUBLICADA EN INGLÉS Y/ O ESPAÑOL ENTRE 2018 A 2023", realizado por el residente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria: Dr. Juan Gabriel Garro Romero, cedula: 304610216, residente de IV Año, Universidad de Costa Rica, con el objetivo de optar por el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y comunitaria.

El trabajo se adhiere y cumple con los requisitos solicitados por el postgrado respectivo y la Universidad de Costa Rica.

La calificación obtenida es:  Detallada en la siguiente rúbrica adjunta a este documento:

**Rúbricas para revisión de trabajos versión escrita (80%)**

**Rúbrica para un trabajo final de graduación de revisión bibliográfica**

Rubro	%	Puntuación			Puntuación obtenida	% obtenido
		8-10	6-7	1-5		
<b>Organización del trabajo</b>	10	Se siguió el orden establecido en el documento: Formato del Trabajo final de graduación	Se siguió el orden establecido en el documento: Formato del Trabajo final de graduación, sin embargo se omitió algún aspecto	No se siguió el orden establecido en el documento: Formato del Trabajo final de graduación	10	10
<b>Redacción y ortografía</b>	10	El trabajo está correctamente escrito, desde la morfosintaxis, la ortografía y los signos de puntuación	El trabajo está escrito bien, sin embargo presenta algún error gramatical u ortográfico	El trabajo presenta deficiencias en la escritura, en aspectos morfosintácticos, ortográficos y/o de puntuación	10	10

<b>Fuentes de información y recursos bibliográficos</b>	10	Se emplea la bibliografía acorde para el tema que se investiga, actualizada y confiable. Además de emplear correctamente la citación en formato APA	La bibliografía es de interés para la investigación realizada, sin embargo no es la más actual	La bibliografía empleada no es la más actualizada en el tema de investigación. Además no se empleó correctamente la citación en formato APA	10	10
<b>Objetivos del trabajo</b>	10	Los objetivos se adecúan y se desarrollan concreta y correctamente en el trabajo	Si bien los objetivos son claros y realistas el interés en el área MFYC	Los objetivos no se ajustan. No se elaboraron en coherencia con el trabajo expuesto y no gozan de interés con el área de la MFYC	10	10
<b>Marco Teórico</b>	30	El marco teórico es exhaustivo y tiene una relación directa con el tema de estudio, cuenta con un abordaje y estructura idónea del tema tratado	El marco teórico es aceptable, pero no suficiente para identificar completamente el tema tratado	El marco teórico es incompleto, no mantiene un hilo conductor con el tema y no contiene los elementos necesarios en relación con el tema de estudio	10	30
<b>Conclusiones</b>	20	Los resultados	Los resultados	Los resultados no	10	20

		responden al tema y los objetivos planteados, reflejan la búsqueda de esa articulación entre la comprensión de la teoría y su aporte en la MFYC	muestran coherencia con el tema de investigación y los objetivos propuestos, pero carecen de la articulación de la teoría y su aporte en la MFYC	responden a los objetivos planteados, no se relaciona con la teoría y el aporte en la MFYC		
<b>Apéndices y anexos</b>	10	Los anexos y apéndices son pertinentes para el trabajo, además de citarlos dentro del trabajo para comprender su razón de estar presentes en el documento	Los anexos y apéndices son los adecuados para el trabajo, pero no los suficientes	Los anexos y apéndices No son los adecuados para el trabajo, además no los suficientes.	10	10
<b>Nota final</b>						<b>100</b>

Según lo anterior se solicita respetuosamente brindar espacio para la defensa del trabajo la fecha del viernes 26 de abril de 2024.

Gracias por su colaboración.

Atentamente,

**OSCAR MAURICIO MURILLO PICADO (FIRMA)**  
 Firmado digitalmente por OSCAR MAURICIO MURILLO PICADO (FIRMA)  
 Fecha: 2024.04.09 07:29:12 -06'00'

**ERIC ARNULFO HIRSCH RODRIGUEZ (FIRMA)**  
 Firmado digitalmente por ERIC ARNULFO HIRSCH RODRIGUEZ (FIRMA)  
 Fecha: 2024.04.10 19:39:21 -06'00'

Dr. Oscar Murillo Picado. Cedula 204870293. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Costa Rica. Tutor del trabajo final de graduación.	Dr. Eric Hirsch Rodriguez. Especialista en Psiquiatría. Lector del trabajo final de graduación.
--	---

Nota: El original del documento anterior, se encuentra resguardado por el autor del trabajo final de graduación.

