



# GUÍA DE APLICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LOS PAÍSES

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



# VIVIR LA VIDA

Guía de aplicación para la prevención del  
suicidio en los países

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  

---

Américas

Versión oficial en español de la obra original en inglés  
Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries

© World Health Organization, 2021

ISBN 978-92-4-002662-9 (electronic version)

Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países

© Organización Panamericana de la Salud, 2021

ISBN: 978-92-75-32423-3 (impreso)

ISBN: 978-92-75-32424-0 (pdf)

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

**Forma de cita propuesta:** Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización. NMH/MH/2021

# Índice

Prefacio .....	vii
Nota de agradecimiento .....	viii
Introducción .....	1
<b>PARTE A. PILARES BÁSICOS DEL ENFOQUE “VIVIR LA VIDA”</b> .....	<b>6</b>
Análisis de la situación .....	7
Colaboración multisectorial .....	13
Sensibilización y promoción .....	25
Desarrollo de las capacidades .....	32
Financiamiento .....	39
Vigilancia .....	45
Monitoreo y evaluación .....	53
<b>PARTE B. VIVIR LA VIDA: PRINCIPALES INTERVENCIONES EFICACES PARA PREVENIR EL SUICIDIO</b> .....	<b>57</b>
Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio .....	58
Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio .....	65
Desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes .....	72
Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas .....	78
Anexo 1. Sectores e interesados directos de la prevención del suicidio .....	84
Anexo 2. Ejemplos adicionales de países .....	85
Anexo 3. Marco de indicadores de vivir la vida .....	108
Anexo 4. Recursos .....	114
Referencias .....	125

# Recuadros

Recuadro 1. Establecimiento de un comité directivo y de grupos de trabajo	3
Recuadro 2. Prevención del suicidio en situaciones de emergencia	5
Recuadro 3. Un análisis de la situación de la prevención del suicidio (Chequia)	10
Recuadro 4. Estudio nacional sobre el suicidio (Namibia)	11
Recuadro 5. Despenalización del suicidio (Irlanda)	14
Recuadro 6. Influencia de las circunstancias en la labor multisectorial para prevenir el suicidio (Suriname)	14
Recuadro 7. Integración de la prevención del suicidio en la política de salud mental y abuso de sustancias (Líbano)	15
Recuadro 8. Adaptaciones locales para la aplicación local y las poblaciones prioritarias	17
Recuadro 9. Cómo el gobierno facilitó la cooperación multisectorial (Bhután)	18
Recuadro 10. Formación de asociaciones público-privadas (Estados Unidos de América)	19
Recuadro 11. Influencia al más alto nivel (Australia)	20
Recuadro 12. Incluir a las personas que tienen experiencia directa	20
Recuadro 13. Actividades para salvar vidas, dirigidas por la comunidad (India)	22
Recuadro 14. Equipo de tareas presidencial para la prevención del suicidio (Sri Lanka)	23
Recuadro 15. La sensibilización crea demanda de servicios (Kenya)	26
Recuadro 16. Mes nacional de sensibilización sobre el suicidio (Japón)	26
Recuadro 17. See Me: cómo eliminar el estigma (Escocia)	27
Recuadro 18. Paladines decididos y comprometidos (Estados Unidos de América)	28
Recuadro 19. Convertir la pena en acción contra el suicidio (Iraq)	29
Recuadro 20. Ampliar la capacitación multisectorial de los guardianes (Malasia)	33
Recuadro 21. Desarrollo de las capacidades de los jueces (Ghana)	34
Recuadro 22. Fortalecimiento del personal de salud para prevenir el suicidio (Guyana)	36
Recuadro 23. Desarrollo de capacidades para la prevención del suicidio en el lugar de trabajo (Australia)	36
Recuadro 24. Lista de verificación: solicitud de fondos de presupuestos nacionales, regionales y locales	41
Recuadro 25. Filántropos (Ghana)	42
Recuadro 26. National Suicide Prevention Trial (Australia)	42
Recuadro 27. Vigilancia (Sri Lanka)	47
Recuadro 28. Vigilancia de las autolesiones (Federación de Rusia)	48
Recuadro 29. Sistema de registro de autolesiones y suicidios (República Islámica del Irán)	50
Recuadro 30. Vigilancia (tribu apache Montaña Blanca de los Estados Unidos)	51
Recuadro 31. Monitoreo y evaluación de una estrategia nacional de prevención (Irlanda)	55

Recuadro 32. Prohibición de plaguicidas altamente peligrosos (Sri Lanka) .....	59
Recuadro 33. Una historia de éxito (República de Corea) .....	63
Recuadro 34. Monitoreo de los medios de comunicación (Lituania) .....	65
Recuadro 35. Premio Papageno de los medios de comunicación (Austria) .....	67
Recuadro 36. Éxitos y desafíos respecto de la implicación de los medios de comunicación (Malasia) .....	69
Recuadro 37. Directrices para los medios de comunicación (Trinidad y Tabago) .....	69
Recuadro 38. Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar (Helping adolescents thrive (HAT)) de la Organización Mundial de la Salud .....	73
Recuadro 39. Aplicación basada en la evidencia para adolescentes aborígenes e isleños del estrecho de Torres australianos (Australia) .....	73
Recuadro 40. Jóvenes conscientes de la salud mental (YAM), desde la investigación hasta la aplicación (Suecia) .....	75
Recuadro 41. Manejo de casos de personas que han intentado suicidarse (República de Corea) .....	79
Recuadro 42. Atención postratamiento específico para aborígenes (Australia) .....	81
Recuadro 43. Ampliación de los servicios de salud mental y prevención del suicidio (República Islámica del Irán) .....	82
Recuadro 44. Sistema de análisis de datos y percepciones (Australia) .....	85
Recuadro 45. El estudio nacional sobre el suicidio (Irak) .....	86
Recuadro 46. Análisis de la situación (República Árabe Siria) .....	87
Recuadro 47. Un ejemplo de colaboración multisectorial ascendente (Brasil) .....	88
Recuadro 48. Colaboración multisectorial (Canadá) .....	89
Recuadro 49. Políticas y legislación sobre el alcohol (Federación de Rusia) .....	89
Recuadro 50. Participación significativa de personas que han vivido de cerca el suicidio en la prevención del suicidio (Escocia) .....	90
Recuadro 51. Roses in the Ocean: Organización para quienes han vivido la experiencia del suicidio (Australia) .....	91
Recuadro 52. Integración de un enfoque de toda la nación y de todo el gobierno (Estados Unidos) .....	93
Recuadro 53. Prevención y manejo del suicidio (Ribera Occidental y Gaza) .....	94
Recuadro 54. Sensibilización y promoción (Canadá) .....	95
Recuadro 55. Día Mundial de la Salud Mental y Día Mundial para la Prevención del Suicidio .....	95
Recuadro 56. Adaptación relativa a LGBTQI de la formación de guardianes basada en la evidencia (Australia) .....	96
Recuadro 57. Proyecto de formación de guardianes comunitarios (Canadá) .....	97
Recuadro 58. Desarrollo de capacidades (República Islámica del Irán) .....	97
Recuadro 59. Programa de apoyo psicosocial y de salud mental de la OIM: prevención y respuesta en materia de suicidio (Irak) .....	98
Recuadro 60. Evaluación de la formación de guardianes (Países Bajos) .....	98
Recuadro 61. Prevención del suicidio (Turquía) .....	99

Recuadro 62. El Registro de Suicidios de Queensland (Australia) .....	100
Recuadro 63. Vigilancia de lesiones intencionales (Brasil) .....	101
Recuadro 64. Observatorio de la Conducta Suicida (Centroamérica y República Dominicana) .....	101
Recuadro 65. El sistema de monitoreo de autolesiones del Hospital Universitario Aga Khan (AKUH-SHMS) (Pakistán) .....	102
Recuadro 66. Prohibiciones de plaguicidas (Bangladesh) .....	103
Recuadro 67. Limitación del acceso a los medios en la comunidad (Canadá) .....	103
Recuadro 68. Restringir el acceso a los medios de suicidio .....	104
Recuadro 69. Prohibición del paraquat (Malasia) .....	104
Recuadro 70. Adaptación y aplicación de directrices para que los medios de comunicación informen de forma responsable sobre el suicidio (Eslovenia) .....	105
Recuadro 71. Red de facilitadores de grupos de apoyo para personas en duelo por suicidio (Canadá) .....	106
Recuadro 72. Seguimiento de las personas que han intentado suicidarse (República Islámica del Irán) .....	106
Recuadro 73. Asistente de recuperación como profesión emergente (Polonia) .....	107



## Prefacio

Toda muerte por suicidio es un hecho sumamente triste. Es extremadamente doloroso para los familiares cercanos y amigos que quedan y no pueden entender la razón de lo sucedido. Inevitablemente, su tristeza se multiplica al preguntarse qué podrían haber hecho para prevenir la muerte prematura.

Cada año ocurren más de 700.000 muertes por suicidio en el mundo y cada una de ellas es una tragedia que tiene repercusiones de gran alcance en familias, amigos y comunidades. Estas muertes prematuras y evitables son la razón por la que esta guía es tan importante.

No podemos seguir pasando por alto el suicidio. En algunos países, la prevención del suicidio ocupa un lugar preeminente en sus agendas, pero muchos otros siguen sin comprometerse. Las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y del Plan de Acción sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud para reducir la tasa mundial de mortalidad por suicidio no se lograrán a menos que transformemos nuestros esfuerzos encaminados a realizar acciones eficaces para prevenir el suicidio.

VIVIR LA VIDA es el enfoque de la OMS para la prevención del suicidio. Este presenta en detalle los aspectos prácticos de la aplicación de cuatro intervenciones basadas en la evidencia para prevenir el suicidio, además de seis pilares transversales que son fundamentales para su aplicación. A lo largo de esta guía, las intervenciones y pilares de VIVIR LA VIDA van acompañados de estudios de casos de países de todo el mundo. Estos estudios de casos presentan una amplia gama de actividades inspiradoras en diversos contextos. Esperamos que los encar-

gados de la toma de decisiones consideren las enseñanzas extraídas por los países y las comunidades que han trabajado activamente en la prevención eficaz del suicidio.

VIVIR LA VIDA reconoce el papel que desempeñan tanto los gobiernos como las comunidades en la puesta en práctica de las acciones dirigidas a la prevención del suicidio. Actualmente, se sabe que 38 países tienen una estrategia nacional de prevención del suicidio. Una estrategia nacional de prevención del suicidio financiada, con intervenciones y pilares del enfoque VIVIR LA VIDA representa la máxima expresión de una respuesta al suicidio dirigida por el gobierno, pero la ausencia de una estrategia de ese tipo no debería impedir que un país comience a aplicar el enfoque VIVIR LA VIDA. Mediante la aplicación de VIVIR LA VIDA, los países podrán establecer una respuesta nacional integral a la prevención del suicidio.

La presente guía sirve de catalizador para que los gobiernos tomen medidas basadas en la evidencia. Permite a los países proteger la vida de las personas afligidas de forma intolerable y corren el riesgo de suicidarse. Esta guía presenta un enfoque multisectorial para la prevención del suicidio, ya que todos tenemos la responsabilidad de trabajar juntos para prevenir el suicidio.

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus  
Director-General  
World Health Organization

# Nota de agradecimiento

## CONCEPTUALIZACIÓN Y ORIENTACIÓN

Dévora Kestel (OMS), Mark van Ommeren (OMS)

Coordinación y edición del proyecto

Alexandra Fleischmann (OMS), Aiysha Malik (OMS), Amrita Parekh (India), Hannah Wilson (Reino Unido)

## CONTRIBUCIÓN TÉCNICA O REVISIÓN<sup>1</sup>

### Colaboradores y revisores internacionales

Sabah Abdulrahman (Iraq), Esra Alatas (Turquía), Louis Appleby (Reino Unido), Ella Arensman (Irlanda), Anna Baran (Polonia), Sandra Barnes (Estados Unidos), José Bertolote (Brasil), Daria Biechowska (Polonia), Karlina Brathwaite (Trinidad y Tabago), Felicity Brown (Jordania), Vladimir Carli (Suecia), Lai Fong Chan (Malasia), Mary Cwik (Estados Unidos), Jayamal De Silva (Sri Lanka), Michael Eddleston (Reino Unido), Rabih El Chammay (Líbano), Gerdien Franx (Países Bajos), Tobi Graafsma (Suriname), Alexander Grabenhofer-Eggerth (Austria), Jorgen Gullestrup (Australia), David Gunnell (Reino Unido), Ahmad Hajebi (República Islámica del Irán), Lyndal Halliday (Australia), Gregor Henderson (Reino Unido), Andrea Horvath (Estados Unidos), Gerard Hutchinson (Trinidad y Tabago), Linda Jaber (Ribera Occidental y Gaza), Samah Jabr (Ribera Occidental y Gaza), James Jopling (Reino Unido), Manfredine Kandjii (Namibia), Alexandr Kasal (Chequia), Tim Kendall (Reino Unido), Murad Khan (Pakistán), Myung Ki (República de Corea), Nour Kik (Líbano), Kairi Kõlves (Australia), Johanna Lechner (Jordania), Kirsty Licence (Reino Unido), Kazem Malakouti (República Islámica del Irán), Gamini Manuweera (Suiza), Hatem Alaa Marzouk (Egipto), Janey McGoldrick (Australia), Richard McKeon (Estados Unidos), John Mitchell (Reino Unido), Yutaka Motohashi (Japón), Merab Mulindi (Kenya), Jay Nairn (Reino Unido), Ashley Nemiro (Dinamarca), Thomas Niederkrotenthaler (Austria), Merete Nordentoft (Dinamarca), Kevin O'Neill (Reino Unido), Joseph Osafo (Ghana), Jong-Woo Paik (República de Corea), Elise Paul (Reino Unido), Jane Pearson (Estados Unidos), Jane Pirkis (Australia), Steven Platt (Reino Unido), Gwendolyn Portzky (Bélgica), Vita Postuvan (Eslovenia), György Purebl (Hungría), Jerry Reed (Estados Unidos), Dan Reidenberg (Estados Unidos), Mohsen Rezaeian (República

Islámica del Irán), Util Richmond-Thomas (Guyana), Joanna Rogalska (Polonia), Ignas Rubikas (Lituania), Shekhar Saxena (Estados Unidos), Fiona Shand (Australia), Jaelea Skehan (Australia), Eve Stamate (Australia), Clare Stevens (Estados Unidos), Deborah Stone (Estados Unidos), Elly Stout (Estados Unidos), Karla Thorpe (Canadá), Barbara Van Dahlen (Estados Unidos), Lakshmi Vijayakumar (India), Yeshi Wangdi (Bután), Danuta Wasserman (Suecia), Claire Whitney (Estados Unidos), Shirley Windsor (Reino Unido), Petr Winkler (Chequia), Brianna Woodward (Australia), Joana Zasmavičienė (Lituania).

### Participantes en reuniones para elaborar y finalizar la guía

Helal Uddin Ahmed (Bangladesh), Ella Arensman (Irlanda), Phanindra Prasad Baral (Nepal), Karlina Brathwaite (Trinidad y Tabago), Vladimir Carli (Suecia), Lai Fong Chan (Malasia), Jayamal De Silva (Sri Lanka), Mindu Dorji (Nepal), Ahmad Hajebi (República Islámica del Irán), Manfredine Kandjii (Namibia), Basu Dev Karki (Nepal), Alexandr Kasal (Chequia), Elena Kazantseva (Mongolia), Myung Ki (República de Corea), Masashi Kizuki (Japón), Käthlin Mikiver (Estonia), Yutaka Motohashi (Japón), Jane Pirkis (Australia), Steven Platt (Reino Unido), Juan Manuel Quijada Gaytán (México), Thilini Rajapakshe (Sri Lanka), Rohan Ratnayake (Sri Lanka), Util Richmond-Thomas (Guyana), Ignas Rubikas (Lituania), Diana Tejadilla (México), Yongsheng Tong (China), Bayarmaa Vanchindorj (Mongolia), Esther Walter (Suiza), Yeshi Wangdi (Bhután), Claire Whitney (Estados Unidos), Anna Williams, (Reino Unido), Petr Winkler (Chequia).

### Sede de la OMS

Richard Brown, Kenneth Carswell, Batool Fatima, Michelle Funk, Brandon Gray, Fahmy Hanna, Brian Ogallo, Alison Schafer, Chiara Servili, Inka Weissbecker.

### Oficinas regionales de la OMS

Kate Ribet, Oficina Regional de la OMS para África Renato Oliveira e Souza, Claudina Cayetano y Carmen Martínez Viciano, Oficina Regional de la OMS para las Américas; Nazneen Anwar, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; Dan Chisholm, Elena Shevkun y Meredith Fendt-Newlin, Oficina Regional de la OMS para Europa; Khalid Saeed, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; Martin Vandendyck, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental.

<sup>1</sup> La guía de aplicación de VIVIR LA VIDA se elaboró mediante un proceso consultivo en el que expertos técnicos y nacionales, encargados de la aplicación y personas con experiencia vivida procedentes de todas las regiones de la OMS contribuyeron a un proceso de encuestas y entrevistas antes de orientar la elaboración, así como dos reuniones consultivas y un examen internacional.

**Oficinas de la OMS en los países**

Catarina Dahl, Oficina de la OMS en el Brasil; Jennifer Hall, Oficina de la OMS en Fiji; Edwina Zoghbi, Oficina de la OMS en el Líbano; Bolormaa Sukhbaatar, Oficina de la OMS en Mongolia; Kedar Marahatta, Oficina de la OMS en Nepal; Olga Manukhina, Oficina de la OMS en la Federación de Rusia; Thirupathy Suveendran, Oficina de la OMS en Sri Lanka; Wendy Emanuelson-Telgt, Oficina de la OMS en Suriname; Taraleen Malcolm, Oficina de la OMS en Trinidad y Tabago; Manuel De Lara y Akfer Karaođlan Kahilođullari, Oficina de la OMS en Turquía; Rajiah Abu Sway, Oficina de la OMS en la Ribera Occidental y Gaza.

**Apoyo administrativo**

Ophel Riano (OMS), Evelyn Finger (OMS), Zahiri Malik (OMS)

**Equipo de producción**

Edición: David Bramley (Suiza)

Diseño gráfico y maquetación: Kellie Hopley Design Ltd

La OMS desea agradecer al Gobierno de Japón y al Centro Coreano de Prevención del Suicidio por sus contribuciones financieras.

# Resumen ejecutivo

## INTRODUCCIÓN

Cada año, más de 700.000 personas pierden la vida por suicidio. Reducir la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para 2030 es tanto un indicador como una meta (la única en materia de salud mental) en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas y en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS. El 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023 de la OMS incluye este mismo indicador con una disminución del 15% para 2023.

El mundo no va por buen camino para alcanzar las metas de reducción de suicidios para 2030. La OMS aboga por que los países tomen medidas para evitar el suicidio, preferiblemente a través de una estrategia nacional integral de prevención. Los gobiernos y las comunidades pueden contribuir a prevenir el suicidio aplicando el enfoque VIVIR LA VIDA de la OMS para la iniciación de la prevención del suicidio, en el que los países puedan basarse para elaborar posteriormente una estrategia nacional integral de prevención del suicidio. La guía se dirige a todos los países, tengan o no una estrategia nacional de este tipo en la actualidad.

## PARTE A. PILARES BÁSICOS DEL ENFOQUE "VIVIR LA VIDA"

Los pilares fundamentales de VIVIR LA VIDA son los siguientes:

Análisis de la situación

- Colaboración multisectorial
- Sensibilización y promoción
- Desarrollo de las capacidades
- Financiación
- Vigilancia, monitoreo y evaluación

En la parte A se examina cada uno de estos pilares básicos formulando las preguntas "¿Qué?", "¿Por qué?", "¿Dónde?", "¿Cuándo?", "¿Quién?" y "¿Cómo?". Hay un cuadro para cada pilar en el que se muestran los elementos que deben incluirse; se ofrecen ejemplos de todo el mundo en recuadros, y cada subsección concluye con «consejos para la aplicación».

El **análisis de la situación** proporciona los precedentes y el perfil actual del suicidio y de la prevención del suicidio. Por tanto, es importante para fundamentar la planificación y la puesta en práctica de las actividades de control del suicidio. El análisis puede llevarse a cabo a nivel nacional, regional o local y debe

ser realizado cuando se inicien las labores de prevención del suicidio a cargo de un grupo de trabajo formado por especialistas, partes interesadas y personas que hayan vivido la experiencia del suicidio de cerca. El grupo de trabajo recoge datos (como las tasas de suicidio y autolesiones, los métodos utilizados, los factores desencadenantes o de protección, la legislación, los servicios y los recursos), dirige el análisis de la situación, elabora un informe y lo comparte con los encargados de la toma de decisiones, los responsables de formular políticas y los financiadores para influir en la movilización de recursos o el mandato de actuación. Las principales preocupaciones son garantizar la confidencialidad, proteger la privacidad de las personas y evitar que se fomenten los suicidios.

La **colaboración multisectorial** es necesaria, ya que los factores de riesgo del suicidio están relacionados con muchas áreas. Un enfoque que abarque a todo el gobierno o a toda la sociedad funciona en todos los sectores o departamentos del gobierno e incluye a los grupos no gubernamentales y comunitarios. Con el liderazgo del gobierno, este enfoque facilita la puesta en común de conocimientos, el intercambio de metodologías y lecciones aprendidas, y la divulgación de los datos e investigaciones relacionados con el suicidio. También fomenta la transparencia y la rendición de cuentas. Este tipo de colaboración debe comenzar en las primeras etapas y tanto el gobierno como los asociados han de asegurarse de estar preparados. Un enfoque multisectorial se basa en una visión de la colaboración y en un método acordado de participación con evaluaciones rutinarias. Pueden surgir problemas si los sectores distintos del sector de la salud consideran que el suicidio es únicamente un problema de salud. Hay que definir claramente el papel de cada parte interesada y acordar las acciones en caso de que las partes interesadas tengan dificultades para cumplir con sus responsabilidades.

La **sensibilización y promoción** dependen de un proceso organizado de comunicación dirigido a un público determinado. La sensibilización llama la atención de las personas sobre hechos como que el suicidio es un grave problema de salud pública. La promoción tiene como objetivo generar cambios como la despenalización o una estrategia nacional de prevención del suicidio. La sensibilización y la promoción de la prevención del suicidio pueden variar adoptando formas que van desde eventos organizados en una sola comunidad hasta campañas de comunicación pública a escala nacional, que pueden ser continuas, periódicas o anuales (como el Día Mundial de la Prevención del Suicidio), en las que hay defensores que dirigen las campañas públicas. Es importante decidir el mensaje que se

va a comunicar, adaptarlo al público destinatario, seleccionar los medios de comunicación y comprobar previamente la aceptabilidad y la posible repercusión del mensaje. Las iniciativas deben tener un enfoque claro y hacer un llamamiento a la acción, como poner en contacto a las personas con los servicios de apoyo en lugar de abordar el suicidio en general.

El **desarrollo de las capacidades** puede coordinarse a nivel nacional o llevarse a cabo en la comunidad. Es posible realizarlo incluyendo la prevención del suicidio en la formación previa al empleo o la formación continua de los trabajadores de la salud, pero también puede activarse cuando surgen problemas como altas tasas de suicidio o estigmatización. Puede ir dirigida a los trabajadores de la salud, al personal de los servicios de emergencia, a los profesores y los trabajadores que se ocupan de los jóvenes, así como a otros trabajadores como los peluqueros y camareros, que suelen charlar con sus clientes. Para los trabajadores de la salud no especializados y los agentes de salud comunitarios, se puede utilizar el módulo de autolesiones/suicidio de la Guía de intervención mhGAP de la OMS y los materiales de formación conexos. Es recomendable emplear un modelo de capacitación de formadores, ya que esto aumenta los recursos humanos disponibles para impartir la formación. Con un abanico tan amplio de destinatarios de la formación, es importante que la formación se adapte al contexto sociocultural y que refuerce los conocimientos de los destinatarios sobre el suicidio y su prevención.

La **financiación** para la prevención del suicidio es a menudo escasa debido a factores tales como las malas condiciones económicas, la falta de priorización del suicidio como un problema grave y la falta de reconocimiento de que los suicidios son prevenibles. Las solicitudes de financiación deben centrarse en la elaboración y aplicación de políticas, estrategias y planes, y no solo en el desarrollo de servicios. La guía ofrece asesoramiento sobre cómo abordar la recaudación de fondos para la prevención del suicidio y señala que debe ser un proceso continuo. Se describen las etapas de elaboración del presupuesto, así como la búsqueda e identificación de posibles financiadores, la preparación de propuestas y el mantenimiento de las relaciones con los financiadores, independientemente de su decisión. Se anima a los grupos implicados a compartir experiencias que demuestren el efecto que tienen las intervenciones de prevención del suicidio debidamente financiadas.

La **vigilancia** puede proporcionar datos sobre el suicidio y las autolesiones para orientar las intervenciones de VIVIR LA VIDA.

Se destacan fuentes de datos como el registro civil y las estadísticas vitales, los expedientes y policiales y de salud, las autopsias verbales y las encuestas poblacionales, aunque depende del grado de vigilancia del suicidio y las autolesiones que se haya realizado anteriormente. Se debe dar preferencia a la obtención de datos de alta calidad de varios lugares representativos en vez de a la obtención de datos de baja calidad extraídos de todo el país. Los resultados clave, entre ellos las tasas y tendencias de los suicidios y las autolesiones, pueden ayudar a orientar las actividades de prevención. Por tanto, es importante publicar informes con regularidad para que sirvan de base a la acción.

En el **monitoreo y la evaluación** se ha de tener en cuenta si una intervención ha sido eficaz, si se ha llevado a cabo según lo previsto y si en su realización se han aprovechado correctamente los recursos. Detectar los cambios habidos en las tasas de suicidio es una tarea compleja, pero resulta necesaria para evaluar si VIVIR LA VIDA está logrando su objetivo previsto de reducir los suicidios y las autolesiones. Para llevar a cabo el monitoreo y la evaluación es probable que se necesite un equipo especializado (que incluya, por ejemplo, epidemiólogos, estadísticos y recopiladores de datos), y puede ser útil asociarse con instituciones académicas. Será preciso definir los efectos y determinar los indicadores, siendo el objetivo principal la disminución de las tasas de suicidio y autolesiones. La guía subraya que, sin objetivos e indicadores claros, será difícil mostrar los avances logrados y, por tanto, resultará más complicado justificar la financiación.

## PARTE B. “VIVIR LA VIDA”: PRINCIPALES INTERVENCIONES EFICACES PARA PREVENIR EL SUICIDIO

Las intervenciones que se describen en la guía son:

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 socioemocionales para la vida de los adolescentes
- Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas.

En relación con los pilares básicos de la parte A, para cada una de las intervenciones de la parte B se plantean las preguntas «¿Qué?», «¿Por qué?», «¿Dónde?», «¿Cuándo?», «¿Quién?» y «¿Cómo?».

### Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio

es una intervención universal basada en la evidencia para la prevención del suicidio. Según el país, esto puede traducirse en prohibir los plaguicidas altamente peligrosos, restringir las armas de fuego, instalar barreras en los lugares de salto, limitar el acceso a los puntos de ligadura o tomar otras medidas para dificultar el acceso a los medios de suicidio. La mayoría de las personas que tienen una conducta suicida sufren una ambivalencia sobre la vida o la muerte, y muchos suicidios son una respuesta a factores de estrés agudos. Hacer que los medios letales de suicidio sean más difíciles de conseguir da a las personas en situación de angustia tiempo para superar las crisis agudas antes de emprender una acción fatal. Esta sección se centra en los plaguicidas, que según las estimaciones son utilizados en una quinta parte de todos los suicidios que se producen en el mundo. Constituyen un problema especial en lugares rurales donde hay una gran proporción de residentes que trabajan en la agricultura.

Restringir el acceso a los plaguicidas requiere una colaboración multisectorial entre todas las partes interesadas, incluidos los ministerios de salud y agricultura, los reguladores y los registradores, así como los líderes comunitarios. El mismo principio de un enfoque nacional multisectorial se aplica a otros medios de suicidio (por ejemplo, el sector del transporte y la necesidad de poner barreras). A nivel personal, se podría pedir a los miembros de la familia que retiren los medios de suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego, cuchillos, medicamentos) de un

hogar donde hay una persona en riesgo. Es importante destacar que la evidencia demuestra que la restricción de un método de suicidio no conduce inevitablemente a un aumento del uso de otros medios.

**Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio** es importante, porque informar de un suicidio puede llevar a un aumento del número de suicidios por imitación, especialmente si la noticia se refiere a una persona famosa o describe el método seguido. El objetivo a nivel de país es trabajar con los medios de comunicación nacionales (y las redes sociales), y a nivel local con los medios de información locales, como periódicos o emisoras de radio. En la guía se aconseja monitorear la información sobre el suicidio y se propone ofrecer ejemplos de personas muy conocidas que compartan sus experiencias de recuperación satisfactoria tras superar problemas de salud mental o pensamientos suicidas. También se propone trabajar con las empresas de redes sociales para aumentar su concienciación y mejorar sus protocolos de identificación y eliminación de contenidos perjudiciales.

**Desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes** es el objetivo principal de las directrices de la OMS destinadas a ayudar a los adolescentes a prosperar (*Helping adolescents thrive (HAT)*). Si bien la adolescencia (de 10 a 19 años) es un período crítico para adquirir aptitudes socioemocionales, también es una etapa de riesgo para la aparición de trastornos mentales. En lugar de centrarse explícitamente en el suicidio, las directrices HAT recomiendan que los programas empleen un enfoque positivo de la salud mental. Otras recomendaciones son la formación del personal educativo, las iniciativas para velar por un entorno escolar seguro (como los programas contra el acoso escolar), los vínculos con los servicios de apoyo, una política y unos protocolos claros para el personal cuando se detecte el riesgo de suicidio, y una mayor concienciación de los padres sobre la salud mental y los factores de riesgo. Hay que recordar a los profesores o cuidadores que hablar del suicidio con los jóvenes no va a aumentar el riesgo de suicidio, sino que hará que los jóvenes se sientan más capaces de acudir a ellos en busca de apoyo cuando lo necesiten. También debe garantizarse el bienestar del personal.

**Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas.**

Esta recomendación pretende conseguir que las personas que corren el riesgo de suicidarse, o que hayan intentado suicidarse, reciban el apoyo y la atención que necesitan. Se dirige a los trabajadores de la salud y a otras personas, incluidos los familiares, que puedan tener contacto con una persona en riesgo. También se aplica a los sistemas de salud, que deben incorporar la prevención del suicidio como un componente básico para intervenir de forma temprana cuando se advierte que una persona está en riesgo de suicidarse. Además, debe ofrecerse apoyo a las personas que han intentado suicidarse y a las que han perdido a un ser querido por dicha causa. Dado que no suele ser una prioridad de salud pública, la guía recomienda abogar por la prevención del suicidio ante los responsables de la formulación de políticas, sensibilizar a la comunidad y aportar pruebas de la eficacia y costo-eficacia de la prevención del suicidio.

La guía contiene cuatro anexos: 1) una lista de sectores y partes interesadas pertinentes a la prevención del suicidio; 2) 30 recuadros en los que se describen las actividades de los países para la prevención del suicidio (además de los 43 recuadros descriptivos que figuran en el texto de la guía); 3) el marco de indicadores de VIVIR LA VIDA en el que se enumeran los objetivos, los efectos y los indicadores del enfoque VIVIR LA VIDA; y 4) listas de recursos de la OMS y de otros organismos sobre la prevención del suicidio, clasificadas por: análisis de la situación; colaboración multisectorial; sensibilización y promoción; desarrollo de las capacidades; financiación; vigilancia, monitoreo y evaluación; 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 socioemocionales para la vida de los adolescentes; y actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conducta suicida.



© WHO / Volodymyr Shuvayev

# Introducción

## ANTECEDENTES

Cada año, más de 700.000 personas pierden la vida por suicidio, sin importar su contexto socioeconómico. El suicidio es la cuarta causa principal de mortalidad entre las personas de 15 a 29 años y la tercera entre las niñas de 15 a 19 años. La mayoría de las muertes por suicidio (77%) ocurre en los países de ingresos bajos y medianos<sup>2</sup>.

Todo suicidio es una tragedia con importantes repercusiones en las familias, amigos y comunidades. Reducir el número de muertes por suicidio en el mundo es un imperativo mundial, y se han fijado objetivos globales al respecto. La reducción de la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para el 2030 se ha incluido como indicador y como meta (la única relativa a la salud mental) en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS de la ONU)<sup>3</sup> y en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 de la OMS. El 13.º Programa General de Trabajo (13.º PGT) 2019-2023<sup>4</sup> de la OMS incluye el mismo indicador con una reducción del 15% para el 2023.

Desde el 2010 se ha producido una pequeña reducción de la tasa mundial de suicidio normalizada por edad, pero la tendencia mundial oculta las variaciones registradas a nivel regional y nacional; no todos los países se han comprometido a prevenir el suicidio, y algunos han registrado un aumento de las tasas de suicidio. El mundo no está bien encaminado para lograr las metas mundiales para el 2030. Esto significa que, a menos que se realicen esfuerzos acelerados y sostenidos para prevenir el suicidio, las metas mundiales no se lograrán, y muchas más personas perderán la vida por una causa evitable.

Queda mucho por hacer para reducir el número de personas que se suicidan. Por consiguiente, la OMS ha elaborado la presente guía a fin de 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.

La OMS aboga por que los países tomen medidas relativas a la prevención del suicidio, idealmente a través de una estrategia nacional integral de prevención del suicidio. Una estrategia

nacional integral dirigida por el gobierno es un instrumento eficaz que ayuda a asegurar que el gobierno y otros interesados directos se comprometan a prevenir el suicidio en un país, que estas actividades estén coordinadas y monitoreadas, que la prevención del suicidio se coloque en un lugar destacado de la agenda política y que se asignen recursos para que se puedan implementar las actividades necesarias. Si bien ha habido progresos y algunos países han trabajado muy activamente en la prevención del suicidio, solo 38 países tenían una estrategia nacional específica para la prevención del suicidio en el 2018 (OMS, 2018a). Además, los gobiernos suelen subestimar la importancia de coordinar la aplicación de la estrategia nacional después de haberse adoptado. En el ámbito de las enfermedades no transmisibles (ENT), las brechas en la ejecución de los planes de acción nacionales se han atribuido a un financiamiento insuficiente, capacidad limitada, inacción en todos los sectores y falta de monitoreo y evaluación normalizados (Tuangratananon *et al.*, 2018). De hecho, faltan en gran medida evaluaciones de las estrategias nacionales de prevención del suicidio.

La ausencia de una estrategia nacional integral de prevención del suicidio no debe impedir que los países implementen intervenciones para dicha prevención. En muchos países que no tienen ninguna estrategia, una amplia gama de interesados directos participan en actividades de prevención del suicidio, desde la organización de grupos de apoyo a los sobrevivientes hasta la sensibilización y la promoción para los grupos de población que corren riesgo. Los interesados directos comunitarios (véase el anexo 1, en el que figura una lista de sectores e interesados directos) se beneficiarán de la aplicación de cualquiera de los componentes de VIVIR LA VIDA; su aplicación puede constituir el inicio de la prevención del suicidio en un país y adquiere impulso con el potencial de convertirse en una respuesta nacional para la prevención del suicidio. Por consiguiente, tanto los gobiernos como las comunidades contribuyen a la prevención del suicidio al aplicar VIVIR LA VIDA mediante procesos descendentes y ascendentes, respectivamente.

VIVIR LA VIDA es el enfoque de la OMS para iniciar la aplicación y hacer hincapié en la ampliación a nivel nacional de cuatro intervenciones clave de prevención del suicidio basadas en la evidencia, a saber:

- 2 Global health estimates: leading causes of death. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghel-leading-causes-of-death>, consultado el 28 de enero del 2021).
- 3 Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas ([https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review\\_Eng.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review_Eng.pdf), consultado el 28 de enero del 2021).
- 4 13.º Programa General de Trabajo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_4-sp.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-sp.pdf?ua=1), consultado el 28 de enero del 2021).

- velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio (p. ej., prohibir los plaguicidas altamente peligrosos);
- interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio;
- desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes; y
- actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas.

La aplicación y la ampliación satisfactorias de estas intervenciones clave requieren seis pilares fundamentales transversales, a saber:

- análisis de la situación;
- colaboración multisectorial;
- sensibilización y promoción;
- desarrollo de las capacidades;
- financiamiento; y
- vigilancia, monitoreo y evaluación.

Además de contribuir independientemente a la reducción del suicidio, combinar la aplicación de todos los pilares e intervenciones de VIVIR LA VIDA tendrá un efecto sinérgico en el que los diferentes componentes interactúan para producir beneficios adicionales (Harris *et al.*, 2016; Yip y Tang, 2021). Por ejemplo, un evento de sensibilización podría aumentar la demanda de formación para el desarrollo de las capacidades, lo que a su vez conduciría a una mayor intervención temprana para las conductas suicidas.

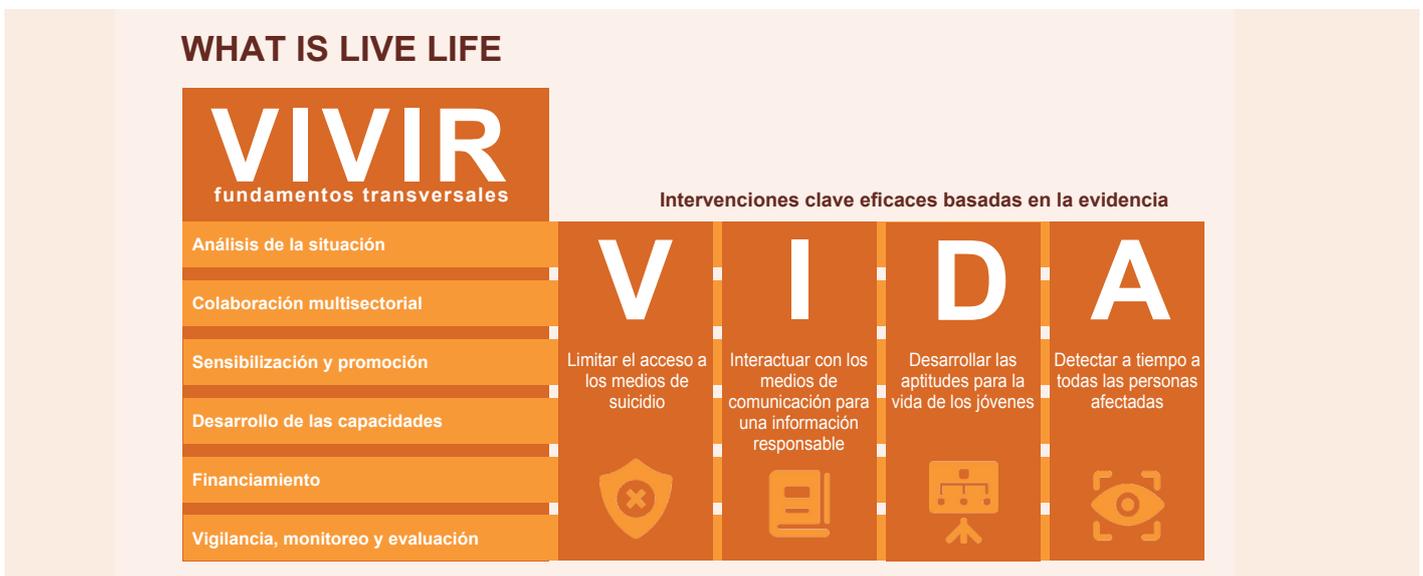
Es necesario trabajar con miras a lograr la plena aplicación de VIVIR LA VIDA en todos los países y contextos. VIVIR LA VIDA sirve de punto de partida desde el cual los países pueden establecer nuevas intervenciones de prevención del suicidio basadas en la evidencia para elaborar una estrategia nacional integral de prevención del suicidio. Todos los pilares y las intervenciones que se describen en la presente guía VIVIR LA VIDA son componentes para una respuesta nacional y normalmente formarían parte de una estrategia nacional de prevención del suicidio. Los países que cuentan con una estrategia nacional, o en los que la prevención del suicidio está integrada en los planes de acción pertinentes, como los destinados a la salud mental, el alcohol o las ENT, se beneficiarán de asegurar que se apliquen sus estrategias o planes de acción, dando prioridad a la aplicación de esos componentes.

## ¿A QUIÉN VA DIRIGIDA ESTA GUÍA?

La guía es para:

- todos los países, independientemente de si tienen una estrategia nacional de prevención del suicidio;
- puntos focales nacionales o locales para la prevención del suicidio, la salud mental, el alcohol o las ENT; e
- interesados directos comunitarios que tengan un interés personal o que ya pueden estar participando en la aplicación de actividades de prevención del suicidio.

Figura 1. Fundamentos transversales e intervenciones eficaces clave basadas en la evidencia de VIVIR LA VIDA



## ¿QUÉ ABARCA?

La guía explica cómo establecer los pilares fundamentales y cómo ejecutar intervenciones eficaces clave basadas en la evidencia de VIVIR LA VIDA (figura 1).

La guía abarca:

- lo *que* es cada pilar e intervención de VIVIR LA VIDA;
- *por qué* es importante para la prevención del suicidio;
- *dónde* se puede aplicar;
- *cuándo* debe llevarse a cabo;
- *quién* sería responsable de la aplicación; y
- *cómo* se puede aplicar

La guía también contiene:

- recuadros con ejemplos a lo largo del texto y, en el anexo 2, otros ejemplos proporcionados por países; y
- consejos para la aplicación.

Además:

- en el anexo 1 figura una lista de sectores e interesados directos que pueden participar en VIVIR LA VIDA;
- en el anexo 2 figuran otros ejemplos proporcionados por países y comunidades;

- en el anexo 3 figura un marco de indicadores que puede utilizarse para monitorear la aplicación de VIVIR LA VIDA; y
- en el anexo 4 figuran recursos para obtener más información.

## ¿QUÉ NO ABARCA?

Esta guía no abarca:

- la elaboración de una estrategia nacional integral de prevención del suicidio a nivel gubernamental, ni ejemplos de estrategias, ya que esto se presenta en otras publicaciones de la OMS (OMS, 2012; OMS, 2014; OMS, 2018a);
- un enfoque por pasos para implicar a las comunidades en la prevención del suicidio, ya que esto está disponible en una publicación de la OMS (OMS, 2018d) y su correspondiente curso de aprendizaje electrónico sobre la implicación comunitaria<sup>5</sup>;
- un modelo de salud pública para la prevención del suicidio ni factores de riesgo y de protección –que abarca cuestiones sistémicas, sociales, comunitarias, individuales y en materia de relaciones que reflejan un modelo ecológico– que se tratan en otra publicación de la OMS (OMS, 2014).

### Recuadro 1. Establecimiento de un comité directivo y de grupos de trabajo

Se necesita un comité directivo (o comité de supervisión o equipo de tareas) para proporcionar liderazgo y coordinación, y también para estructurar la planificación, la dotación de recursos, la aplicación, el monitoreo y la evaluación de VIVIR LA VIDA.

Se convocarían grupos de trabajo (subdivisiones del comité directivo) para dirigir la aplicación de cada pilar e intervención. Un miembro del comité directivo debe mantener la coherencia y facilitar la coordinación entre grupos.

En ambos niveles debe incluirse a personas que encarnen la autoridad, la administración y los conocimientos técnicos. Lo ideal sería que hubiera colaboración entre grupos o personas de los sectores público, privado y comunitario (véase el anexo 1, en el que figura una lista de sectores e interesados directos). Deben incluirse:

- personas que ocupan cargos de liderazgo en los sectores pertinentes (p. ej., atención de salud, educación, empleo, desarrollo social);
- personas con experiencia en la prevención del suicidio (p. ej., expertos académicos, del sector de la salud y de organizaciones no gubernamentales (ONG));
- personas con aptitudes y experiencia específicas del pilar o la intervención en cuestión (p. ej., un grupo de trabajo para el análisis de la situación debe incluir a personas con aptitudes en materia de recopilación y análisis de datos, mientras que un grupo de trabajo encargado de interactuar con los medios de comunicación debe incluir a personas de organismos de regulación de los medios u ONG con experiencia en la interacción con los medios); y
- personas que han vivido de cerca el suicidio (que han tenido pensamientos suicidas, han intentado suicidarse, han cuidado a un ser querido durante una crisis suicida o han sufrido un duelo por suicidio).

<sup>5</sup> Engaging communities in preventing suicide. curso de aprendizaje electrónico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://accesswho-campusvirtuales.org/engaging-communities-preventing-suicide>, consultado el 28 de enero del 2021).

No debe subestimarse la importancia de establecer guías claras del comité directivo y los grupos de trabajo. Del mismo modo, es necesario definir explícitamente las funciones y responsabilidades de los miembros de los grupos para asegurar que se rindan cuentas por las medidas adoptadas. No es necesario tener 10 grupos de trabajo separados para los pilares y las intervenciones de VIVIR LA VIDA, ya que un grupo de trabajo puede ocuparse de varios pilares o intervenciones, dependiendo de los recursos y las limitaciones de tiempo. En última instancia, los grupos de trabajo dirigen la planificación y la aplicación de VIVIR LA VIDA, en coordinación con el comité directivo. Los grupos de trabajo son responsables de monitorear la aplicación de los pilares y las intervenciones de VIVIR LA VIDA; por ejemplo, de elaborar un calendario con plazos para cumplir las acciones y con reuniones periódicas cuyo objetivo es examinar los progresos realizados para afrontar las dificultades tempranamente. Los grupos de trabajo deben estar preparados para presentar evaluaciones al comité directivo sobre los planes que se han puesto en práctica.

### ¿CÓMO SE PUEDE UTILIZAR LA GUÍA?

- Los países deben aplicar **todos** los pilares fundamentales y las intervenciones clave de VIVIR LA VIDA.
- Si bien todos los pilares fundamentales y las intervenciones clave son necesarios para la prevención del suicidio, cada país puede adaptar su aplicación a la disponibilidad de recursos y al contexto sociocultural.
- Los pilares fundamentales y las intervenciones clave de VIVIR LA VIDA no están concebidos para aplicarse en orden cronológico. No existe un orden específico establecido, aunque lo ideal sería comenzar con un análisis de la situación y que la vigilancia y el monitoreo sean continuos.
- En consecuencia, si bien los capítulos de la presente guía están interconectados, cada uno podría considerarse un módulo independiente y los países podrían comenzar con el módulo más pertinente para ellos. Esta decisión se guiará por el análisis de la situación, que debe constituir el primer paso.
- La aplicación de todos los pilares e intervenciones de VIVIR

LA VIDA a nivel nacional redundará en beneficio de una estrategia nacional de prevención del suicidio o se convertirá en parte de ella.

- En contextos con recursos humanos y financieros limitados puede ser necesario aplicar o ampliar VIVIR LA VIDA durante un período más largo y adoptar primero medidas relativas a las prioridades de los países.

La forma en que se utilice la guía variará según el contexto y el estado actual de la prevención del suicidio. Si los pilares fundamentales ya se han establecido y están funcionando, se puede abordar directamente la aplicación de las intervenciones clave. En otras circunstancias, es posible que se deba empezar a preparar el terreno para la prevención del suicidio o se aplique a pequeña escala. En cualquier caso, debe establecerse un comité directivo y grupos de trabajo (véase el recuadro 1). Para emergencias de salud pública u otras situaciones de emergencia, se han recopilado algunas consideraciones, pero estas no son exhaustivas (véase el recuadro 2).



© WHO / Olivier Aeschlin

## Recuadro 2. Prevención del suicidio en situaciones de emergencia

Las crisis y emergencias humanitarias (p. ej., desastres naturales, conflictos armados y emergencias de salud pública) plantean varios obstáculos para la prevención del suicidio, como los cambios estructurales en el liderazgo y los sistemas, el cambio en las prioridades, las cuestiones de seguridad y las limitaciones de recursos. Sin embargo, los factores de riesgo de suicidio, como las dificultades financieras, el desempleo y el aislamiento social, pueden aumentar durante las emergencias y, por lo tanto, los esfuerzos encaminados a centrarse en la prevención del suicidio son vitales. En estas circunstancias, puede ser necesario centrarse en prioridades inmediatas y factibles para la prevención del suicidio (Gunnell *et al.*, 2020). Si bien un análisis exhaustivo de la prevención del suicidio en situaciones de crisis está fuera del ámbito de esta guía, algunas consideraciones incluyen:

- Los gobiernos deben considerar las repercusiones de la emergencia en los factores de riesgo de suicidio e implementar la mitigación a través de la colaboración multisectorial, por ejemplo, trabajando con los sectores laboral y de bienestar, el sector de la salud y agentes humanitarios para apoyar a las personas que atraviesan dificultades financieras; restringir el acceso a los medios de suicidio (como reglamentos o directrices para minoristas o administradores de campamentos); y facilitar el acceso a servicios de apoyo a la salud mental y a otros servicios de apoyo emocional o para situaciones de crisis.
- Los gobiernos que acogen a personas afectadas por emergencias, incluidos los refugiados y los migrantes, deben tener en cuenta las necesidades y los factores de riesgo específicos de esas personas como parte de la labor de prevención del suicidio.
- Determinar y proporcionar intervenciones eficaces para los grupos de población en riesgo que pueden verse particularmente afectadas durante la emergencia, como los jóvenes o las personas mayores que pueden haber perdido el apoyo familiar o no tienen acceso a este.
- Implicar a los medios de comunicación para reducir a un mínimo la información sensacionalista de los suicidios que ocurren en la comunidad afectada durante la emergencia.
- Desarrollar la capacidad de la fuerza de trabajo existente en materia de salud y en la comunidad respecto de la detección oportuna, la evaluación, la gestión y el seguimiento del riesgo de suicidio. Los guardianes comunitarios y los trabajadores de la salud no especializados deben sentirse seguros para detectar, apoyar y derivar a las personas en riesgo de suicidio, incluida la ejecución de intervenciones psicológicas diseñadas para su uso en entornos adversos (OMS, 2016b). Se puede dar prioridad a los servicios a los que acudirían las personas en riesgo, como los servicios de atención primaria de salud y los programas centrados en responder a inquietudes acerca de la protección (incluida la protección infantil y la violencia de género).
- Cuando el apoyo en persona a la salud mental sea limitado, establecer sistemas de apoyo a distancia (OMS, 2018c). Asegurarse de que el personal reciba formación y se sienta cómodo al utilizar métodos remotos de comunicación, particularmente cuando gestionan el riesgo<sup>6</sup>.
- A fin de asegurar una cobertura adecuada para atender las necesidades, evitar reasignar a tareas ajenas a la prevención del suicidio a aquellas personas clave que trabajan en la prevención del suicidio y la salud mental.
- Proporcionar al grupo de población afectado información sobre el autocuidado de salud mental y los servicios de salud mental disponibles.
- Trabajar con los agentes humanitarios (p. ej., en salud, protección, educación, nutrición y gestión de campamentos) para facilitar la derivación de personas del grupo de población afectado que puedan necesitar apoyo de salud mental.
- Asegurarse de que los equipos de respuesta inicial tengan acceso a apoyo de salud mental.

Para obtener más información, consulte los siguientes recursos:

- Guía de intervención humanitaria mhGAP de la OMS (OMS, 2015).
- Volver a construir mejor: Atención de salud mental sostenible después de una emergencia (OMS, 2013).
- Guía del Comité Permanente entre Organismos (IASC) sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos<sup>7</sup>.

6 Guidance on Operational considerations for Multisectoral Mental Health and Psychosocial Support Programmes during the COVID-19 Pandemic. Geneva: Inter-Agency Standing Committee (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance>, accessed 28 January 2021).

7 Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee ([https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf), accessed 28 January 2021).

# PARTE A

## Pilares básicos del enfoque “VIVIR LA VIDA”

En las secciones siguientes se describen los pilares básicos para la prevención del suicidio. Estos constituyen la base que fortalece la aplicación satisfactoria de las intervenciones clave basadas en la evidencia que, juntas, contribuyen a la prevención del suicidio. Los pilares incluyen:



análisis de la situación;



colaboración multisectorial;



sensibilización y promoción;



desarrollo de las capacidades;



financiamiento; y vigilancia,



monitoreo y evaluación.

Estos pilares son comunes a otros ámbitos de la salud pública. La aplicación de cada uno de estos pilares se describe a continuación en el contexto de la prevención del suicidio.



© WHO/ Yoshi Shimizu



## Análisis de la situación

### ¿QUÉ?

Un análisis de la situación proporciona los precedentes y el perfil actual del suicidio y de la prevención del suicidio en un país utilizando una variedad de datos.

### ¿POR QUÉ?

Un análisis de la situación es esencial para fundamentar la planificación y la ejecución de las actividades de prevención del suicidio. El análisis de la situación puede determinar dónde existe más necesidad, dónde hay brechas o dónde será mayor el beneficio (p. ej., en qué medios o grupos de población debe centrarse la atención). El análisis puede proteger contra la duplicación de esfuerzos en la aplicación y determinar dónde pueden adoptarse medidas inmediatas y factibles.

### ¿DÓNDE?

Un análisis de situación puede realizarse a nivel nacional o en un contexto regional o local, como un distrito u otro entorno específico (p. ej., un campamento de refugiados o una escuela). En un análisis nacional de la situación, debe prestarse atención a la recopilación de información de diferentes grupos sociodemográficos y regiones para detectar necesidades específicas a fin de adaptar la aplicación de las intervenciones de VIVIR LA VIDA. Por ejemplo, la ingestión de plaguicidas ocurre principalmente en zonas agrícolas de países de ingresos bajos y medianos; por lo tanto, restringir el acceso a este medio de suicidio puede ser menos aplicable en las zonas urbanas.

### ¿CUÁNDO?

Al comienzo de la labor de prevención del suicidio debe realizarse un análisis de la situación para fundamentar la planificación y la aplicación.

### ¿QUIÉN?

Un grupo de trabajo específico debe tomar la iniciativa de realizar el análisis de la situación. Deben establecerse mecanismos para asegurar la transparencia y la rendición de cuentas. El grupo debe implicar a personas que cuenten con una amplia gama de aptitudes, entre ellas:

- liderazgo y coordinación del análisis de la situación (p. ej., el Ministerio de Salud) o, para análisis de situaciones específicas de contextos, liderazgo procedente del sector pertinente (p. ej., el sector de la educación para el análisis de programas de aptitudes para la vida en las escuelas);
- experiencia en la realización de análisis de situaciones (p. ej., académicos);
- experiencia en la recopilación y el análisis de datos (p. ej., la Oficina de Estadística);
- interesados directos que podrían suministrar datos pertinentes (p. ej., personal de sistemas de información de salud, forenses, funcionarios medicolegales, servicios de emergencia o personal hospitalario);
- interesados directos comunitarios que tengan conocimientos y experiencia relativos a un contexto determinado (p. ej., personas que han vivido de cerca el suicidio, guardianes, representantes de subpoblaciones de interés); y
- expertos en la prevención del suicidio (p. ej., del sector de la salud o del mundo académico).



## ¿CÓMO?

### 1. Convoque un grupo de trabajo para planificar y ejecutar el análisis (véase el recuadro 1)

- Establezca el grupo de trabajo (véase arriba *¿Quién?*). El grupo de trabajo también es responsable de obtener los permisos necesarios para acceder a los datos o la información que van a servir de base para el análisis de la situación.

### 2. Decida qué información debe recopilarse

- La decisión sobre qué información recopilar (cuadro 1) se verá influida por la cobertura geográfica (análisis nacional o local), los recursos disponibles y el calendario.
- Los análisis de la situación realizados anteriormente por países que tienen poblaciones y recursos similares podrían servir de orientación.

**Cuadro 1. Ejemplos de la información que puede incluirse en el análisis de la situación**

Ejemplos de información	Consideraciones
Número y tasa de suicidios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener datos de acuerdo con a) el contexto (p. ej., nacional, regional, de distritos, servicios de hospitalización, campamentos de refugiados, etc.); y b) grupos poblacionales (p. ej., toda la población, grupos por sexo, grupos etarios, étnicos y religiosos, condición urbana, rural, socioeconómica de migrante).</li> <li>• Calcular las tasas (muertes o casos por cada 100.000 habitantes) además de las cifras para determinar los grupos de población afectados de manera desproporcionada.</li> <li>• Examinar los datos multianuales para detectar tendencias.</li> </ul>
Número y tasa de casos de autolesiones	
Métodos de suicidio y autolesiones	
Causas o factores desencadenantes del suicidio y factores de protección	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la condición jurídica del suicidio y los intentos de suicidio y cuáles son las consecuencias jurídicas para las personas (p. ej., sentencias judiciales)?</li> <li>• Cuando procede, ¿cuál es el alcance de la despenalización del suicidio, los intentos de suicidio y otros actos de autolesión?</li> <li>• ¿Existe legislación o políticas pertinentes para la prevención del suicidio (p. ej., salud mental, alcohol, empleo, seguros, bienestar social)?</li> </ul>
Legislación o políticas vigentes sobre el suicidio o relacionadas con este	
Constatación del suicidio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo y quién constata el suicidio?</li> <li>• Considerar cómo la constatación puede afectar a la notificación del suicidio y la calidad de los datos disponibles.</li> </ul>
Registro de casos de suicidio y autolesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se registran y notifican el suicidio y las autolesiones y quién lo hace?</li> <li>• ¿Por qué variables se desglosan los datos?</li> </ul>
Aplicación y cobertura actuales de los pilares y las intervenciones clave de VIVIR LA VIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el ámbito para el inicio o la mejora de la aplicación de dichos pilares e intervenciones?</li> <li>• ¿Han sido evaluados?</li> <li>• ¿Qué adaptación al contexto del país será necesaria? ¿Se tienen en cuenta la aceptabilidad, la viabilidad, la eficiencia y la eficacia en función de los costos?</li> <li>• Tener en cuenta todo esfuerzo previo dirigido a la prevención del suicidio (y por qué ya no está activo).</li> </ul>



Ejemplos de información	Consideraciones
Servicios actuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios existentes (públicos y privados) en el sector de la salud, la comunidad y otros sectores pertinentes; considerar la disponibilidad, la captación y la calidad de los servicios existentes;</li> <li>¿Cuáles son las brechas en los servicios?</li> </ul>
Recursos actuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos financieros asignados a la prevención del suicidio.</li> <li>Posibles recursos financieros que podrían obtenerse.</li> <li>¿De qué recursos humanos se dispone y cuál es el desarrollo de capacidades que debe abordarse para la aplicación de VIVIR LA VIDA?</li> </ul>
Sectores e interesados directos	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué sectores se necesitan para la colaboración multisectorial?<sup>8</sup></li> <li>¿Qué interesados directos de ONG se necesitan para la colaboración?</li> <li>Brechas en materia de liderazgo, personal o colaboradores.</li> </ul>
Conocimientos o actitudes respecto del suicidio, la prevención del suicidio, la salud mental y la búsqueda de ayuda	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barreras que afrontan las personas (incluidos los subgrupos de población) en la búsqueda de ayuda.</li> <li>Barreras que afrontan el personal de salud y las ocupaciones conexas para proporcionar detección oportuna, evaluación, gestión y seguimiento, y para notificar las autolesiones.</li> </ul>

### 3. Decida cómo se puede recopilar esta información

- Considere qué información existe ya y a qué fuentes de información se necesita tener acceso (véase Vigilancia). La información debe ser lo más reciente, de la mejor calidad y lo más específica posible para el contexto.
- Si no se dispone de información de alta calidad (p. ej., en países que no cuentan con sistemas oficiales de información de salud), la información no oficial (p. ej., opinión de expertos, entrevistas con informantes clave, debates de grupos focales) es preferible a ninguna información.
- Si falta información importante, considere qué nueva información se puede recopilar (o planifique abordar esto en un análisis futuro de la situación).
- Piense en quién puede contribuir para obtener la información. Esto ayudará a decidir qué sectores e interesados directos (véase el anexo 1, en el que figura una lista de sectores e interesados directos) deben participar durante el análisis de la situación. Asegúrese de incluir a las personas que han vivido de cerca el suicidio y de que estas personas estén bien capacitadas y respaldadas a fin de incluir en estas conversaciones su experiencia vivida.
- Es posible que deban recopilarse datos de varias fuentes para obtener una imagen completa (p. ej., certificados de

defunción, datos policiales, del departamento de urgencias, de centros de salud).

- Lleve a cabo un examen documental para buscar informes, documentos normativos, legislación e información sobre servicios y programas<sup>9</sup>. Busque publicaciones en revistas de estudios de investigación en el país.

### 4. Convenga en un plan de acción y lleve a cabo el análisis de la situación

- Delinee los pasos a seguir para llevar a cabo el análisis de la situación.
- Para el presupuesto, considere los recursos que se necesitarán, como recursos físicos (p. ej., tecnología, lugares para trabajar) y humanos.
- Convenga en qué interesados directos serán responsables de llevar a cabo cada paso (p. ej., algunos interesados directos pueden centrarse en el examen documental o en la recopilación de datos de diferentes fuentes).

<sup>8</sup> En el presente documento, "multisectorial" se refiere a múltiples sectores gubernamentales, mientras que "interesados directos" se refiere a cualquier otro grupo no gubernamental o a personas que puedan desempeñar una función en la prevención del suicidio.

<sup>9</sup> Joint Action on Mental Health and Wellbeing. Unión Europea; 2015 ([https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/2017\\_depression\\_suicide\\_ehealth\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_depression_suicide_ehealth_en.pdf), consultado el 28 de enero del 2021).



### 5. Elabore un informe y compártalo con los interesados directos clave para fundamentar la planificación de la aplicación

- Elabore un informe escrito de los hallazgos, incluido un análisis de la información obtenida, en el que se destaque la información que falta o de baja calidad y se señale cómo realizar mejoras.
- Elabore recomendaciones sobre la base de los hallazgos y proponga metas específicas a corto, medio y largo plazo, así como los recursos necesarios para alcanzarlas.
- Asegúrese de que las personas que han vivido de cerca el suicidio formen parte del proceso de adopción de decisiones.
- Asegúrese de que el informe escrito sea acordado por todos los interesados directos que participaron.
- Comparta el informe con los principales responsables de la toma de decisiones y de la formulación de políticas y los financiadores para influir en la movilización de recursos o en el mandato de actuación (véase Monitoreo y evaluación).

### Recuadro 3. Un análisis de la situación de la prevención del suicidio (Chequia)

En consonancia con las recomendaciones de la OMS (OMS, 2014), se llevó a cabo un análisis de la situación del Plan de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio (Kasal *et al.*, 2019). La labor se dividió en cuatro actividades que se llevaron a cabo simultáneamente y fueron coordinadas por el Instituto Nacional de Salud Mental. El análisis de la situación es una actividad clave a la hora de elaborar una política de prevención del suicidio. Mientras seguía los pasos, el Instituto Nacional de Salud Mental logró: 1) comprender plenamente la situación existente; 2) detectar los problemas y las necesidades del sistema, así como las capacidades y posibilidades existentes; y establecer asociaciones clave para la aplicación futura mediante la participación de los interesados directos clave (p. ej., el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, Juventud y Deportes, representantes de los médicos generales, los representantes del sector de salud mental, las personas que han vivido de cerca el suicidio). Nuestro análisis de la situación incluyó tanto correlacionar la situación (pasos 1 y 2) como determinar y preseleccionar las intervenciones adecuadas (pasos 3 y 4).

#### Cuatro fases de la realización del análisis de la situación en Chequia

Actividad	Determinar y analizar las fuentes de datos existentes	Recopilar nuevos datos y crear una plataforma de interesados directos	Determinar las posibles intervenciones adecuadas para el contexto local	Preseleccionar las posibles intervenciones mediante el consenso de los interesados directos
Propósito	Utilizar los datos existentes y detectar las brechas en los conocimientos	Subsanar las brechas en los conocimientos con datos cualitativos	Aprovechar la investigación publicada sobre intervenciones eficaces de prevención del suicidio	Determinar las prioridades entre las intervenciones preseleccionadas
Medida	Determinar las fuentes de datos existentes y obtener y analizar los datos; implicar a las instituciones pertinentes y asegurarse de que los datos existentes puedan utilizarse regularmente para fundamentar y evaluar de manera continua los pasos ulteriores	Situar, contactar, entrevistar e implicar a los interesados directos pertinentes. Analizar e interpretar los datos obtenidos	Buscar revisiones sistemáticas y metaanálisis pertinentes; extraer información sobre intervenciones eficaces	Organizar reuniones presenciales o en línea, facilitar la cooperación entre los interesados directos, reunir todos los comentarios pertinentes y llegar a un consenso
Resultado	Análisis preliminar, interpretación de los datos existentes, detección de las brechas en los conocimientos	Análisis DAFO y plataforma de expertos, que también pueden participar en una futura ejecución del plan de prevención del suicidio	Lista de intervenciones preseleccionadas basadas en la evidencia	Consenso sobre las intervenciones preseleccionadas adecuadas para el contexto destinatario entre los interesados directos y prioridades claras para las acciones futuras relativas a la prevención del suicidio



#### Recuadro 4. Estudio nacional sobre el suicidio (Namibia)

Las altas tasas de suicidio y la falta de información basada en la evidencia sobre el suicidio llevaron al Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia a realizar un análisis de la situación nacional en el 2018 para guiar las estrategias de prevención y manejo.

El estudio se centró en varios resultados, entre los cuales figuran:

- la prevalencia de suicidios mortales e intentos de suicidio no mortales;
- la prevalencia de ideas de suicidio (pensamientos suicidas);
- causas del suicidio;
- conocimientos y actitudes respecto del suicidio y la labor de prevención y manejo del suicidio; y
- disponibilidad y eficacia de la labor de prevención del suicidio.

Se creó un grupo de trabajo integrado por representantes del Ministerio de Salud y Seguridad Social, el Organismo de Estadística de Namibia y Sustainable Development Africa (empresa de investigación socioeconómica de Namibia). Se celebró una reunión inicial para acordar los objetivos y la metodología del estudio. Los trabajadores sociales del Ministerio de Salud y Seguridad Social recibieron formación como oficiales de recopilación de datos y se realizó una prueba piloto antes de comenzar el análisis completo.

El análisis se llevó a cabo a nivel nacional y entrañó métodos de investigación cualitativos y cuantitativos, que incluyeron:

- un examen de las investigaciones, políticas y programas nacionales e internacionales;
- un examen de los registros de suicidio de la policía de Namibia;
- encuestas cuantitativas de personas seleccionados al azar en diferentes regiones; y
- entrevistas cualitativas con informantes clave a nivel nacional, regional y local (p. ej., funcionarios del gobierno, la policía, personal de salud y de atención social y líderes educacionales y espirituales); personas que habían intentado suicidarse; y conversaciones de grupos focales con adultos y jóvenes seleccionados al azar.

Se formularon varias recomendaciones a partir de los resultados del estudio y estos se utilizaron para fundamentar la elaboración de un plan estratégico nacional quinquenal sobre la prevención del suicidio en Namibia y la creación de un marco de políticas para guiar la prevención, el manejo, la gestión y la coordinación en materia de suicidio (Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia, 2018).



## CONSEJOS PARA LA APLICACIÓN

Cuadro 2. Consejos para realizar un análisis de la situación

Cuestiones	Consejos
Datos limitados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un análisis de la situación puede comenzar utilizando los datos actuales disponibles, y se pueden formular recomendaciones para mejorar los datos en futuros análisis de la situación.</li><li>• Si es necesario, los exámenes de los informes internacionales pueden utilizarse para complementar la información nacional que falta.</li><li>• Implicar a los interesados directos comunitarios puede servir de ayuda para la recopilación de datos.</li></ul>
Recursos limitados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Centrarse en los datos existentes y en las prioridades de información para adaptarse a las limitaciones de tiempo y recursos. Utilizar un modelo sucinto como el de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas (DAFO).</li><li>• Considere la posibilidad de consultar con expertos nacionales e internacionales sobre documentos clave y datos existentes.</li><li>• Cuando no se disponga de recursos humanos (p. ej., conocimientos especializados para analizar datos), considere la posibilidad de colaborar con personas, organizaciones o académicos que estén trabajando, o hayan trabajado anteriormente, en análisis de situaciones en otros entornos.</li></ul>
Seguridad y confidencialidad de los datos	<ul style="list-style-type: none"><li>• La principal consideración ética en el uso de los datos sobre el suicidio es proteger la privacidad de las personas. Esto significa que ningún dato personal identificable debe divulgarse.</li><li>• Se sabe que la difusión de información sobre los medios o lugares habituales de suicidio acarrea riesgos. Los interesados directos que tienen acceso a datos confidenciales incluidos en el análisis de la situación deben acordar mantener la confidencialidad de los datos y adherirse a un plan de comunicaciones convenido para la difusión de información.</li></ul>



© WHO / Mark Nieuwenhof



## Colaboración multisectorial

### ¿QUÉ?

La prevención del suicidio no puede ser abordada por el sector de la salud solamente, ya que los factores de riesgo asociados con el suicidio y su prevención inciden en muchos ámbitos. Para que la prevención del suicidio sea eficaz, es esencial adoptar un enfoque multisectorial. A los efectos de esta guía, la colaboración multisectorial se refiere a enfoques tanto multisectoriales como de múltiples interesados directos.

- Los enfoques multisectoriales a veces se describen como “de todo el gobierno” o “intersectoriales”, es decir, cualquier iniciativa que incluya más de un sector gubernamental, como el de salud, educación, trabajo, transporte, agricultura, justicia, derecho, defensa y desarrollo social.
- Los enfoques de múltiples interesados directos a veces se describen como enfoques “de toda la sociedad”. A diferencia de los enfoques multisectoriales, incluyen la colaboración con organizaciones no gubernamentales (ONG) o interesados directos comunitarios, como también con sectores gubernamentales.

La aplicación de VIVIR LA VIDA requiere dicha colaboración. Por ejemplo, para restringir el acceso a los medios de suicidio, se necesitará la colaboración entre sectores relacionados con los medios en cuestión (p. ej., el Ministerio de Agricultura en

el caso de plaguicidas altamente peligrosos) y los interesados directos (p. ej., autoridades de registro, minoristas y agricultores). Otro ejemplo serían las intervenciones escolares en las que la colaboración incluiría al Ministerio de Educación y a los interesados directos como directores de escuelas, maestros, alumnos, padres y cuidadores y asociaciones juveniles.

Es necesario trabajar con múltiples departamentos gubernamentales para elaborar políticas, legislación o programas que surtan efecto en el suicidio. Por ejemplo, los departamentos responsables de la salud, la salud mental, el alcohol, la prestación de servicios, la legislación relativa a la prevención de la violencia, el bienestar social o las políticas fiscales tendrían que estar alineados con la prevención del suicidio.<sup>10,11</sup> La legislación que tiene un efecto directo en el suicidio incluye la que criminaliza el suicidio o los intentos de suicidio. Esto tiene ramificaciones sistémicas, lo que dificulta gravemente la aplicación de los pilares y las intervenciones de VIVIR LA VIDA.

10 La causa de alrededor de una quinta parte de los suicidios se atribuye al alcohol (OMS, 2018e).

11 La inversión pública en programas activos del mercado laboral entre el 1970 y el 2007 aminoró las repercusiones del desempleo en la mortalidad por suicidio en los países de la Unión Europea (Stuckler et al., 2009).



### Recuadro 5. Despenalización del suicidio (Irlanda)

El suicidio en Irlanda fue despenalizado en 1993, dando inicio a las actividades de prevención del suicidio en el país. En los años anteriores a la despenalización del suicidio en Irlanda hubo un creciente debate público sobre el suicidio y la prevención del suicidio, apoyado por investigaciones emergentes dirigidas por un pequeño número de psiquiatras. Un miembro del Parlamento irlandés (Dáil Éireann), apoyado por dos psiquiatras, presentó múltiples mociones al Gobierno para que permitiera entablar un debate sobre la despenalización del suicidio; hasta entonces el suicidio había sido el “tabú silencioso” en la sociedad irlandesa. El 1 de julio de 1993, la Presidenta Mary Robinson promulgó una ley para despenalizar el suicidio y el intento de suicidio. La despenalización del suicidio fue 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. Fue el comienzo del largo camino hacia la eliminación del estigma del suicidio, las autolesiones y los trastornos de salud mental, proceso que aún sigue en curso. La despenalización del suicidio y la apertura del debate sobre la prevención del suicidio llevaron a la formación de ONG para ayudar a entender la complejidad de la salud mental y el suicidio. En 1995 se creó la Fundación Nacional para la Investigación sobre el Suicidio. En 1996, se creó la Asociación Irlandesa de Suicidología con miras a proporcionar información precisa y asesoramiento sobre el suicidio y las autolesiones a todos los implicados en la prevención y contención del daño resultante del suicidio y las autolesiones. La despenalización del suicidio facilitó el establecimiento del primer Equipo de Tareas Nacional sobre el Suicidio de Irlanda en 1998, que representó la primera respuesta coordinada al suicidio. A esto le siguió la primera Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio, *Reach Out*, 2005-2014, con el apoyo del Departamento de Salud. En el 2015, se puso en marcha la segunda estrategia, Estrategia Nacional de Irlanda para Reducir el Suicidio, *Connecting for Life*, 2015-2020, con una extensión acordada de cuatro años hasta el 2024.

La implicación de los interesados directos comunitarios es esencial para la colaboración multisectorial (véase el anexo 1, en el que figura una lista de sectores e interesados directos). Ayuda a tender puentes entre las necesidades locales y las políticas nacionales, y ayuda a asegurar que las iniciativas se adapten al contexto local. La implicación comunitaria también puede fomentar un sentido de

participación y de identificación colectiva respecto de la prevención del suicidio. La colaboración multisectorial en todas sus formas no prosperará sin una gobernanza y un liderazgo claros para avanzar en el proceso. Un buen ejemplo, que documenta una cronología de las acciones desde el nivel gubernamental hasta el compromiso de los interesados directos locales, proviene de Sri Lanka (Pearson *et al.*, 2010; Pearson *et al.*, 2015).

### Recuadro 6. Influencia de las circunstancias en la labor multisectorial para prevenir el suicidio (Suriname)

En respuesta a la alta tasa de suicidios en el país, se estableció un equipo de tareas, encabezado por el Comisionado de Distrito (el más alto representante del gobierno), a quien el grupo presentaría informes, y presidido por el jefe del departamento de psicología médica con coordinación práctica dirigida por un especialista en salud pública. Participaron los departamentos locales de los Ministerios de Salud, Educación y Agricultura, así como organizaciones comunitarias, médicos y organizaciones locales de mujeres. Se organizaron muchas actividades sociales y educativas. Al grupo se le encomendó la tarea de elaborar la primera estrategia nacional de prevención del suicidio en consonancia con el Plan de Acción Nacional de Salud Mental 2014-2020 que ya se había elaborado. En junio del 2016 se publicó una estrategia nacional que contó con el apoyo del Consejo de Ministros. El punto focal de salud mental desempeñó un papel importante. La firmeza del punto focal en el mantenimiento de las relaciones y la persistencia regular permitieron que se ejerciera presión continua respecto del asunto de la prevención del suicidio. Sin embargo, muy poco después de la publicación, el país se sumió en una profunda recesión económica, y el punto focal que había sido esencial para mantener el interés del gobierno en la prevención del suicidio no pudo continuar en el cargo y no fue reemplazado. La recesión también afectó a la infraestructura que se había establecido para la prevención del suicidio, gran parte de la cual se cerró. Los antiguos miembros del equipo de tareas perdieron entusiasmo y poder ejecutivo para aplicar los aspectos más importantes de la estrategia. Formalmente, el grupo se disolvió. Con todo, después de algún tiempo, el exjefe comunicó su preocupación al (recién nombrado) Ministro de Salud sobre el estado de la estrategia. Para alegría de todos, en el 2018, se nombró un nuevo punto focal para la salud mental y la labor encaminada a aplicar la prevención del suicidio en Suriname actualmente sigue siendo fuerte.



## ¿POR QUÉ?

Dado que el suicidio es una cuestión compleja, la labor de prevención requiere coordinación entre múltiples sectores e interesados directos, junto con una buena gobernanza para facilitar la planificación estratégica. La colaboración multisectorial permite el intercambio de conocimientos, de metodología y enseñanzas extraídas de la labor anterior, y de datos e investigaciones relacionados con el suicidio (Kolves *et al.*, 2021) así como la coordinación de los mensajes sobre el suicidio. La colaboración multisectorial ofrece oportunidades para la integración de la prevención del suicidio en otros programas (como salud mental, alcohol, ENT, violencia de género y protección de la infancia). Para los países con recursos limitados, la colaboración puede brindar un punto de partida para trabajar aprovechando la oportunidad que ofrece lo que ya está disponible. Una mayor coordinación entre los diferentes grupos que trabajan en la prevención del suicidio y las esferas conexas hará que la labor sea más ágil, lo que redundará en una menor duplicación de esfuerzos y en el uso pragmático de los recursos.

La colaboración multisectorial promueve la transparencia y fortalece la rendición de cuentas de los asociados implicados, al tiempo que las comunidades se comprometen seriamente a asegurar que las actividades de prevención atiendan las necesidades de todas las personas. La colaboración multisectorial no requiere fondos extensos, sin embargo, el acto de comunicarse acerca de objetivos compartidos y coordinar la labor debe dar lugar a un progreso acelerado y a una mejor calidad de la prevención del suicidio.

### Recuadro 7. Integración de la prevención del suicidio en la política de salud mental y abuso de sustancias (Líbano)

El Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Líbano, con el apoyo de la OMS, puso en marcha la primera Estrategia nacional para la salud mental y la prevención del abuso de sustancias, la promoción y el tratamiento que abarca el período 2015-2020<sup>12</sup>. Por ser la primera estrategia de este tipo en el Líbano, la prevención del suicidio se integró en ella. El impulso hacia la acción nacional fue en parte posible como resultado de la crisis humanitaria que creó una oportunidad para reconstruir mejor en pro de la salud mental. El éxito de la elaboración de la estrategia incluye un sólido proceso de desarrollo participativo de todos los interesados directos clave, en particular ONG locales, ONG internacionales, organismos de las Naciones Unidas, instituciones académicas y asociaciones profesionales. La evaluación externa de mitad de período de la estrategia reveló que la aplicación continúa eficazmente gracias a un enfoque de colaboración en el que participan todos los interesados directos.

Varios objetivos contribuyen a la prevención del suicidio en consonancia con VIVIR LA VIDA, a saber:

- Para mejorar la información responsable presentada por los medios de comunicación, en un proceso en el que participaron profesionales de esta esfera, se elaboró una guía para profesionales de los medios sobre la representación de la salud mental y el abuso de sustancias, incluido el suicidio<sup>13</sup>. Se fomentará el desarrollo de capacidades y se estudiarán las posibilidades de integrar esta guía en los planes de estudios universitarios. También se celebró una mesa redonda con profesionales de los medios sobre el papel que estos desempeñan en la prevención del suicidio como otro paso hacia la asociación con ellos en lo que atañe a la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio en el Líbano<sup>14</sup>.
- Respecto de la sensibilización y la promoción, se realizaron campañas nacionales anuales de sensibilización sobre la salud mental, incluido el suicidio, para aumentar la sensibilización y reducir el estigma. Se publicó un informe de promoción en el que se abogaba por un enfoque de toda la sociedad<sup>15</sup>.

12 Mental Health and Substance Use Strategy. Beirut: Ministry of Public Health, Lebanon; 2015 ([https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Mental%20Health%20and%20Substance%20Use%20Strategy%20for%20Lebanon%202015-2020-V1\\_1-English.pdf](https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Mental%20Health%20and%20Substance%20Use%20Strategy%20for%20Lebanon%202015-2020-V1_1-English.pdf), accessed 28 January 2021).

13 Ministry of Mental Health, Lebanon (2019). Practical Guide for Media Professionals on the Coverage of Mental Health and Substance Use. (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Practical%20Guide%20for%20Media%20Professionals%20on%20the%20Coverage%20of%20Mental%20Health%20and%20Substance%20Use.pdf>, accessed 28 January 2021).

14 Video from the National Mental Health Programme, Lebanon (<https://www.facebook.com/watch/?v=720642161857689>, accessed 28 January 2021).

15 Preventing suicide in Lebanon (infographic). Beirut: Ministry of Public Health, Lebanon (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Worls%20Suicide%20Prevention%20Day%202020-Advocacy%20brief-Eng.pdf>, accessed 28 January 2021).



- Se elaboró un marco nacional para la prevención y la vigilancia del suicidio en consonancia con los marcos de la OMS.
- Una ONG local, *Embrace*, y el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública pusieron en marcha conjuntamente una línea telefónica nacional de ayuda para el apoyo emocional y la prevención del suicidio.
- Se elaboró una estrategia interministerial de respuesta al abuso de sustancias para abordar todas las sustancias, incluido el alcohol.
- Se está trabajando para ampliar las intervenciones de prevención basadas en la evidencia que puedan ayudar a los jóvenes a desarrollar capacidades para afrontar las presiones de la vida. Los programas de educación sobre aptitudes para la vida destinados a la salud mental y la prevención del consumo de sustancias nocivas dentro y fuera de las escuelas se han adaptado al contexto libanés en colaboración con el Ministerio de Educación. Se llevará a cabo un estudio de la viabilidad de su integración en los planes de estudios.
- La prestación de servicios de salud mental se está integrando en la atención primaria de salud, y se están creando centros comunitarios de salud mental para aumentar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de una atención de salud mental de calidad para facilitar la detección y el manejo tempranos de las autolesiones y el suicidio y los trastornos mentales prioritarios. Este hecho incluye el desarrollo de capacidades de los trabajadores de atención primaria de salud utilizando la Guía de intervención mhGAP de la OMS (OMS, 2019b).
- Se está desarrollando capacidad en materia de salud mental (incluido el suicidio) para los recursos humanos en diferentes sectores, entre los que figuran:
  - » un curso nacional de formación en salud mental, incluido el desarrollo de capacidades para la detección y la gestión del riesgo de suicidio, para trabajadores sociales y trabajadores de primera línea en materia de protección infantil y violencia por razón de género;
  - » un protocolo y formación relativos a la gestión de crisis emocionales, incluido el desarrollo de capacidades para la detección y la gestión del riesgo de suicidio, para los trabajadores de primera línea en cualquier sector de acción.
- La salud mental está integrada en la programación para responder a la violencia sexual y de género. En este contexto, las cuestiones relacionadas con la detección de los trastornos mentales y el riesgo de suicidio se integraron en los instrumentos de evaluación de los procedimientos normalizados de trabajo nacionales elaborados por el Ministerio de Asuntos Sociales para responder a la violencia sexual y de género. Se integró un protocolo claro para la gestión del riesgo de suicidio. Esto también contribuye a la detección y la gestión tempranas.





## ¿DÓNDE?

Se requiere colaboración multisectorial tanto para los pilares fundamentales como para las intervenciones clave de VIVIR LA VIDA. El liderazgo debe provenir del gobierno (generalmente del Ministerio de Salud) y debe complementarse con la implicación de sectores e interesados directos en todos los niveles, como autoridades nacionales y locales, administradores y personas u organizaciones en la comunidad. Por ejemplo, en la República Islámica del Irán, las reuniones intersectoriales periódicas las dirige el gobernador de cada distrito con representantes de los departamentos clave (salud, agricultura, bienestar, policía, medicina legal, caridad, educación) para examinar logros y desafíos.

### Recuadro 8. Adaptaciones locales para la aplicación local y los grupos de población prioritarios

En entornos donde las autoridades gubernamentales locales proporcionan un liderazgo eficaz, los planes de acción locales son una vía que va desde una estrategia nacional de prevención del suicidio hasta una aplicación personalizada y coordinada en contextos locales y de grupos de población prioritarios. Los planes locales deben adaptarse a las necesidades y los recursos disponibles de la comunidad local, que pueden diferir de los detectados a nivel nacional.

Japón es un ejemplo en el que, sobre la base del Plan Nacional de Acción para la Prevención del Suicidio, los municipios y prefecturas locales están obligados por ley a elaborar planes locales encaminados a aplicar medidas de prevención del suicidio. Esto se consideró un enfoque deseable para acelerar la labor dirigida a prevenir el suicidio en Japón, ya que las autoridades locales están más cerca de los residentes de una comunidad. En la orientación proporcionada se ha especificado la función de las autoridades de las prefecturas (que abarcan múltiples municipios) en el apoyo a la labor de los municipios locales. El gobierno y el Centro de Apoyo a las Medidas contra el Suicidio de Japón (JSSC) respaldan la planificación del gobierno local, tanto financiera como técnicamente.

El Organismo de Salud Pública de Inglaterra apoyó todos los niveles locales para elaborar planes de prevención del suicidio de múltiples organismos, y todos los niveles locales tenían un plan en marcha para abril del 2019. La ejecución del Plan de Implementación de Servicios de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud (NHS) 2019/20–2023/24 incluye fondos delimitados para apoyar la ejecución de los planes de prevención del suicidio de múltiples organismos. Estos planes incluyen a todos los organismos estatutarios locales clave y al sector voluntario en la labor local en curso para prevenir el suicidio. Las estrategias y planes locales describen las medidas específicas que se adoptarán en todos los organismos respectivos (sobre la base de la estrategia nacional inglesa, la orientación de NHS England y NHS Improvement, y Public Health England y los datos nacionales y locales) para reducir los suicidios en todos los niveles locales de Inglaterra. El éxito de este enfoque se ha atribuido al hecho de que se asegurara la presentación de planes detallados antes de llegar a un acuerdo sobre el financiamiento de apoyo; la alineación de los planes locales con la orientación nacional; y la oferta de días de aprendizaje en los que los diferentes sitios que reciben fondos pueden aprender unos de otros y compartir experiencias. La labor nacional y local en materia de prevención del suicidio sigue siendo una alta prioridad para el gobierno y actualmente se está elaborando un sistema nacional de vigilancia del suicidio en tiempo real, dirigido por el Organismo de Salud Pública de Inglaterra. NHS England y NHS Improvement 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 de las personas en contacto con los servicios de salud mental.

## ¿CUÁNDO?

La colaboración multisectorial debe considerarse lo antes posible en la aplicación de VIVIR LA VIDA. Si bien cierta colaboración puede ser temporal para atender una necesidad específica, la colaboración multisectorial sostenida debe formar parte de todas las actividades de prevención del suicidio para facilitar los beneficios arriba mencionados. Al iniciar una posible colaboración, puede ser útil considerar la disposición<sup>16</sup> del gobierno y de los posibles asociados.

### Recuadro 9. Cómo facilitó el gobierno la cooperación multisectorial (Bhután)

En el 2015, se generó apoyo político para la prevención del suicidio en Bhután como resultado de la presentación a miembros del Gabinete y a parlamentarios, presididos por el Honorable Primer Ministro, de un informe sobre el análisis de la situación del suicidio en Bhután. Teniendo en cuenta la magnitud y la gravedad de la cuestión, el Gobierno dio instrucciones para el establecimiento de un programa o una unidad específicamente para la prevención del suicidio. A raíz de esto, se llevó a cabo un estudio nacional sobre los casos de suicidio notificados, el cual formó la base del Plan de Acción de la Estrategia Nacional que se elaboró y se puso en práctica en el 2016. En el Ministerio de Salud se estableció un programa nacional de prevención del suicidio para coordinar la respuesta de prevención del suicidio en todo el país y mantener la participación de los interesados directos en la prestación de servicios de prevención del suicidio. Dado que la prevención del suicidio es multidimensional y entraña la participación de varios interesados directos clave, se formó un comité directivo nacional para dar impulso a la respuesta multisectorial y mantener informado al Gobierno acerca de los desafíos, problemas y progresos de la respuesta al suicidio. Se pidió a los organismos colaboradores responsables pertenecientes a diversos departamentos que, en calidad de interesados directos, aplicaran el plan de acción para la prevención del suicidio y crearan una plataforma para examinar los progresos, los desafíos y los problemas, así como el camino a seguir. Entre los interesados directos figuraban: el Ministerio de Salud; el Ministerio de Educación (Departamento de Juventud y Deportes); el Ministerio del Interior y Asuntos Culturales (Departamento de Gobierno Local); la Real Policía de Bhután; La Autoridad de Fiscalización de Estupefacientes de Bhután (BNCA); la Comisión Nacional para la Mujer y la Infancia (NCWC); RENEW (ONG) – Respetar, educar, apoyar y empoderar a las mujeres; los medios de comunicación (televisión, periódicos nacionales y radio); el Ministerio de Agricultura; KGUMSB (Universidad Kheser Gyalpo de Ciencias Médicas de Bhután); Bhutan Infocomm y Media Authority (BICMA); y Dratshang (Comisión de Asuntos Monásticos).

16 Esto implica el compromiso de un grupo con el cambio, y la confianza en su capacidad para hacerlo (Weiner, 2020).





## ¿QUIÉN?

En actividades nacionales como VIVIR LA VIDA, el liderazgo debe provenir del gobierno, en particular del Ministerio de Salud, para encontrar y reunir a los interesados directos que de otro modo posiblemente no colaborarían (véase el anexo 1, en el que figura una lista de sectores e interesados directos). Sin embargo, las autoridades locales también pueden asumir el liderazgo en la coordinación de los interesados directos locales. Por ejemplo, LifeSpan es un enfoque integrado de prevención del suicidio en Australia, donde las redes de atención primaria de salud dirigen una colaboración multisectorial para asegurar que las iniciativas estén dirigidas por la comunidad<sup>17</sup>. Los asociados clave incluyen a personas que han vivido de cerca el suicidio. Entre los ejemplos singulares que impulsan el cambio figuran asociaciones público-privadas y la implicación en los niveles más altos de gobierno.

### Recuadro 10. Formación de asociaciones público-privadas (Estados Unidos de América)

La Alianza de Acción para la Prevención del Suicidio en los Estados Unidos es una asociación publicoprivada que incluye a más de 250 socios y coordina una respuesta nacional integral al suicidio. En el 2012, la Alianza de Acción reunió a diversos interesados directos público-privados, incluidos representantes gubernamentales, organizaciones nacionales sin fines de lucro y grupos del sector público, expertos en prevención del suicidio, prestadores de atención de salud y personas que han vivido de cerca el suicidio. La labor de la Alianza Nacional incluye el fomento de la estrategia nacional, priorizando tres esferas de trabajo, a saber, el fortalecimiento de la atención al suicidio, el fortalecimiento de la prevención del suicidio en la comunidad y el cambio del debate nacional sobre el suicidio. La labor de la Alianza de Acción fue posible gracias a varios factores clave. En primer lugar, un líder en el interior del gobierno federal reconoció la importante contribución que una sólida asociación público-privada podría hacer para reducir el suicidio a nivel nacional y estaba dispuesto a ser un paladín para la labor. En segundo lugar, se manifestó la disposición de implicar a múltiples organismos y departamentos federales y permitirles asociarse a la iniciativa en pie de igualdad. En tercer lugar, se manifestó la disposición de hacer una inversión inicial de dólares federales y mantenerla hasta que también se pudieran aprovechar fondos privados. Cuando se puso en marcha la Alianza de Acción el 10 de septiembre del 2010, la colaboración de alto nivel quedó demostrada a las claras por la presencia tanto del Secretario de Salud y Servicios Humanos como del Secretario de Defensa, por la disposición del Secretario del Ejército de ocupar el cargo de copresidente del sector público y por la disposición de un exsenador de los Estados Unidos, que había perdido a su propio hijo por suicidio, de desempeñar el cargo de copresidente del sector privado. Esta participación federal de alto nivel también hizo posible implicar a líderes del sector privado de múltiples ámbitos en el apoyo a la labor.

Históricamente, la influencia del apoyo de alto rango en el gobierno ha tenido efectos extraordinarios en el impulso de la colaboración multisectorial para la prevención del suicidio y, por lo tanto, en la aplicación de medidas para salvar vidas. Un enfoque dirigido por el gobierno indica que la prevención del suicidio requiere que los diferentes departamentos gubernamentales trabajen juntos, y que la prevención del suicidio no esté en manos del sector de la salud solamente. Tal influencia la han observado el Equipo de Tareas Presidencial para la prevención del suicidio en Sri Lanka, el Gobierno de Japón y el (primer) nombramiento como ministra para la prevención del suicidio en el Reino Unido que ya gestiona la cartera de prevención del suicidio, de salud mental y de seguridad del paciente.



17 Integrated Suicide Prevention, Lifespan (<https://www.health.act.gov.au/about-our-health-system/office-mental-health-and-wellbeing/lifespan>, consultado el 28 de enero del 2021)



### Recuadro 11. Influencia al más alto nivel (Australia)

Australia ha aplicado un enfoque nacional de la prevención del suicidio desde 1997, impulsado principalmente mediante carteras de salud (a nivel nacional y estatal). Al reconocer la necesidad de un enfoque de todo el gobierno, en el 2019 se nombró al primer asesor nacional de prevención del suicidio, que rinde cuentas directamente ante el Primer Ministro. Con el fin de apoyar la labor del asesor nacional de prevención del suicidio del Primer Ministro, en agosto del 2019 se estableció un Grupo de Tareas Nacional de Prevención del Suicidio, con una gobernanza conjunta del Departamento de Salud y el Departamento del Primer Ministro y el Gabinete, y dotado con personal adscrito procedente de diversos organismos gubernamentales del Commonwealth. Se estableció un comité interdepartamental de prevención del suicidio del Commonwealth de alto nivel ejecutivo con miras a facilitar los aportes y el asesoramiento para la elaboración de iniciativas de prevención del suicidio en todo el gobierno. Se nombró un grupo asesor experto para que velara por que el asesor tuviera acceso a orientación permanente brindada por personas con conocimientos obtenidos de su experiencia vivida respecto del suicidio, expertos en investigación sobre la prevención del suicidio, expertos en prevención del suicidio de aborígenes e isleños del estrecho de Torres y expertos en políticas sociales y comunitarias relacionadas con la prevención del suicidio.

### Recuadro 12. Incluir a las personas que tienen experiencia directa

Las personas con experiencia directa deben incluirse en todos los aspectos de VIVIR LA VIDA. Las impresiones de las personas con experiencia directa son cruciales y ayudarán a asegurar que las actividades atiendan las necesidades de las personas en riesgo de suicidio. La participación de personas con experiencia directa asegurará que se atiendan las verdaderas necesidades de las personas que necesitan apoyo. Su experiencia es esencial para fundamentar todos los aspectos de la prevención del suicidio, influir en ellos y mejorarlos. Además, su participación puede ayudar a proporcionar modelos de esperanza para otras personas que tienen conductas suicidas o se ven afectadas por estas, o que han perdido a alguien por suicidio. Cada grupo de trabajo correspondiente a cada pilar e intervención debe incluir a personas con experiencia directa que participen activamente en la planificación, la elaboración, la aplicación y la evaluación. Todos los grupos de trabajo deben seguir un proceso participativo que tenga en cuenta por igual lo que expresan las personas que han vivido de cerca el suicidio.

Esta participación no es simbólica, y las opiniones de las personas con experiencia directa se escuchan y valoran mediante la integración de sus comentarios en el diseño de programas, la reforma de políticas y la mejora o el rediseño de los servicios. Se deben asignar tiempo y recursos suficientes durante la planificación de las actividades de VIVIR LA VIDA para contar con la colaboración de las personas con experiencia directa. La participación puede ser emotiva y a veces difícil para las personas con experiencia directa, y se debe tener cuidado al hablar de algunos aspectos (p. ej., detalles de los métodos de suicidio). Deben existir disposiciones que aseguren que las personas reciban el apoyo adecuado durante su participación<sup>18</sup> y deben considerarse medidas para mantener el anonimato.

En la esfera de la prevención del suicidio, la expresión “personas con experiencia directa” se refiere a las personas que anteriormente han tenido conductas suicidas, incluidas las ideas suicidas, y las personas que han vivido duelo por suicidio, por ejemplo, de familiares, amigos y colegas (también denominados sobrevivientes de un suicidio o sobrevivientes de una pérdida por suicidio). LifeSpan Lived Experience Framework<sup>19</sup> proporciona un marco para integrar la experiencia vivida en toda una organización. Roses in the Ocean<sup>20</sup> proporciona las mejores prácticas sobre cómo realizar tal integración de manera eficaz y segura para las personas con experiencia directa. En el anexo 2 figura un ejemplo sobre la participación significativa en Escocia.

18 Storytelling for suicide prevention checklist. National Suicide Prevention Lifeline (Estados Unidos) (<https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2018/10/Lifeline-Storytelling-Checklist.pdf>, consultado el 28 de enero del 2021).

19 LifeSpan lived experience framework. Black Dog Institute (Australia) ([https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/bdi\\_lived-experience-summit-2018\\_final.pdf](https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/bdi_lived-experience-summit-2018_final.pdf), consultado el 28 de enero del 2021).

20 Roses in the Ocean (Australia) (<https://rosesintheocean.com.au/>, consultado el 28 de enero del 2021).



## ¿CÓMO?

### 1. Forme un grupo directivo y desarrolle una visión de colaboración (véase el recuadro 1, Introducción)

- Determine las personas que desempeñarán un papel clave en el desarrollo y el monitoreo de las colaboraciones. Decida qué líder podrá reunir colaboradores y coordinar actividades. Es esencial implicar a los responsables del presupuesto pertinentes y a los líderes gubernamentales nacionales y locales.
- Considere los objetivos y el alcance de la colaboración, entienda lo que espera lograr mediante la colaboración y defina el éxito (véanse también el anexo 3 y Monitoreo y evaluación).
- Planifique el financiamiento de la colaboración, teniendo en cuenta, por ejemplo, el tiempo, el transporte y las actividades.

### 2: Elija los colaboradores y decida acerca de un método de implicación

- Realice un examen de los colaboradores (p. ej., durante el análisis de la situación) teniendo en cuenta los siguientes elementos:
  - » función en VIVIR LA VIDA;
  - » implicación actual y actitudes respecto de la prevención del suicidio;
  - » posibles razones para participar en la prevención del suicidio o la posible aversión a hacerlo;
  - » creencias culturales o religiosas, circunstancias sociales y económicas y canales habituales de comunicación;
  - » relaciones con otros sectores o interesados directos;
  - » poder o influencia para asegurar que haya implicación por parte de todos los asociados y que se operen los cambios recomendados;
  - » posible contribución a la labor de colaboración (p. ej., recursos, aptitudes);
  - » beneficios que van a obtener con su participación (que podrían destacarse al tratar de implicarlos);
  - » cualquier asunto relacionado con su participación (posibles conflictos, obstáculos, restricciones).
- Decida respecto de las técnicas para implicar a colaboradores, tales como:
  - » memorandos de entendimiento o cooperación (p. ej., entre departamentos gubernamentales);
  - » reuniones públicas;
  - » grupos focales;
  - » talleres;

- » reuniones o entrevistas individuales;
- » eventos de sensibilización;
- » Internet (cuestionarios, consultas, correos electrónicos).

### 3: Trabaje con los colaboradores

- Cuando trabaje con los colaboradores, analice los siguientes puntos:
  - » la importancia de la prevención del suicidio;
  - » el papel de los colaboradores en la prevención del suicidio;
  - » los posibles beneficios que tendrá su implicación para ellos mismos y para la aplicación de VIVIR LA VIDA;
  - » el uso de un lenguaje apropiado;
  - » el respeto de las diferentes perspectivas;
  - » cualquier inquietud que puedan tener acerca de su implicación.

### 4: Celebre una reunión inicial de colaboración

- Convenga los objetivos comunes de la colaboración.
- Considere lo que cada asociado puede aportar a la colaboración (recursos, aptitudes, relaciones o esferas de influencia) y si los colaboradores tienen algún requisito o restricción que negociar.
- Defina las funciones y las responsabilidades de cada colaborador.
- Elabore directrices o normas claras para la colaboración y defina los procedimientos a seguir en caso de que estas no se cumplan.
- Formule un plan de acción: determine un conjunto de acciones a corto y medio plazo que se puedan priorizar inicialmente, con un cronograma para su finalización a largo plazo. Incluya objetivos SMART<sup>21</sup> y determine cómo se financiarán las acciones.
- Establezca mecanismos de rendición de cuentas para fortalecer la transparencia: un plan de acción y los compromisos de los interesados directos deben definirse claramente y ponerse a disposición del público.

### 5: Comience la colaboración y monitoree y evalúe el progreso (véase Monitoreo y evaluación)

- Elabore un calendario de reuniones periódicas con los colaboradores en las que se examinen los progresos del plan de acción y se realicen ajustes o se elaboren nuevas acciones. Convenga en un cronograma en el que deben completarse las acciones.
- Analice los desafíos y las enseñanzas extraídas.
- Realice evaluaciones formales periódicas de la implicación de los colaboradores; si es posible, las evaluaciones deben realizarlas partes independientes.

21 Los objetivos SMART son acciones específicas, medibles, viables, pertinentes y con plazos (<https://www.mindtools.com/pages/article/newstool112.htm>, consultado el 28 de enero del 2021).

### Recuadro 13. Actividades para salvar vidas, dirigidas por la comunidad (India)

En Chennai, al sur de la India, un edificio anodino situado en una calle angosta bordeada de árboles aloja una organización que ha salvado innumerables vidas. Ni los mismos voluntarios de esta ONG, SNEHA, sabrían a cuántos han rescatado del precipicio del suicidio. Como estudiantes de psiquiatría teníamos poco que ofrecer para otros trastornos, pero respecto a algo que era prevenible como el suicidio, nadie estaba haciendo nada y esto provocó el inicio de SNEHA.

A principios del SNEHA en el 1986, 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, tanto que encontrar un lugar para alquilar fue difícil. A paso lento y sostenido la labor de SNEHA llegó a ser reconocida por el público, los medios de comunicación y los profesionales de salud mental. A lo largo de decenios, 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. A principios del siglo XXI, los voluntarios de SNEHA comenzaron a notar que cada año, en junio, aumentaba el número de personas que llamaban. Los voluntarios estaban realizando turnos de 24 horas para atender las llamadas de socorro de los estudiantes que tenían intenciones suicidas debido al fracaso en los exámenes durante este período. La mayoría de los estudiantes que murieron por suicidio habían reprobado solo una o dos asignaturas. Sin embargo, no bastaba con escuchar con compasión: era necesario cambiar la política si se quería salvar la vida de jóvenes. Presionamos mucho al gobierno del estado de Tamil Nadu para introducir exámenes suplementarios con los que los estudiantes pudieran volver a tomar el examen al cabo de dos meses y no perder un año académico. Hubo un amplio apoyo de los medios de comunicación.

A finales del 2002, el gobierno de Tamil Nadu anunció la introducción de exámenes suplementarios especiales para los estudiantes que habían reprobado tres asignaturas como máximo. Esto se aplicó en el 2003, aunque la nueva política no se hizo pública hasta finales del 2004. Una vez que el estado había sensibilizado acerca de los exámenes suplementarios, el número de suicidios de estudiantes se redujo en casi un 50%. Solo el hecho de que tuvieran una segunda oportunidad parecía marcar una diferencia enorme. La esperanza, al parecer, hizo maravillas y otros estados han seguido el ejemplo.

El creciente número de suicidios en la población de refugiados de Sri Lanka que viven en Tamil Nadu hizo que otra ONG recurriera a SNEHA para afrontar este problema. Se elaboró una intervención de bajo costo realizada por compañeros y que se denominó Contact and Safety Planning (CASP). Al final del primer año, las conductas suicidas disminuyeron notablemente en el campamento de refugiados donde se realizó la intervención (Vijayakumar *et al.*, 2017). Las estrategias de intervención comunitaria de SNEHA siempre han sido de bajo costo, no han requerido un uso intensivo de recursos humanos y se han basado en el apoyo de compañeros. En efecto, estas estrategias se pueden repetir satisfactoriamente en todo el mundo.

En el 2017, después de varios decenios de presión ejercida por SNEHA en el gobierno de la India sobre la necesidad de despenalizar los intentos de quitarse la vida, la ley de la era colonial finalmente quedó sin efecto gracias a la aprobación de la Ley de Salud Mental. SNEHA también ha abogado incesantemente por una estrategia nacional de prevención del suicidio en los niveles más altos del gobierno, incluido el Ministerio de Salud. Como resultado de estos esfuerzos, se creó un comité y se ha redactado un plan de acción nacional. La historia de SNEHA es al mismo tiempo una historia de cómo no se ignora la pérdida de vidas jóvenes por suicidio y de cómo se adoptan medidas inmediatas y urgentes para salvar vidas. Demuestra hasta dónde puede llegar la acción comunitaria.

### Recuadro 14. Equipo de tareas presidencial para la prevención del suicidio (Sri Lanka)

En 1995, la comunidad internacional destacó que Sri Lanka registraba la tasa de suicidios más alta del mundo. Por consiguiente, el entonces Presidente nombró un equipo de tareas presidencial para combatir el suicidio en Sri Lanka en 1997. Un factor crucial para el éxito del equipo de tareas fue la autoridad del Presidente para nombrarlo, lo que hizo que todos los sectores colaboraran en la mayor medida posible.

El equipo de tareas multisectorial estuvo integrado por representantes de la salud, la educación, la agricultura, el desarrollo social, los servicios sociales, las universidades y las ONG que prestaban servicios comunitarios. Las principales razones del éxito de esta colaboración multisectorial fueron la composición del equipo de tareas, el entusiasmo de su presidente y la autoridad que lo designó. Además, había un equilibrio entre las autoridades administrativas implicadas (como la autoridad de registro de plaguicidas, el director de la autoridad Samurdhi (finanza para el desarrollo) y el director de la oficina de educación para la salud), junto con expertos técnicos (como funcionarios de salud pública, sociólogos y psiquiatras). El equipo de tareas basó sus recomendaciones en la evidencia y el consenso.

El equipo de tareas no solo recomendó intervenciones para prevenir el suicidio, sino que también siguió monitoreando la aplicación de las recomendaciones a nivel comunitario durante varios años después. Los elementos clave del éxito de la aplicación a nivel comunitario incluyeron el enfoque colaborativo entre el equipo de tareas y las comunidades, un programa elaborado específicamente para afrontar los factores determinantes del suicidio en las aldeas y el monitoreo y la evaluación.

En Sri Lanka es importante aprovechar los recursos de la autoridad política en el momento oportuno para llevar a cabo la labor. Respecto de otros países similares a Sri Lanka, los profesionales de salud pública deben estar preparados para abogar al más alto nivel de autoridad, basando sus acciones en la mejor evidencia disponible adaptada a los contextos culturales.

## CONSEJOS PARA LA APLICACIÓN

### Cuadro 3. Consejos para establecer la colaboración multisectorial

Cuestiones	Consejos
<p>La prevención del suicidio no es una prioridad para otros sectores, interesados directos o líderes nacionales. Estos piensan que la prevención del suicidio atañe solo al sector de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilice la promoción para demostrar que la prevención del suicidio va más allá del sector de la salud y requiere colaboración.</li> <li>• Reconozca la prevención del suicidio como un problema en sí mismo, lo que permite considerar todos los factores de riesgo subyacentes y no solo los trastornos de salud mental.</li> <li>• Participe en reuniones periódicas con otros sectores e interesados directos para hacer hincapié en el valor ético, político y económico de la prevención del suicidio, e implicarlos en la sensibilización.</li> <li>• Aumente el presupuesto para la prevención del suicidio en otros sectores a fin de permitir su participación. Asigne presupuestos específicos a pilares e intervenciones específicos de VIVIR LA VIDA para que estos puedan contar con los recursos suficientes, en lugar de considerarlos como una actividad habitual del sector en cuestión.</li> <li>• Haga comentarios periódicamente a los interesados directos sobre las actividades de prevención que han dado resultados satisfactorios a fin de mantener el compromiso y el impulso.</li> <li>• Considere la posibilidad de incorporar la prevención del suicidio en otros programas y políticas de salud pública a los que se da prioridad (p. ej., salud mental, alcohol y prevención de la violencia).</li> <li>• Cuando haya estigma, entable conversaciones de sensibilización con los asociados, proporcione información y disipe los mitos sobre el suicidio.</li> <li>• Encuentre paladines (es decir, personas a quienes les importa mucho la prevención del suicidio y están dispuestas a asumir un papel de liderazgo) que puedan ayudar a implicar a sus compañeros. Es preferible tener más de un paladín porque las funciones de las personas cambian en el transcurso de la aplicación.</li> </ul>



Cuestiones	Consejos
Intereses conflictivos (tanto respecto de acciones como de financiamiento)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Defina metas y objetivos comunes hacia los que ha de dirigirse la labor.</li><li>• Defina el papel de los colaboradores y elabore mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para asegurar que su contribución se ajuste a este papel. Esto debe incluir una gestión transparente del presupuesto asignado.</li><li>• Evalúe periódicamente la colaboración y responda a cualquier problema que surja.</li><li>• Asegúrese de que la labor de los colaboradores se reconoce en las comunicaciones internas y externas.</li><li>• Procure encontrar financiamiento compartido u oportunidades de dotación de recursos para asegurarse de que los interesados directos no compitan por los mismos recursos.</li></ul>
Ausencia de trabajo en equipo y coordinación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Determine claramente el papel de cada interesado directo.</li><li>• Organice reuniones periódicas para mantener relaciones y examinar acciones.</li><li>• Establezca canales de comunicación entre las reuniones para los diferentes interesados directos y comparta información de manera oportuna a fin de reducir la duplicación de esfuerzos.</li><li>• Busque metas compartidas que puedan servir para unir a las personas para el logro conjunto.</li><li>• Elabore sistemas de gobernanza y rendición de cuentas; haga que los planes estén a disposición del público; y convenga las medidas que han de adoptarse en caso de que los interesados directos tengan dificultades para cumplir sus responsabilidades.</li></ul>
Liderazgo ausente o ineficaz	<ul style="list-style-type: none"><li>• Determine cómo comunicarse y trabajar con una variedad de interesados directos.</li><li>• Conozca los rasgos del liderazgo eficaz e ineficaz, ayudando así a evitar escollos y fortalecer las habilidades de liderazgo<sup>22</sup>.</li><li>• Cuando haya un alto nivel de reemplazo en el liderazgo, considere mecanismos que ayuden a mantener la continuidad, por ejemplo, personas que puedan desempeñar el papel en tiempos de transición, o liderazgo conjunto.</li><li>• Asegúrese de que la planificación y las acciones incluyan contribuciones de todos los niveles de colaboradores, en lugar de depender de un enfoque de arriba a abajo.</li><li>• Procure contar con financiamiento a lo largo de varios años a fin de dar tiempo para la elaboración y la evaluación de las iniciativas.</li></ul>

22 Leadership and legacy wheel. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/grantees/core-competencies/leadership>; <https://www.sprc.org/resources-programs/legacy-wheel>, consultado el 28 de enero del 2021).



© WHO / Hery Razafindralambo



## Sensibilización y promoción

### ¿QUÉ?

La sensibilización y la promoción son actividades cruciales para la solución de problemas de salud pública a menudo desatendidos, como la prevención del suicidio. La sensibilización de salud pública es un proceso organizado de comunicación dirigido al público para aumentar los conocimientos y cambiar actitudes, creencias o comportamientos relativos a un tema de salud pública importante. La promoción se puede combinar con la sensibilización para fomentar los cambios necesarios encaminados a resolver un problema.

Al aumentar la sensibilización, tanto las comunidades como los países registrarán un aumento de la demanda de servicios y de apoyo. Esto significa que las personas que dirigen la labor relativa a la sensibilización deben estar preparadas para tal aumento (véase actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento, y desarrollo de las capacidades).

La sensibilización llama la atención sobre la prevención del suicidio con mensajes como:

- El suicidio es un grave problema de salud pública.
- Las personas afectadas pueden buscar ayuda.
- Cómo detectar y apoyar a alguien en riesgo de suicidio.
- Cómo iniciar una conversación sobre el suicidio y responder adecuadamente si alguien corre riesgo de suicidio.

La promoción trata de lograr un cambio, por lo general a nivel de políticas, abogando por lo siguiente:

- más fondos que se asignarán a las medidas de prevención del suicidio;
- cambios en la legislación, como la despenalización;
- la integración de la prevención del suicidio en escuelas, lugares de trabajo y sistemas de salud;
- una estrategia nacional de prevención del suicidio;
- la mejora de los sistemas de vigilancia del suicidio y las autolesiones; y
- recursos y apoyo para los grupos de riesgo.

Es importante tener en cuenta que el lenguaje utilizado en la sensibilización no normaliza ni estigmatiza el suicidio (véase recursos para el asesoramiento sobre el uso del lenguaje). Si bien se puede reconocer que los pensamientos suicidas pueden ocurrir a lo largo del curso de vida, es necesario enfatizar la importancia de proporcionar y buscar apoyo. Considere no solo lo que comunica, sino también cómo lo comunica. Asegúrese de que los mensajes aborden mitos y conceptos erróneos, y que utilicen un lenguaje que no es sensacionalista ni incendiario.

### ¿POR QUÉ?

La sensibilización y la promoción son acciones estratégicas que contribuyen a los esfuerzos generales de prevención del suicidio al influir en los encargados de la toma de decisiones y en la opinión, las actitudes y los comportamientos públicos.

Respecto de los encargados de la toma de decisiones, la promoción puede:



- contribuir a un mayor compromiso político y a una mayor asignación de recursos para las medidas de prevención del suicidio; y
- usarse para influir en los interesados directos ajenos al sector de la salud en cuanto a su papel en la prevención del suicidio, incluidos, entre otros, la agricultura, el transporte, el poder judicial, la comunidad y los sectores privado y laboral.

Respecto del público, la sensibilización puede:

- informar que el suicidio es un problema grave de salud pública que merece atención;
- reducir el estigma del suicidio disipando mitos o conceptos erróneos y abordando actitudes o creencias sobre la salud mental y el suicidio, incluidas las actitudes hacia las personas que han intentado suicidarse y las que han perdido a un familiar por dicha causa;
- aumentar la sensibilización sobre el papel de las personas en el apoyo a quienes corren riesgo;
- fomentar la ayuda y alentar comportamientos de búsqueda de ayuda; y
- proporcionar conocimientos sobre dónde buscar ayuda.

### Recuadro 15. La sensibilización crea demanda de servicios (Kenya)

Puesto que trabaja sin una estrategia nacional para la prevención del suicidio, Befrienders Kenya tiene un interés especial en la prevención del suicidio. Al prestar servicios de escucha para personas muy afligidas; coordinar los esfuerzos en el Día Mundial para la Prevención del Suicidio; trabajar con los medios de comunicación e impartir formación para los guardianes, Befrienders Kenya ha observado un aumento en las solicitudes de sesiones de sensibilización y formación. Las solicitudes indican claramente el interés que generan los esfuerzos de Befrienders Kenya encaminados a la sensibilización acerca del suicidio y la prevención del suicidio. En respuesta, Befrienders Kenya imparte formación como la dirigida a los guardianes a nivel comunitario para dotar a grupos comunitarios específicos con las aptitudes y los conocimientos necesarios que contribuyen a la reducción del estigma y la promoción del comportamiento de búsqueda de ayuda, contribuyendo así a los esfuerzos de prevención del suicidio. La sensibilización que lleva a cabo Befrienders Kenya también crea una plataforma para la labor de promoción de la prevención del suicidio en el país.

## ¿DÓNDE?

La sensibilización y la promoción de la prevención del suicidio pueden ir desde eventos realizados en un solo lugar comunitario (como una aldea o un lugar de trabajo) hasta campañas públicas de comunicación a nivel nacional. La promoción del cambio puede integrarse en la sensibilización (como eventos conjuntos de reuniones con el gobierno y ONG). Los mensajes pueden difundirse a través de un canal ampliamente accesible y comúnmente utilizado para una comunidad (como una transmisión de radio o en una reunión comunitaria o religiosa), o a través de múltiples canales para llegar a diversas audiencias y ampliar el alcance geográfico en un país (como redes sociales, material impreso, televisión, radio, ruedas de prensa, conferencias o talleres, anuncios impresos o vallas publicitarias).

## ¿CUÁNDO?

La sensibilización se puede aplicar continuamente utilizando métodos de comunicación estática como vallas publicitarias, noticias impresas regularmente, anuncios o carteles en lugares comunitarios a los que acceden personas que buscan ayuda o que pueden correr riesgo de suicidio (p. ej., en escuelas, comisarías de policía, transporte público, servicios de salud). Es importante que se evalúen y difundan los efectos de la labor entre los encargados de la toma de decisiones para demostrar el beneficio de la dotación de recursos para la actividad continua. Los puntos focales locales o nacionales de prevención del suicidio pueden seguir abogando por la prevención del suicidio en agendas conexas.

### Recuadro 16. Mes nacional de sensibilización sobre el suicidio (Japón)

Para concentrar los esfuerzos y los recursos, los países pueden optar por dedicar un período específico a la sensibilización. Por ejemplo, en el 2010 Japón seleccionó marzo como su Mes Nacional de Sensibilización sobre la Prevención del Suicidio. Este se seleccionó como mes significativo debido al aumento de la tasa de suicidios observado en marzo en Japón<sup>23</sup>. Más recientemente se han utilizado carteles en los sistemas de transporte de Japón para sensibilizar a la población.

23 Japan turning a corner in suicide prevention ([https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/japan\\_story/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/japan_story/en/), consultado el 28 de enero del 2021).



Los países y las comunidades pueden aprovechar la oportunidad de los días mundiales de salud pública para amplificar la labor de sensibilización mediante campañas. Estas campañas pueden dirigirse a toda una población o utilizarse como oportunidades para dirigirse a grupos seleccionados.

Las fechas anuales notables para la prevención del suicidio son:

- 10 de septiembre: Día Mundial para la Prevención del Suicidio.
- 10 de octubre: Día Mundial de la Salud Mental.
- Noviembre (la fecha varía cada año): Día Internacional del Sobreviviente de Suicidio.

El beneficio de utilizar los días mundiales es que la labor a gran escala se dirige a desarrollar recursos que puedan ser compartidos y utilizados por muchos otros. La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) organiza el Día Mundial para la Prevención del Suicidio. La labor de los países cuenta con el apoyo de la IASP mediante la recopilación, el intercambio y el suministro de actividades y materiales de recursos. Se han llevado a cabo centenares de actividades en más de 70 países desde que se estableció este día en el 2003. Estas incluyen eventos educativos y conmemorativos, ruedas de prensa, conferencias y una amplia cobertura en las redes sociales<sup>24</sup>. Las actividades de seguimiento (p. ej., durante dos semanas después de estas fechas mundiales) pueden ser una manera eficaz de fortalecer la sostenibilidad de los mensajes de los días de campaña.

## ¿QUIÉN?

La sensibilización y la promoción requieren la colaboración entre múltiples interesados directos. A nivel nacional, el liderazgo puede provenir de una colaboración entre el Ministerio de Salud y los medios de comunicación. Los medios son un asociado esencial en la sensibilización. Una asociación con los medios debe ser vista como un componente clave de la labor de sensibilización y promoción en curso (véase Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio).

A nivel comunitario, el liderazgo puede provenir de personas u organizaciones que tengan un interés especial en la prevención del suicidio. Los interesados directos pueden incluir personas

con experiencia directa, representantes del público destinatario u ONG. Deben incluirse personas con experiencia en materia de sensibilización (p. ej., en otros ámbitos de la salud pública).

### Recuadro 17. See Me: cómo eliminar el estigma (Escocia)

Uno de los principales objetivos estratégicos del plan de acción de prevención del suicidio del Gobierno de Escocia es asegurar que el suicidio deje de ser objeto de estigma. Los esfuerzos más amplios para reducir el estigma y la discriminación en torno a la salud mental apoyan este objetivo, así como otros dos objetivos estratégicos, es decir, que las personas en riesgo de suicidio se sientan capaces de pedir ayuda y que las personas afectadas por el suicidio no estén solas. La eliminación del estigma en torno a pedir ayuda para un problema de salud mental, o cuando la persona está afligida, es vital 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 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. En la educación, se ofrece a los jóvenes y a los adultos en su vida un lenguaje común para hablar de la salud mental, a fin de que los jóvenes no tengan miedo de expresarse. En los lugares de trabajo, los empleadores trabajan con See Me para mejorar las políticas y prácticas que pueden causar discriminación, así como para cambiar las culturas a fin de que los empleados se sientan capaces de decir que están atravesando dificultades y sea posible hacer ajustes razonables para apoyarlos. En la atención de salud, See Me ha trabajado para alentar a las personas afligidas a que participen en la formación del personal de salud con miras a que este sea consciente de las repercusiones negativas que tiene dar una respuesta no compasiva y desdenosa. Esta labor cuenta con el apoyo de asociados en localidades, asociados intersectoriales y los que se centran en grupos de alto riesgo que, junto con un creciente movimiento social de personas en toda Escocia, están cambiando la cultura en torno a la salud mental en Escocia para que las personas no se sientan solas y puedan pedir ayuda cuando están afligidas.

<sup>24</sup> Suggested activities by the International Association for Suicide Prevention (IASP) (<https://www.iasp.info/wspdp2019/suggested-activities/>, consultado el 28 de enero del 2021).



Los paladines de la prevención del suicidio pueden acelerar la labor de sensibilización y promoción. Los paladines pueden ser miembros influyentes o reconocidos de una comunidad (como un líder religioso o un político local) o celebridades nacionales o mundiales que han demostrado empeño e interés en fomentar la salud mental y la prevención del suicidio, como Heads Together, dirigido por la Fundación Real del Duque y la Duquesa de Cambridge en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Encontrar paladines con experiencia directa puede ayudar a captar la atención de la población o impulsar un aumento a gran escala de las iniciativas de prevención del suicidio, como la Ley en Memoria de Garrett Lee Smith<sup>25</sup> en los Estados Unidos. Posteriormente,

esta ley ha proporcionado subvenciones para la prevención del suicidio de jóvenes a todos los estados de los Estados Unidos, incluidas instituciones académicas y más de 50 tribus indígenas. La evidencia de la investigación reveló que las esferas que realizaban actividades financiadas con subvenciones experimentaron disminuciones en el suicidio de jóvenes (Godoy Garraza *et al.*, 2019).

Los paladines de la sensibilización y la promoción también incluyen a personas u organizaciones interesadas en la prevención del suicidio, como las ONG, o los líderes en materia de salud, atención social y ciencias, o los defensores de la prevención del suicidio, incluidos los familiares.

### Recuadro 18. Paladines decididos y comprometidos (Estados Unidos de América)

En 1996 las Naciones Unidas publicaron un documento titulado *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies* [Prevención del suicidio: directrices para la formulación y la aplicación de estrategias nacionales]. En este documento se solicitaba a los gobiernos que formularan una estrategia nacional para la prevención del suicidio y establecieran un órgano de coordinación responsable de la prevención de la conducta suicida. Este llamado a la acción fue escuchado por 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. La promoción realizada por esta pareja de Georgia y las innumerables personas que se unieron a su cruzada contribuyó a la elaboración de la primera estrategia nacional de los Estados Unidos. Al llamar la atención de los legisladores nacionales sobre el suicidio implicando la voz de estos numerosos sobrevivientes, la pena se convirtió en acción, el dolor en promesa y el sufrimiento en esperanza. 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, los Weyrauch se pusieron en contacto con su oficina para solicitar su apoyo en la presentación de 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. Esta resolución fue aprobada por unanimidad por los 100 senadores de los Estados Unidos el día en que se presentó, y puso en marcha el movimiento actual del país para afrontar el suicidio como una de las principales causas de muerte. En 1998 se celebró una reunión nacional en Reno (Nevada) que convocó a sobrevivientes, académicos, responsables de formular políticas, médicos y otras personas a fin de que sentaran las bases de nuestra primera estrategia nacional dirigida a la prevención del suicidio. Después de un llamado inicial a la acción publicado en 1999, la primera estrategia se publicó en el 2001, se revisó en el 2012 y el órgano de coordinación se estableció en el 2010. Como dijo una vez Margaret Mead: “Nunca dudes de que un pequeño grupo de ciudadanos comprometidos y conscientes pueda cambiar el mundo; de hecho, es lo único que lo ha logrado”. Es una defensa entusiasta como la del senador Harry Reid, Jerry y Elsie Weyrauch, y el senador Gordon Smith y su esposa lo que ha levantado el velo del secreto del suicidio y ha animado a una nación a tomar medidas fundamentales para comprometerse a afrontar este desafío de salud pública. Gracias a sus incansables esfuerzos y a su servicio desinteresado, en la actualidad existe una estrategia nacional para la prevención del suicidio, un órgano de coordinación para supervisar su aplicación, un centro nacional de recursos para la prevención del suicidio, un sustento nacional, una infraestructura para responder al suicidio en todo el país y subvenciones que se distribuyen para ayudar a las comunidades a responder al suicidio en sus localidades. Estas personas siempre serán recordadas por sus esfuerzos catalíticos, motivados por sus propias pérdidas de seres queridos, para asegurar que un país responda al desafío de salud que plantea el suicidio.

25 Lamentablemente, fueron las repercusiones de la tragedia lo que provocó un cambio en la prevención del suicidio. Garrett Lee Smith, hijo del senador Gordon y Sharon Smith, murió por suicidio en el 2003, lo que llevó a la aprobación de la Ley en Memoria de Garrett Lee Smith.



## Recuadro 19. Convertir la pena en acción contra el suicidio (Irak)

Algunas personas dicen que el tiempo cura todas las heridas. Creemos que es tanto el tiempo como la acción lo que nos ayuda a sanar después de una pérdida. En medio del duelo por la pérdida de nuestro hijo menor Taba por suicidio, empezamos a contactar con otros sobrevivientes, personas que han sufrido tras la pérdida de un ser querido por suicidio como nosotros. Nos esforzamos por brindarles todo el apoyo, aunque limitado, que pudimos para guiarlos en su viaje a lo largo de su duelo y en sus esfuerzos para combatir el estigma social, al tiempo que les recordábamos que no estaban solos.

La muerte de Taba nos transformó por completo. Nos dimos cuenta de que al compartir nuestra propia experiencia podíamos ayudar a quienes habían experimentado una pérdida similar a la nuestra demostrándoles que no estaban solos o abandonados. Pronto nos dimos cuenta mediante la investigación y la reflexión de que, de forma contraria al discurso local, el suicidio es prevenible. Dado que no se contaba con ayuda gubernamental especializada ni con ONG centradas en la prevención sistemática del suicidio y el apoyo de los sobrevivientes, decidimos adoptar medidas por nuestra cuenta mediante la fundación de Azhee.

Unos meses después del registro oficial de Azhee como ONG sin fines de lucro en el 2019, con el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), organizamos una conferencia nacional que coincidió con el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, a la que asistieron aproximadamente 100 sobrevivientes del suicidio, académicos, ONG nacionales e internacionales, diplomáticos, representantes gubernamentales y organismos de las Naciones Unidas. La conferencia logró su objetivo de atraer una mayor atención de los medios de comunicación y el mundo académico a la cuestión del suicidio y a la extrema urgencia de adoptar medidas para prevenirlo. Durante el evento, reafirmamos la importancia de finalizar un proyecto muy necesario, pero archivado, de la estrategia nacional para la prevención del suicidio.

Con el fin de celebrar el Día Mundial para la Prevención del Suicidio este año, organizamos un taller remoto para poner en marcha el proceso de examen destinado a finalizar el proyecto de estrategia para su aprobación por el gobierno. Sobre la base de los esfuerzos de Azhee, la Secretaría del Consejo de Ministros iraquí y la OIM copatrocinaron a Azhee y a altos representantes ministeriales en una conferencia de dos días realizada en Bagdad en noviembre del 2019 para consolidar nuestros esfuerzos hacia la finalización de la estrategia de prevención del suicidio. Aunque hemos progresado desde nuestros inicios, seguimos enfrentando desafíos como el estigma a nivel personal y comunitario, y la falta de fondos a nivel institucional. Seguimos comprometidos a superarlos en los próximos años.

La historia de nuestro hijo terminó, pero la nuestra no. Fundamos Azhee (palabra kurda que significa que él o ella vive) porque estamos aquí celebrando las vidas de los seres queridos que perdimos por suicidio y honrando el tiempo que pasaron con nosotros. Queremos que otros valoren y aprecien sus vidas, vivan con felicidad y usen su tiempo en este planeta para beneficiarse a sí mismos y a los demás. Como fundadores de Azhee<sup>26</sup> abogamos, en nombre de nuestro amor por Taba y muchos otros, por la expansión de la comprensión de nuestra sociedad y el reconocimiento de la importancia de la salud mental.

## ¿CÓMO?

### 1. Convoque un grupo de trabajo (véase el recuadro 1, Introducción)

- Establezca el grupo de trabajo (véase arriba ¿Quién?).
- Asegúrese de que los interesados directos (véase el anexo 1, en el que figura una lista de sectores e interesados

directos) participen en todo el proceso de planificación y aplicación, ya que ellos y sus asociados serán vitales para la labor de difusión.

<sup>26</sup> Véase: [www.azhee.org](http://www.azhee.org), consultado el 28 de enero del 2021.



## 2. Decida cuál es el objetivo

- Considere las metas y determine si estas apoyan otras intervenciones y pilares de VIVIR LA VIDA. Algunos ejemplos podrían ser llamar la atención sobre el suicidio como un grave problema de salud pública, sensibilizar acerca de los servicios de apoyo disponibles o abogar por recursos para intervenciones específicas de prevención del suicidio.
- Decida cuál es el público destinatario. Para la sensibilización, utilice un análisis de la situación disponible o una fuente de información conexa para determinar los grupos destinatarios prioritarios (es decir, los que registran tasas desproporcionadamente altas de suicidio, o tasas bajas de búsqueda de ayuda). Para la promoción, considere incluir al encargado de la toma de decisiones o al financiador apropiado para el logro de la meta de la promoción. Las comunicaciones son más eficaces cuando se dirigen a públicos específicos (p. ej., responsables de formular políticas, adolescentes). Cuando las comunidades tienen opiniones muy firmes sobre el suicidio, es importante mantener conversaciones con los interesados directos clave a fin de mantener asociaciones antes de que se adopten medidas.
- Decida cuándo se ha de realizar la aplicación. Las opciones incluyen una iniciativa continua, una campaña, la designación de un mes nacional de sensibilización, la designación de un día mundial de sensibilización u otras fechas importantes (p. ej., momentos de alto estrés, como exámenes escolares o universitarios). Asegúrese de que los objetivos se puedan lograr dentro de plazo.
- Determine si los objetivos pueden lograrse con los recursos disponibles. Determine si los esfuerzos y los recursos pueden integrarse en actividades de sensibilización conexas relativas a otras cuestiones de salud pública.
- Decida cómo se evaluarán y se comunicarán los efectos. Se debe planificar con antelación un mecanismo para monitorear y evaluar los efectos de la sensibilización o la promoción (véase el punto 5 más abajo y también Monitoreo y evaluación).

## 3. Determine los métodos de transmisión y los mensajes para la actividad o las comunicaciones

- Evalúe qué método de transmisión: 1) logrará las metas; 2) será adecuado para el público destinatario; y 3) asegurará efectos y una cobertura suficientes para el esfuerzo

de inversión.

- Asegúrese de que el contenido de la información se base en la evidencia<sup>27</sup>.
- Adapte los métodos y los mensajes al grupo de población destinatario. Considere los grupos etarios (p. ej., los adolescentes quizás prefieran métodos de comunicación diferentes a los que prefieren otros grupos etarios), el género (p. ej., adapte el lenguaje o las imágenes), la composición sociodemográfica de una comunidad (p. ej., mensajes en idiomas predominantes; imágenes y lenguaje que representan a la comunidad, por ejemplo, en cuanto a origen étnico, condición de migrante, religión); el nivel de alfabetización del grupo de población (p. ej., mensajes verbales o basados en imágenes); el contexto (p. ej., la radio o eventos comunitarios tal vez sean preferibles cuando no hay acceso a Internet).
- Prevea múltiples métodos de transmisión y múltiples mensajes, en particular para grupos de población con diferentes orígenes socioculturales.

## 4. Compruebe la aceptabilidad, comprensibilidad y viabilidad de los métodos de transmisión y los mensajes

- Implice a los interesados directos pertinentes a fin de evaluar la aceptabilidad y los posibles efectos de la iniciativa en una pequeña muestra del público destinatario.
- Esto también puede incluir determinar si la promoción dirigida a los encargados de la toma de decisiones será aceptable y tendrá los efectos deseados.
- Revise el material, si es necesario, y prepare a los interesados directos para la fase de difusión.

## 5. Lleve a cabo la iniciativa y evalúe su eficacia (véase también Monitoreo y evaluación)

- Considere cómo determinar si la sensibilización ha tenido éxito. Piense en las metas. Si es factible, realice una encuesta de base para determinar los conocimientos, actitudes y comportamientos del público destinatario antes de llevar a cabo la labor de sensibilización.
- Utilice las enseñanzas extraídas para fundamentar los cambios para la próxima iniciativa.
- Se debe difundir un informe de evaluación de la iniciativa entre todos los interesados directos y encargados de la toma de decisiones. Dicho informe puede servir como método de promoción al destacar los efectos de la sensibilización.

<sup>27</sup> Véase, por ejemplo, la nota descriptiva de la OMS en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, consultado el 1 de enero del 2021).



## CONSEJOS PARA LA APLICACIÓN.

**Cuadro 4. Consejos para la aplicación, la sensibilización y la promoción de VIVIR LA VIDA**

Cuestiones	Consejos
Falta de tiempo para la planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzca el número de actividades y los mensajes para que se ajusten razonablemente al cronograma. Guarde ideas para otra fecha de difusión.</li> <li>• Dé prioridad a los mensajes para el grupo destinatario y al cronograma.</li> <li>• Utilice los objetivos SMART<sup>28</sup> para planificar.</li> </ul>
Preocupaciones respecto de la manera de responder al suicidio en contextos en los que existe estigma o en los que no se cuenta con servicios de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sensibilización debe abordar el tema del estigma. Se debe disponer de apoyo para las personas que lo necesitan.</li> <li>• Implique al público en la elaboración de contenidos de sensibilización. Por ejemplo, plantee un desafío local o en línea, e invite al público a que describa cómo cuida de su salud mental<sup>29</sup>.</li> </ul>
Fondos o recursos limitados que afectan a la cobertura y las actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no es posible obtener más fondos, procure trabajar dentro del presupuesto disponible.</li> <li>• Reduzca la cobertura geográfica y el número de actividades.</li> <li>• Priorice un grupo de población destinatario (para disminuir los requisitos de múltiples métodos de prestación y de elaboración de múltiples adaptaciones de los mensajes).</li> <li>• Priorice los métodos de prestación de servicios que serán más eficaces en función de los costos y que tendrán los efectos previstos para el objetivo.</li> <li>• Determine si los recursos pueden mancomunarse con los interesados directos o determine si la sensibilización sobre la prevención del suicidio puede integrarse en campañas conexas (p. ej., para la salud mental).</li> <li>• Considere la posibilidad de aprovechar otras iniciativas, o de asociarse con interesados directos locales, para agregar mensajes de prevención del suicidio a sus eventos y celebraciones.</li> <li>• Interactúe con los medios de comunicación que puedan estar en condiciones de donar el espacio publicitario vacío que necesiten llenar.</li> <li>• Comunicar la evaluación de una sola campaña a los posibles financiadores puede ayudar a obtener futuros recursos financieros.</li> </ul>
Falta de resultados claros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las iniciativas deben tener un enfoque claro y un llamamiento a la acción, como vincular a las personas con los servicios de apoyo en lugar de sensibilizar acerca del suicidio en general.</li> </ul>

28 Los objetivos SMART son objetivos específicos, medibles, viables, pertinentes y con plazos.

29 Véase la campaña Campaign to Change Direction en: <https://www.changedirection.org/a-week-to-change-direction/>, consultado el 28 de enero del 2021.



© WHO / Colin Cosier



# Desarrollo de las capacidades

## ¿QUÉ?

El desarrollo de las capacidades para la prevención del suicidio está destinado estratégicamente a toda persona que aplique los pilares o las intervenciones de VIVIR LA VIDA (véase el cuadro 5). Esto significa impartir formación para mejorar los conocimientos y las aptitudes de las personas tanto dentro como fuera del sector de la salud.

**Cuadro 5. Ejemplos de desarrollo de las capacidades para las intervenciones y los pilares de VIVIR LA VIDA**

Intervenciones y pilares de VIVIR LA VIDA	Ejemplos de desarrollo de las capacidades
Análisis de la situación	Personas que se ocupan de esta tarea (examen documental, entrevistas, interpretación de análisis cuantitativos y cualitativos)
Colaboración multisectorial	Interesados directos (creación de asociaciones, liderazgo)
Sensibilización y promoción	Personas que se ocupan de estas tareas (aptitudes de comunicación)
Financiamiento	Persona que se ocupa de esta tarea (redacción de una propuesta o preparación de un presupuesto para el financiamiento)
Vigilancia, monitoreo y evaluación	Recopiladores de datos, gestores de datos, personal medicolegal, forenses. Desarrollo de capacidades para aumentar y fortalecer la investigación en los países de ingresos bajos y medianos (Chibanda <i>et al.</i> , 2020)
Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio	Autoridades de registro y reglamentación de los plaguicidas; legisladores en la esfera del control de armas de fuego; jueces; arquitectos
Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio	Profesionales de los medios de comunicación (p. ej., periodistas, cineastas, personas que trabajan en el teatro, el cine y la televisión) Estudiantes de profesiones de comunicación
Desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes	Trabajadores de la salud, proveedores o facilitadores de educación (para impartir programas de aptitudes socioemocionales en las escuelas)
Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento	Trabajadores de la salud (también en el manejo clínico de la ingestión aguda de plaguicidas, cuando corresponda); guardianes comunitarios.



## ¿POR QUÉ?

El desarrollo de las capacidades es importante para que las personas puedan obtener, mejorar y conservar las aptitudes y los conocimientos necesarios para realizar su trabajo de manera competente. Los servicios de salud suelen ser el punto de entrada donde se proporciona atención de manejo y seguimiento a las personas afligidas. La cobertura universal de salud significa que todas las personas tienen acceso a los servicios de salud que necesitan, cuándo y dónde los necesitan, sin enfrentar dificultades financieras<sup>30</sup>. Dado que muchas personas no tienen suficiente acceso a la atención de salud (OMS, 2018b), también es importante desarrollar las capacidades de los guardianes locales, cuyos conocimientos y acceso a la comunidad les permite detectar a las personas en riesgo y movilizar el apoyo.

### Recuadro 20. Ampliar la capacitación multisectorial de los guardianes (Malasia)

En el último decenio, el liderazgo gubernamental, las asociaciones locales e internacionales público-privadas y los voluntarios de ONG y grupos defensores de los pacientes han contribuido a la ampliación de la formación de guardianes para la prevención del suicidio entre los trabajadores de la salud de primera línea, los educadores y el público en general a nivel regional y nacional en Malasia. La base de la evidencia se está expandiendo gradualmente respecto de una mayor sensibilización sobre la prevención del suicidio a corto plazo (Siau *et al.*, 2018). Es necesario trabajar en el futuro para establecer y evaluar modelos sostenibles de formación de guardianes para el desarrollo de capacidades a más largo plazo en grupos de población específicos en la comunidad.

## ¿DÓNDE?

El desarrollo de las capacidades puede coordinarse a nivel nacional (p. ej., mediante la capacitación de la fuerza de trabajo nacional en materia educacional, policial y de salud) o llevarse a cabo en la comunidad (p. ej., la capacitación coordinada por un órgano local y dirigida a determinados interesados directos comunitarios). La formación se puede impartir de manera presencial o digital, utilizando, por ejemplo, cursos de aprendizaje electrónico de prevención del suicidio en el campus virtual de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>31 32</sup> o la aplicación e-mhGAP de la OMS para trabajadores de la salud no especializados en la evaluación y el manejo de autolesiones o el suicidio<sup>33</sup>.

## ¿CUÁNDO?

Esta labor debe ser continua a lo largo de la aplicación de VIVIR LA VIDA. Puede haber momentos estratégicos para proporcionar desarrollo de las capacidades, por ejemplo, mediante la inclusión de la prevención del suicidio en la formación previa al servicio o la formación continua de los trabajadores de la salud, que se examina periódicamente durante su empleo. El desarrollo de las capacidades también puede iniciarse cuando surgen problemas, como altas tasas de suicidio en un sector ocupacional en particular (como el de la construcción) o estigma en el sector judicial.

Antes de comenzar las iniciativas, se debe establecer una ruta asistencial para el manejo y el seguimiento continuos (véase Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas). El desarrollo de las capacidades debe ser sostenible, para evitar que los efectos de la formación disminuyan después de haberla impartido una sola vez. Los modelos que promueven la sostenibilidad incluyen el modelo de formación de instructores, la supervisión de los trabajadores de la salud o la planificación de la formación que se repite regularmente en la comunidad.

30 Cobertura sanitaria universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1), consultado el 17 de febrero del 2021).

31 Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de atención primaria de salud. Washington (D. C.): Organización Panamericana de la Salud (<https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/prevencion-de-la-autolesion-y-el-suicidio-empoderamiento-de-los-profesionales-de-atencion>, consultado el 28 de enero del 2021).

32 Engaging communities in preventing suicide. Washington (D. C.): Organización Panamericana de la Salud (<https://www.campusvirtualsp.org/en/course/virtual-course-engaging-communities-preventing-suicide-2020?language=es>, consultado el 28 de enero del 2021).

33 Véase: mhGAP-IG 2.0 App (e-mhGAP) (<https://apps.apple.com/gb/app/mhgap-ig-2-0-app-e-mhgap/id1291414206>, consultado el 28 de enero del 2021).



### Recuadro 21. Desarrollo de las capacidades de los jueces (Ghana)

En Ghana, la necesidad de capacitar a los jueces comenzó cuando los medios de comunicación pusieron de relieve que los tribunales estaban castigando a los sobrevivientes de intentos de suicidio. En respuesta, el Centro de Investigación sobre el Suicidio y la Violencia (CSVR) organizó reuniones con los interesados directos para examinar la necesidad de ampliar la sensibilización y los conocimientos sobre el suicidio para el personal del poder judicial y de los servicios de seguridad conexos. A fin de alentar la implicación del poder judicial, el CSVR se asoció con la Autoridad de Salud Mental de Ghana para planificar un programa de formación. Una conexión personal facilitó el acceso a los servicios judiciales y la aceptación por parte de estos, que luego se unieron a las conversaciones sobre la planificación. Los arreglos logísticos para la formación se hicieron de manera colaborativa. El contenido de la formación incluyó educación sobre el suicidio, las señales de alerta, el estigma y la necesidad de despenalizar el intento de suicidio.

## ¿QUIÉN?

Los interesados directos del desarrollo de las capacidades deben considerarse teniendo en cuenta: 1) las personas que han de elaborar o impartir la formación en materia de desarrollo de las capacidades; y 2) los beneficiarios de la formación.

Por ejemplo, el desarrollo de las capacidades para la detección oportuna, la evaluación, la gestión y el seguimiento puede orientarse hacia lo siguiente:

- los trabajadores de la salud, incluidos los trabajadores de la salud mental y los que no son especialistas (como los trabajadores médicos de emergencia, médicos generales, enfermeros, agentes de salud comunitarios o trabajadores sociales);
- trabajadores de servicios de urgencias (como policías, bomberos y personal de ambulancias o de líneas telefónicas para situaciones de crisis);
- los que trabajan con
  - » jóvenes (p. ej., maestros y profesionales que trabajan con

los jóvenes);

- » personas mayores (p. ej., el personal de asistencia en residencias y el personal de servicios de jubilación);
- » el sistema judicial (p. ej., oficiales penitenciarios y jueces);
- » beneficiarios de asistencia social;
- » personas en lugares de trabajo (p. ej., grupos ocupacionales que registran altas tasas de suicidio);
- otros guardianes comunitarios (personas que probablemente entren en contacto con personas en riesgo o que influyen en una comunidad (véase el anexo 1, en el que figura una lista de sectores y e interesados directos). Algunos ejemplos incluyen:
  - » Las Queen Mothers en Ghana, que ejercen una gran influencia en la comunidad;
  - » los trabajadores del transporte público en el Reino Unido para detectar a las personas en riesgo que están cerca de los sitios de salto<sup>34</sup>;
  - » los taxistas en Irlanda, que tal vez pasen por sitios de salto;
  - » el personal administrativo de salud en Escocia, que suele ser el primer punto de contacto de los pacientes;
  - » los peluqueros en el Reino Unido, que tienen la oportunidad de hablar con sus clientes, en particular con hombres;
  - » los bármans en los Estados Unidos, que probablemente entren en contacto con hombres en peligro<sup>35</sup>;
  - » oficiales financieros y cobradores de deudas en los Países Bajos, que probablemente se encuentren con personas que tienen problemas financieros.

## ¿CÓMO?

### 1. Convoque un grupo de trabajo (véase el recuadro 1, Introducción)

- Establezca el grupo (véase arriba ¿Quién? y el anexo 1, en el que figura una lista de sectores e interesados directos). Es probable que el desarrollo de las capacidades implique la colaboración entre el sector de la salud, las autoridades locales y los interesados directos comunitarios.
- Determine dónde es necesario desarrollar las capacidades y cuál será la meta del desarrollo de las capacidades. En contextos de recursos limitados, considere dónde tendrá mayores efectos la formación en materia de prevención del

34 Suicide prevention on the railway. Londres: NetworkRail (<https://www.networkrail.co.uk/communities/safety-in-the-community/suicide-prevention-on-the-railway/>, consultado el 28 de enero del 2021).

35 Bartenders as gatekeepers. Ventura County (CA): NotAlone (<https://www.notalonevc.org/bartenders-as-gatekeepers/>, consultado el 28 de enero del 2021).



suicidio. Las necesidades de desarrollo de las capacidades deben determinarse en colaboración con los interesados directos. El análisis de la situación puede haber revelado brechas en las capacidades y necesidades de formación.

- Determine quién elaborará e impartirá la formación. La formación la deben elaborar e impartir personas que tengan experiencia en la prevención del suicidio y que sean competentes respecto de métodos de formación.
- Determine cómo se impartirá la formación. Podría impartirse de manera presencial o virtual, o a través de métodos digitales como la videoconferencia en línea.
- Planifique para asegurar la continuidad y sostenibilidad de la formación. Para los trabajadores de la salud, la supervisión continua es importante; para los interesados directos que tal vez no llevan a cabo supervisión clínica continua, planifique repetir la formación y realizar sesiones de repaso. Determine si se puede utilizar un modelo de formación de instructores.
- Considere la posibilidad de incluir el desarrollo de las capacidades para la prevención del suicidio en los planes de estudios de la educación profesional.

## 2. Elabore o elija y adapte un conjunto de actividades de formación

- Para los trabajadores de la salud no especializados y los agentes de salud comunitarios, se puede utilizar el módulo sobre autolesión/suicidio de la *Guía de intervención mh-GAP* de la OMS (WHO, 2019b) y el material de formación conexo<sup>36</sup>.
- Para los guardianes, la formación debe basarse en la evidencia y adaptarse a las necesidades de estos. La sensibilización y la reducción del estigma deben incorporarse en todo el desarrollo de las capacidades en materia de prevención del suicidio. La formación debe asegurar que los guardianes sepan qué hacer una vez que se ha detectado el riesgo (p. ej., la derivación).
- La formación debe proporcionar oportunidades de practicar las aptitudes aprendidas (p. ej., mediante la escenificación de papeles). Después de la formación, se deben establecer sistemas continuos de supervisión y cursos de repaso para facilitar el aprendizaje continuo y oportunidades de examinar cuestiones que hayan surgido.
- El contenido de la formación puede requerir una adapta-

ción cultural para un nuevo contexto. Los encargados de elaborar la formación pueden asesorar en cuanto a la mejor manera de hacer adaptaciones sin afectar la eficacia.

## 3. Imparta formación para la fuerza laboral y proporcione supervisión continua o planifique cursos de repaso

- La supervisión debe considerarse un componente esencial de la formación para asegurar un cambio sostenido, en particular para los trabajadores de la salud.
- Deben planificarse sesiones periódicas de supervisión para fortalecer la transferencia de conocimientos a la práctica y para dar a los destinatarios de la formación la oportunidad de resolver los problemas que afrontan.
- Planifique cursos de repaso de actualización para los guardianes u otras personas ajenas al sector de la salud.

## 4. Evalúe la formación

- Planifique con antelación cómo se monitorearán y evaluarán los programas de formación (véase Monitoreo y evaluación).
- Para la formación en desarrollo de las capacidades, analice y evalúe la competencia de los que reciben dicha formación, es decir, la habilidad de aplicar las aptitudes y los conocimientos obtenidos. Para los proveedores no especialistas de intervenciones psicosociales, se puede utilizar el instrumento de evaluación Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors (ENACT) [Mejora de la evaluación de los factores terapéuticos comunes]. Una versión digital de ENACT está disponible (en varios idiomas) en la plataforma Equip de la OMS<sup>37</sup>.
- Evalúe la confianza y las experiencias cualitativas de los que reciben la formación y los instructores. No basta con informar únicamente acerca del número de personas que reciben formación, ya que esto no indica si estas personas adquirieron aptitudes o conocimientos, o si cambiaron su comportamiento.
- Para evaluar los efectos de la formación en la labor rutinaria de los que la recibieron, los indicadores utilizados pueden incluir el número de contactos con personas en riesgo y el número de derivaciones efectuadas.
- Monitoree la proporción y distribución de los trabajadores de la salud que han recibido formación y que satisfacen los requisitos de competencia. Trate de aumentar la cobertura de la formación.

36 Manuales de capacitación de mhGAP. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/training\\_manuals/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/), consultado el 28 de enero del 2021).

37 EQUIP: Ensuring Quality In Psychological Support. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/equip/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/equip/en/), consultado el 28 de enero del 2020).



## Recuadro 22. Fortalecimiento del personal de salud para prevenir el suicidio (Guyana)

El Gobierno de Guyana hizo de la prevención del suicidio una prioridad tras registrar una de las tasas de suicidio más altas del mundo. Con el apoyo técnico de la OPS/OMS, en el 2014 se elaboraron y publicaron el Plan de Acción Nacional sobre Salud Mental 2015–2020 y el Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2015–2020. En mayo del 2016, el Ministerio de Salud Pública estableció la unidad de salud mental para liderar la ejecución de ambos planes y organizar la prestación de servicios de salud mental. Una de las cuatro esferas estratégicas del plan es abordar la respuesta del sistema de salud a las conductas suicidas.

El Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP), elaborado por la OMS para los países de ingresos bajos y medianos, tiene como objetivo ampliar los servicios para las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. El módulo mhGAP sobre el suicidio y las autolesiones tiene como objetivo capacitar a los trabajadores de la salud en general, como los que se desempeñan en atención primaria, para que detecten y gestionen el riesgo de suicidio y presten atención adecuada de seguimiento. En el 2015, la Unidad de Salud Mental de la OPS/OMS implementó el curso en línea “Integración de la salud mental en la atención primaria de salud” basado en la *Guía de intervención mhGAP*, utilizando la plataforma del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS. Siete médicos de Guyana completaron satisfactoriamente el primer curso en línea. Uno de los participantes en el curso de mhGAP informó que estaba más capacitado para manejar la depresión, utilizando no solo medicamentos sino también la psicoeducación. Esto incluyó detectar y comprender el estrés que sus pacientes estaban experimentando y analizar el sistema de apoyo social que estos tenían. Desde entonces, más de 300 trabajadores de la salud han recibido formación para la evaluación, el manejo y el seguimiento de los trastornos comunes de salud mental y el suicidio o las autolesiones. Más de 100 de ellos son médicos que trabajan en la atención primaria de salud. Además, 70 personas también recibieron formación sobre el módulo relativo al abuso de sustancias, ya que el alcohol y el abuso de sustancias son los principales factores de riesgo de suicidio en Guyana. Asimismo, se está impartiendo formación a los maestros para que reconozcan los problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes y los remitan adecuadamente. Las próximas aspiraciones de Guyana para la formación de guardianes incluyen un programa para implicar en la prevención del suicidio a las personas ajenas a la atención de salud.

## Recuadro 23. Desarrollo de capacidades para la prevención del suicidio en el lugar de trabajo (Australia)

El programa MATES in Construction (MATES) se creó en Queensland (Australia) en el 2007. El programa se estableció con capital inicial procedente del Building Employees Redundancy Trust (BERT), fondo de prestaciones de los empleados que pertenece conjuntamente a las asociaciones de empleadores de la construcción y los sindicatos de empleados. La decisión de establecer un programa de prevención del suicidio en la industria surgió de un informe de un centro colaborador de la OMS en Brisbane –el Instituto Australiano para la Investigación y Prevención del Suicidio– que revelaba tasas de suicidio considerablemente más altas entre los trabajadores de la industria de la construcción de Queensland (Heller, Hawgood y De Leo, 2007).

MATES se estableció como una organización benéfica independiente con el propósito de reducir el suicidio entre los trabajadores de la industria de la construcción. Es un programa multimodal (Gullestrup, Lequertier y Martin, 2011) basado en cuatro principios:

- sensibilizar a los trabajadores;
- desarrollar resiliencia en el lugar de trabajo;
- conectar a los trabajadores con la ayuda y el apoyo; e
- informar a la industria sobre las mejores prácticas en asociación con investigadores.

El programa MATES se basa en un modelo de desarrollo comunitario de mejora continua. No presta servicios clínicos, pero busca conectar a los trabajadores con los recursos adecuados en el momento adecuado. Los elementos constitutivos del programa en el lugar relacionados con el desarrollo de las capacidades incluyen:



- Formación general sobre sensibilización: un programa de una hora diseñado para implicar a los trabajadores en la prevención del suicidio e impartido a todos los trabajadores en el lugar de trabajo. A los trabajadores se les proporciona una etiqueta adhesiva blanca para el casco.
- Conectores: un programa de cuatro horas de formación para los trabajadores a fin de que conecten a sus compañeros de trabajo con el apoyo. El programa se ofrece a los voluntarios en el lugar. Los conectores se reconocen por una etiqueta adhesiva verde en el casco.
- Trabajadores ASIST: un programa de 16 horas de formación para los trabajadores en el lugar para que intervengan cuando un compañero de trabajo corre riesgo de suicidio. Los trabajadores clave reciben formación como trabajadores ASIST y se reconocen por una etiqueta adhesiva azul en el casco.
- Acreditación del sitio: los lugares de trabajo que cumplen los requisitos mínimos de formación reciben la acreditación del sitio.

Además, los elementos constitutivos incluyen: 1) la promoción del material informativo sobre los lugares para recabar colaboración (p. ej., en el Día Mundial para la Prevención del Suicidio); 2) oficiales de operaciones para apoyar la red de voluntarios; 3) voluntarios en el lugar que informan a la administración en el lugar sobre la salud mental y el riesgo de suicidio; 4) manejo de casos; 5) una línea telefónica de apoyo las 24 horas del día, todos los días de la semana; y 6) la promoción de políticas nacionales, como el Plan de la industria de la construcción y la construcción de Australia para una mejor salud mental y la prevención del suicidio, que es un marco para una mejor salud mental respaldado por todos los sindicatos de la construcción importantes y por asociaciones de empleadores de Australia.

MATES ha llegado a más de 220.000 trabajadores en toda Australia y tiene más de 18.000 conectores y 2500 trabajadores ASIST en más de 1000 lugares de trabajo en Australia. El programa recibe aproximadamente el 30% de sus fondos del gobierno y el 70% de la industria. Está disponible gratuitamente tanto para los empleadores como para los trabajadores de la industria de la construcción. Ha demostrado una gran validez social en la industria de la construcción y ha mejorado las aptitudes de oferta y búsqueda de ayuda, y ha reducido el estigma. Una evaluación económica de la salud demostró una rentabilidad sobre fondos invertidos de 4,60 dólares australianos por dólar australiano invertido, principalmente para el gobierno (Doran *et al.*, 2016).





## CONSEJOS PARA LA APLICACIÓN

Cuadro 6. Consejos para la aplicación del desarrollo de capacidades

Cuestiones comunes	Consejos
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilice los módulos de formación existentes basados en la evidencia y disponibles gratuitamente, como el mhGAP de la OMS (OMS, 2019b).</li><li>• Recalque a los encargados de tomar decisiones que el desarrollo de capacidades es beneficioso cuando los recursos son limitados porque mejora las aptitudes de la fuerza de trabajo existente.</li><li>• Integre la prevención del suicidio en otros programas de formación existentes (p. ej., la gestión de casos de violencia de género o la formación previa al servicio y en el servicio de los trabajadores de la salud).</li></ul>
Recursos humanos limitados o gran alcance geográfico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emplee un modelo de formación de instructores para aumentar los recursos humanos disponibles para impartir formación.</li><li>• Los futuros instructores pueden seleccionarse estratégicamente, por ejemplo los que trabajan en zonas geográficas de alto riesgo o los que pueden proporcionar desarrollo de las capacidades en zonas rurales o de difícil acceso.</li></ul>
Los trabajadores de la salud tal vez no estén preparados ni ser competentes para detectar y manejar las conductas suicidas. Además, la calidad de la atención prestada puede ser inadecuada e incoherente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Imparta formación a los trabajadores de la salud especializados y no especializados en la evaluación, el manejo y el seguimiento de las conductas suicidas y los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias, y asegúrese de que estos trabajadores cumplan los requisitos de competencias.</li><li>• La implicación de los trabajadores de la salud en la adaptación de la formación al contexto local puede aumentar la motivación y la eficacia de la formación.</li><li>• Conozca los factores específicos del contexto que dificultan el manejo de las conductas suicidas, permitiendo así modificar la formación para que el personal pueda estar preparado para responder a tales desafíos.</li></ul>
El estigma o la condición jurídica del suicidio pueden hacer que los que reciben la formación se muestren reacios a participar	<ul style="list-style-type: none"><li>• El desarrollo de capacidades debe ir acompañado de la sensibilización (véase Sensibilización y promoción). Al planificar programas de formación es importante empoderar e implicar a las comunidades en las conversaciones sobre la prevención del suicidio.</li></ul>
El contenido de la formación de los guardianes no siempre coincide con el nivel de experiencia o preparación de estos para realizar cambios.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asegúrese de que la formación se adapte a los destinatarios y amplíe las secciones introductorias de la formación para fortalecer los conocimientos sobre el suicidio y su prevención.</li><li>• Asegúrese de que la formación se adapte al contexto sociocultural.</li><li>• Incluya actividades interactivas a fin de abordar la preparación para hacer cambiar o invertir las creencias sobre el suicidio.</li><li>• Incluya ejercicios experienciales como escenificaciones de papeles a fin de velar por que los participantes se sientan seguros para responder a una variedad de situaciones.</li><li>• Después de la formación, asegúrese de que los participantes se sientan suficientemente apoyados por quienes los supervisan.</li></ul>



© WHO/Yoshi Shimizu



## Financiamiento

### ¿QUÉ?

El financiamiento permite que los pilares y las intervenciones de VIVIR LA VIDA se traduzcan en acciones mediante la asignación de recursos. El financiamiento puede provenir de diversas fuentes públicas y privadas, como fondos gubernamentales o donaciones filantrópicas otorgadas por particulares, fundaciones, grupos comunitarios o corporaciones.

### ¿POR QUÉ?

Lamentablemente, el financiamiento destinado específicamente a la prevención del suicidio es escaso. Factores como las malas condiciones económicas, la falta de priorización del suicidio como problema grave de salud pública y la falta de reconocimiento de que los suicidios son prevenibles hacen creer que el financiamiento para otras esferas es más importante para la sociedad (véase Sensibilización y promoción). Esto no debería desanimar a nadie; más bien debe adoptarse un enfoque para adaptar las actividades de prevención del suicidio a la situación del financiamiento. Esto podría implicar adoptar un enfoque integrado (con la salud mental u otros sectores) con miras a cumplir los requisitos para el financiamiento multisectorial y aumentar la probabilidad de obtener fondos. También podría implicar centrar los esfuerzos en intervenciones costo-eficaces con máximo alcance, como las prohibiciones nacionales de plaguicidas altamente peligrosos (Lee *et al.*, 2020). Además, el financiamiento debe conceptualizarse para que se centre en la elaboración y aplicación de políticas, estrategias y planes, y no

solo en el desarrollo de servicios. Esto es vital porque VIVIR LA VIDA incluye pilares relativos a la infraestructura e intervenciones que se prestan para facilitar políticas y reglamentos nacionales (como la restricción de medios), así como el desarrollo de servicios (como la detección oportuna, la evaluación, la gestión y el seguimiento).

### ¿DÓNDE?

Se puede proporcionar financiamiento para la prevención del suicidio con miras a su aplicación:

- *a nivel geográfico*: el financiamiento a nivel nacional (p. ej., para campañas nacionales) o a nivel local (p. ej., para prestar servicios de salud mental en un distrito específico);
- *a nivel de interesados directos*: el financiamiento dirigido a grupos de población específicos en riesgo o sectores o proveedores específicos (como escuelas, el sector agrícola y guardianes comunitarios);
- *a nivel de sistemas*: el financiamiento dirigido a actividades de base amplia que fomentan los conocimientos, la capacidad y la infraestructura del sector en general (como la investigación, la tecnología y el desarrollo de las capacidades).

Los enfoques de los financiadores también pueden entrañar una combinación de los niveles mencionados, como el financiamiento de investigaciones a nivel estatal sobre la prevención del suicidio en las escuelas. En última instancia, los encargados de la aplicación de VIVIR LA VIDA deben conocer las diversas fuentes de financiamiento disponibles y promover la causa ante los financiadores para alinear los valores que comparten los encargados de la aplicación y los financiadores.



## ¿CUÁNDO?

Las necesidades y los presupuestos de financiamiento deben definirse claramente mucho antes de llegar a la fase de aplicación de un pilar o una intervención de prevención del suicidio.

Lo ideal es que los encargados de la aplicación elaboren primero planes estratégicos de alto nivel (para articular objetivos y prioridades para la acción), seguidos de planes operativos detallados (para especificar las intervenciones que se llevarán a cabo, los costos y el proceso para obtener fondos), la recaudación o la asignación de fondos, y luego la aplicación. La falta de planes bien definidos puede hacer creer que el trabajo no es estratégico, lo que produce resultados poco satisfactorios en la adquisición de fondos, independientemente de si provienen del gobierno o de otras fuentes.

Si bien la recaudación de fondos puede ser una actividad continua, muchos financiadores tienen ciclos de donación fijos, es decir, un período durante el cual seleccionan a los beneficiarios y desembolsan los fondos. Respecto de las personas jurídicas que donan una parte de sus ingresos a actividades sociales, suelen considerar los programas a los que asignar fondos al final del ejercicio. Respecto de las fundaciones, los ciclos de donación pueden variar y deben verificarse en sus sitios web. De manera similar, cada gobierno tiene su propio ciclo presupuestario. La recaudación de fondos no debe ser una labor estática o que se realiza una sola vez. Cuando ya se obtiene el financiamiento inicial, los encargados de la aplicación pueden aprovechar este impulso para movilizar fondos adicionales procedentes de una gama más amplia de financiadores. No existe un enfoque único para obtener fondos: todos los financiadores tienen sus directrices, su estructura y sus procesos propios que deben investigarse y comprenderse individualmente.

## ¿QUIÉN?

El financiamiento de los pilares y las intervenciones de VIVIR LA VIDA puede proceder de diversos agentes públicos y privados. Los gobiernos nacionales, así como los gobiernos estatales o locales, suelen asignar una parte de su presupuesto a programas de salud mental, de los cuales la prevención del suicidio puede ser un componente. Las fundaciones a menudo prefieren financiar proyectos innovadores y proporcionar capital flexible y a largo plazo. Muchos filántropos particulares o fundaciones fami-

liares que centran sus donaciones en la prevención del suicidio están motivados por su experiencia personal. El financiamiento privado inicial puede utilizarse para demostrar la eficacia de una intervención innovadora, que luego puede aprovecharse para permitir al gobierno adoptar el programa y ampliar sus efectos.

## ¿CÓMO?

### 1. Defina presupuestos y exprese la necesidad de contar con fondos

- El comité directivo nacional, o su equivalente, será el órgano responsable (véase el recuadro 1, Introducción).
- Elabore un plan operacional o un plan de aplicación en el que se destaquen los detalles relativos a las intervenciones que han de aplicarse, los plazos e hitos del programa y los recursos humanos y los fondos necesarios para llevar a cabo la labor (véase el anexo 3).
- Determine si los recursos financieros disponibles cubrirán las necesidades y, de no ser así, cuántos fondos deben recaudarse y durante qué período.
- Al definir los presupuestos, delimite claramente los gastos de personal (sueldos) y los gastos del programa (viajes, equipo, etc.) con cifras de gastos claras y realistas respecto de cada uno de ellos. Considere también la posibilidad de presentar en líneas generales no solo los costos directos del programa, sino también los costos indirectos o generales (servicios públicos, alquiler, etc.), cuando proceda.

### 2. Investigue el panorama de los financiadores

- Investigue cuáles son los financiadores internacionales y el sector gubernamental o local que apoyan la labor de la prevención del suicidio. Localice los financiadores que están apoyando la labor conexa (p. ej., la atención de salud mental, los jóvenes y los programas relacionados con plaguicidas); es posible que muchos de estos financiadores no se presenten claramente como financiadores de la labor de prevención del suicidio, pero podrían estar interesados en financiar esos programas.
- Hable con asesores de filantropía u organizaciones intermediarias que puedan ayudarle a explorar el panorama de los financiadores de la prevención del suicidio o la labor conexa.
- Averigüe cómo funciona el financiamiento de su gobierno. Los presupuestos gubernamentales para la prevención del



suicidio ¿están en manos de los gobiernos nacionales o regionales, y dentro de qué departamentos se encuentran?

- Hable con organizaciones sin fines de lucro y otros encargados de la aplicación para entender cómo han logrado obtener fondos.
- Establezca una base de datos de posibles financiadores teniendo en cuenta su investigación.

### 3. Busque fondos gubernamentales o financiadores adecuados

- Averigüe cuál es el departamento gubernamental y el titular del presupuesto, o el tipo de financiador, que sería el más adecuado teniendo en cuenta el carácter de la intervención.
- Determine qué financiadores se alinean más fuertemente con su visión, sus objetivos y sus prioridades. Por ejemplo, si está buscando fondos para la prevención del suicidio para adolescentes, busque financiadores que prioricen el bienestar de los adolescentes y que tengan un historial de financiamiento de programas similares, o averigüe quién es el titular del presupuesto en el ministerio o el departamento gubernamental de educación correspondiente.
- Verifique la alineación de los financiadores a través de los sitios web y conversaciones. Asegúrese de determinar posibles conflictos de intereses.
- Conozca la magnitud aproximada de la donación que el financiador estaría dispuesto a otorgar. Esto se puede medir investigando el financiamiento previo del financiador o mediante una conversación inicial con este.
- Determine y priorice los financiadores con los que es posible que ya haya establecido una relación sólida o una conexión profesional.
- Diversifique sus esfuerzos para llegar a múltiples financiadores de distintos tipos.

### 4. Elabore propuestas

- Sobre la base de los requisitos del financiador, es posible que deba utilizar una plantilla fija proporcionada por este, o tener flexibilidad para crear su propio formato para la propuesta.
- Una propuesta debe incluir lo siguiente: 1) información sobre usted y su organización o departamento gubernamental; 2) el “por qué” (es decir, el contexto del problema que está tratando de resolver y por qué es importante); 3) el “qué” (es decir, los objetivos, intervenciones y actividades propuestos); 4) el “cómo” (es decir, el presupuesto del programa, los plazos y los hitos clave); 5) el “quién” (es decir, el equipo y los asociados que dirigirán y ejecutarán la labor); 6) los resultados previstos

### Recuadro 24. Lista de verificación: solicitud de fondos de presupuestos nacionales, regionales y locales

- Averigüe quién es el responsable de tomar decisiones.
- Averigüe quiénes son los funcionarios o sistemas responsables de ejecutar las decisiones relativas a políticas.
- Solicite una cita en un lugar y un momento apropiados.
- Mantenga la interacción enfocada y precisa con un mensaje claro, conciso y contextual que se refiera directamente a la prevención (no hable solo del problema del suicidio). Poner de relieve la carga del suicidio en comparación con la de otras cuestiones (p. ej., las lesiones causadas por accidentes de tráfico) para la cual la inversión puede ser considerablemente mayor puede ayudar a llamar la atención sobre la necesidad de contar con una mayor inversión en la prevención del suicidio.
- Los responsables de formular políticas suelen tener un tiempo limitado y varias prioridades que compiten entre sí. Para atraer su atención, no les presente una larga propuesta con páginas y páginas de datos; presente una nota comprensible y breve (de dos páginas máximo) con mensajes inteligentes centrados en resultados concretos.
- Ofrezca su experiencia y sus conocimientos especializados en materia de prevención del suicidio.
- Sea persistente y mantenga contacto regular.
- Defina los costos incurridos y ponga de relieve las vidas salvadas y los gastos ahorrados.
- Los mensajes deben presentar tanto datos científicos como relatos de personas con experiencia directa.
- El mensaje debe hacer hincapié en la importancia intersectorial de la prevención del suicidio y destacar la manera en que esta se vincula con la salud física y mental, la educación, la economía y otras esferas.

de la intervención con indicadores de resultados específicos y mensurables a corto, mediano y largo plazo; y 7) los fondos solicitados (es decir, cuántos fondos, para qué aspecto de la labor y por cuánto tiempo).

- Adapte el lenguaje y el posicionamiento de su propuesta para alinearla lo máximo posible con las prioridades de los financiadores.
- Si ya ha obtenido algunos fondos, comparta esta información de manera transparente con el financiador. Los financiadores



a menudo valoran la inversión en programas e intervenciones que ya han asegurado otros recursos.

- Preferiblemente, envíe la propuesta al representante encargado de tomar decisiones, en lugar de a una dirección de correo genérica.

#### 5. Realice la presentación a los financiadores

- Asegúrese de que los miembros del equipo que puedan hablar de manera efectiva y detallada sobre la labor de aplicación estén presentes en la reunión con el financiador.
- Planifique sus mensajes clave y estructure su presentación para que sea concisa, específica e inspiradora, acompañada de imágenes y datos. Los responsables de formular políticas a menudo tienen un tiempo limitado y prioridades que compiten entre sí, por lo que es importante dar una presentación bien preparada, interesante y breve.
- Concéntrese no solo en los detalles del programa o la intervención, sino también en por qué cree que esta es una oportunidad importante alineada con la misión para que el financiador apoye la labor. También haga hincapié en su historial de resultados satisfactorios en la prevención del suicidio.
- Mantenga un tono coloquial en la presentación, invite al financiador a que exprese sus opiniones y establezca una relación con éste a lo largo de la presentación.

#### 6. Mantenga relaciones con los financiadores, independientemente de su decisión respecto del financiamiento

- Si logró obtener financiamiento, no suponga que la labor difícil ha terminado; de hecho, acaba de empezar. Para maximizar las probabilidades de que el financiador le proporcione más fondos en el futuro y para aumentar la credibilidad entre otros financiadores posibles, gánese la confianza del financiador mediante una comunicación periódica, transparente y reflexiva. Esto puede tener lugar mediante reuniones frecuentes, llamadas telefónicas, informes o actualizaciones sobre el progreso que evalúen la aplicación para demostrar los efectos que ha tenido el financiamiento.
- Si no logró obtener financiamiento, hable con el financiador para determinar qué puede mejorar de cara a una propuesta futura. Manténgase en contacto con el financiador proporcionando actualizaciones periódicas sobre su labor; siga buscando nuevas oportunidades. El hecho de que no haya logrado obtener financiamiento esta vez no significa que no lo obtenga en el futuro.

#### Recuadro 25. Filántropos (Ghana)

El suicidio es objeto de estigma en Ghana y sigue siendo un delito. En consecuencia, el Centro de Investigación sobre el Suicidio y la Violencia (CSVR) de Ghana tuvo dificultades para obtener fondos de fuentes oficiales para apoyar sus actividades de educación sobre la prevención del suicidio. Uno de los miembros del personal clave del CSVR mantuvo una presencia notable en los medios de comunicación para fortalecer la sensibilización y la promoción de la prevención del suicidio y observó que una organización filantrópica había estado siguiendo de cerca su labor. Persistente y decidido, el CSVR presentó repetidamente su presupuesto a la organización con la esperanza de obtener apoyo. A pesar de que no siempre tuvo éxito, esta persistencia dio frutos, y los filántropos vieron la importancia de la labor de desarrollo de capacidades que el CSVR había emprendido. Fundamentalmente, para mantener la relación, el CSVR continúa proporcionando comentarios a los filántropos sobre los beneficios que sus fondos generaron para el desarrollo de capacidades para prevenir suicidios en el país.

#### Recuadro 26. National Suicide Prevention Trial (Australia)

El National Suicide Prevention Trial (NSPT) [Ensayo nacional de prevención del suicidio] es una iniciativa del Departamento de Salud del Gobierno de Australia. Se ha proporcionado un total de 60 millones de dólares australianos a 12 sitios de ensayo escogidos en toda Australia para el NSPT durante cinco años, del 2016-2017 al 2020-2021. Estos fondos se proporcionaron a través de las redes de atención primaria de salud (RPS) pertinentes, como organizaciones asociadas, por un total de 5 millones de dólares por sitio. Las RPS se establecieron en julio del 2015 para aumentar la eficiencia y la eficacia de los servicios médicos, en particular para los pacientes en riesgo de tener resultados de salud deficientes, y para mejorar la coordinación de la atención a fin de asegurar que los pacientes recibieran la atención adecuada en el lugar adecuado en el momento adecuado. Como órganos regionales de planificación y puesta en marcha, se seleccionaron las RPS para que dirigieran la actividad del ensayo a fin de asegurar que esta podía responder a las necesidades locales.



## Metas

El Gobierno de Australia financió el NSPT para recopilar evidencia sobre las actividades de prevención del suicidio en las zonas geográficas locales de Australia y aumentar los conocimientos acerca de las estrategias más eficaces para prevenir el suicidio a nivel local y en grupos de población en riesgo. Más concretamente, sus objetivos eran proporcionar evidencia sobre la mejor manera de aplicar en Australia un enfoque de sistemas para la prevención del suicidio y determinar nuevos conocimientos sobre la prevención del suicidio en grupos de población en riesgo.

El NSPT fue diseñado para permitir que los sitios de ensayo fueran flexibles. Se exigió que cada sitio de ensayo, como mínimo, seleccionara uno o más grupos de población meta en su región, que ensayara un enfoque de sistemas basado en la evidencia y que participara en la evaluación.

## Grupos de población meta

Siete de los 12 sitios se centraron en los aborígenes e isleños del estrecho de Torres como grupo de población destinatario. Seis se centraron en hombres, dos en jóvenes, dos en personas lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI), y uno en exmiembros de la Fuerza de Defensa Australiana y personas mayores. Algunos se centraron en subgrupos específicos de su grupo de población meta elegido (p. ej., pescadores, agricultores y mineros, personas LGBTI jóvenes y aborígenes e isleños del estrecho de Torres jóvenes).

## Enfoques basados en sistemas

Los enfoques de sistemas para la prevención del suicidio pueden aplicar un conjunto de intervenciones encaminadas a diferentes elementos del sistema para reducir el suicidio y las conductas suicidas.

Los sitios de ensayo se basaron en una variedad de evidencia y marcos para determinar su enfoque respecto de la prevención del suicidio. Ocho de los 12 sitios de ensayo decidieron aplicar el modelo LifeSpan, y dos sitios eligieron el modelo de la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD). Cuando fue necesario, se hicieron ajustes para atender las necesidades locales del sitio de ensayo. Dos sitios, que se centraron exclusivamente en los aborígenes e isleños del estrecho de Torres, adoptaron un enfoque guiado por los principios establecidos en el Proyecto de evaluación de la prevención del suicidio de los aborígenes e isleños del estrecho de Torres (ATSISPEP). El ATSISPEP describe un conjunto de principios o factores de éxito para la prevención del suicidio basados en un enfoque de bienestar social y emocional.

## Ejemplos de actividades

Los sitios de ensayo proporcionaron una amplia gama de servicios individuales y actividades comunitarias. Estos incluyeron:

- servicios de asistencia postratamiento para las personas después de un intento de suicidio o que presentaron una crisis suicida;
- la sensibilización sobre el suicidio y la salud mental, incluso mediante campañas en los medios sociales y de comunicación y eventos comunitarios;
- actividades de fortalecimiento cultural para los aborígenes e isleños del estrecho de Torres;
- formación para el desarrollo de capacidades de los miembros de la comunidad y recursos de formación para médicos generales y otros prestadores de servicios sobre la prevención del suicidio y de apoyo culturalmente seguro;
- actividades escolares para jóvenes, incluidos programas específicos para aborígenes e isleños del estrecho de Torres jóvenes y personas LGBTI jóvenes.
- programas de pequeñas subvenciones para actividades comunitarias locales;
- actividades de colaboración, como talleres, campamentos y eventos específicos;
- la elaboración de protocolos de prevención de autolesiones y suicidio, y respuesta de posvención;
- trabajo entre compañeros y programas de tutoría.
- el apoyo a la investigación adaptada (p. ej., sobre la medición de los resultados para aborígenes e isleños del estrecho de



Torres; el apoyo entre compañeros para las personas LGBTIQ; e investigación relacionada con la lesión cerebral traumática de veteranos).

### Próximos pasos

El financiamiento del NSPT cesa el 30 de junio del 2021. Ya se ha completado una evaluación del NSPT y el Gobierno de Australia la está examinando. El Gobierno de Australia también está financiando un proyecto para analizar los hallazgos de la evaluación del NSPT junto con las evaluaciones de otros ensayos de prevención del suicidio en todo el país, a saber, los ensayos de LifeSpan y los ensayos de prevención del suicidio basados en lugares de Victoria. Juntos, los hallazgos de estos proyectos constituirán la base de evidencia sobre los enfoques basados en sistemas respecto de la prevención del suicidio en Australia.

## CONSEJOS PARA LA APLICACIÓN

### Cuadro 7. Consejos para la aplicación del financiamiento

Cuestiones	Consejos
Limitaciones de los recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trate de encontrar enfoques que puedan funcionar con las estructuras gubernamentales establecidas. Esto puede ser particularmente importante cuando no se dispone de fondos para crear nuevos departamentos o instituciones para llevar a cabo la labor.</li> </ul>
Falta de reconocimiento entre los financiadores de que los suicidios son prevenibles y que la prevención del suicidio es una prioridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participe en la sensibilización y la promoción, compartiendo datos que revelen la magnitud del problema y demuestren que, con las inversiones adecuadas, los suicidios son prevenibles.</li> <li>• Comparta historias que demuestren los efectos de las intervenciones de prevención del suicidio bien financiadas, implicando a profesionales, personas que han vivido de cerca el suicidio y defensores para que su mensaje sea convincente.</li> <li>• Recauda fondos más reducidos de un mayor número de financiadores, avanzando hacia un modelo de financiamiento mancomunado o colaborativo.</li> <li>• Considere la posibilidad de aprovechar fondos de programas conexos (p. ej., para la salud mental y la educación).</li> </ul>



# Vigilancia

## ¿QUÉ?

Los datos actualizados de los sistemas de vigilancia establecidos sobre el suicidio y las autolesiones son esenciales para fundamentar los pilares y las intervenciones de VIVIR LA VIDA. Los datos sobre el número de suicidios y casos de autolesiones deben desglosarse como mínimo por sexo, edad y método (OMS, 2011; OMS, 2016a).

Estos datos se recopilarán de diferentes fuentes, como por ejemplo:

- **Sistema de registro civil y estadísticas vitales**<sup>38</sup>: Muchos países cuentan con un sistema de registro civil y estadísticas vitales que documenta oficialmente las ocurrencias y las características de las muertes (y los nacimientos). Esto proporciona datos continuos y comparables, aunque incluye menos detalles sobre las circunstancias de la muerte.
- **Expedientes policiales y de salud**: Esto implica la recopilación de datos procedentes de registros de hospitales y morgues, policiales, forenses y judiciales. En algunos contextos, esto tendrá que hacerse manualmente (p. ej., examinando notas médicas). Si bien este enfoque requiere tiempo y dinero, puede proporcionar datos precisos. Cuando es posible utilizar datos recopilados regularmente, este sistema puede ser relativamente económico y proporciona información continua y detallada. Sin embargo, los datos de los hospitales solo captan las autolesiones y las muertes que

ocurren en los hospitales y tal vez no determinen bien los medios de suicidio (p. ej., el tipo de veneno usado). También se pueden obtener de los servicios ambulatorios, comunitarios y de atención primaria de salud datos sobre las autolesiones.

- **Autopsia verbal**<sup>39</sup>: Estos datos se pueden recopilar utilizando sistemas de notificación comunitarios mediante los cuales los trabajadores de la salud hacen preguntas a la familia y los amigos sobre las circunstancias que rodearon la muerte. Esto es particularmente útil cuando los sistemas de registro civil o el acceso a la atención médica formal son limitados; también se puede utilizar para validar la información recopilada de otras fuentes de datos y proporcionar información más detallada. La vigilancia comunitaria implica contar con un sistema para que los miembros de la comunidad notifiquen conductas suicidas y también se puede considerar para recopilar información sobre zonas geográficas definidas o evaluaciones de una intervención en particular. Sin embargo, se necesita una estandarización suficiente y puede presentarse un riesgo de sesgo.
- **Encuestas poblacionales**: Se pueden realizar encuestas representativas a nivel nacional específicamente sobre las conductas suicidas o pueden incluirse en encuestas nacionales o internacionales más amplias<sup>40</sup>. Si bien las encuestas (incluidas las relativas a una zona de captación o comunidad específica) también captan los intentos de suicidio y las autolesiones que ocurren fuera de los entornos hospitalarios (p. ej., porque no se buscó atención médica),

38 Véase: Registro civil y estadísticas vitales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/data/data-collection-tools/civil-registration-and-vital-statistics-\(crvs\)](https://www.who.int/data/data-collection-tools/civil-registration-and-vital-statistics-(crvs))), consultado el 28 de enero del 2021).

39 Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing causes of death. Ginebra; Organización Mundial de la Salud. (<https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/verbal-autopsy-standards-ascertaining-and-attributing-causes-of-death-tool>), consultado el 28 de enero del 2021).

40 Stepwise approach to surveillance (STEPS) mental health/suicide module. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/riskfactor/STEPS\\_Mental\\_Health\\_Suicide\\_module.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/riskfactor/STEPS_Mental_Health_Suicide_module.pdf)), consultado el 28 de enero del 2021).



estas pueden estar limitadas por el sesgo de no respuesta y la renuencia a informar por temor al estigma, y no proporcionarán datos continuos.

La vigilancia integral puede combinar datos recopilados de diversas fuentes, aunque cuando los recursos son limitados por lo general es más factible comenzar por centrarse en las esferas existentes de recopilación sistemática de datos (p. ej., registros civiles y estadísticas vitales, registros hospitalarios). De hecho,

se ha elaborado un sistema integral de vigilancia para registrar los suicidios y los intentos de suicidio en las zonas rurales de la India, que utiliza datos provenientes de sistemas de vigilancia comunitaria y registros hospitalarios y policiales (Vijayakumar *et al.*, 2020).

La forma en que se aplique la vigilancia también dependerá de la etapa en la que se encuentra la prevención del suicidio en el país:

### Cuadro 8. Aplicación de la vigilancia basada en el contexto del país

Cuestiones	Consejos
Países en los que actualmente no hay vigilancia o esta es escasa	Puede ser útil comenzar por desarrollar la recopilación de datos en lugares representativos o sitios piloto (p. ej., en una región o un distrito), dando prioridad a la información básica (p. ej., datos de mortalidad por suicidio, edad, sexo y métodos de suicidio), realizar análisis básicos (p. ej., tasas de suicidio), ampliar la estrategia a todo el país y establecer un sistema de registro civil y estadísticas vitales.
Países en los que ya existe cierta vigilancia	Los sistemas pueden ampliarse para monitorear el suicidio (mediante el sistema de registro civil y estadísticas vitales) o las autolesiones a nivel nacional (p. ej., el registro nacional de autolesiones basado en hospitales <sup>41,42</sup> ) y pueden incluir información más detallada y análisis más amplios (p. ej., cambios en los factores de riesgo y la información sobre autolesiones repetidas). Se debe dar prioridad al monitoreo de la mortalidad por suicidio y luego incorporar la vigilancia de las autolesiones. En el caso de los países que tienen centros de control de toxicología, el fomento de la entrega de datos por parte de los distintos centros a un punto central de recopilación sobre casos de intoxicación intencional puede ser informativo: 1) para ciertos métodos de suicidio; y 2) para detectar tendencias y nuevos métodos que puedan ser objeto de restricción de medios. El análisis de la situación puede utilizarse para evaluar la calidad actual de la vigilancia y las esferas de mejora (véase Análisis de la situación).
Países en los que se ha establecido un sistema de vigilancia integral y de registro civil y estadísticas vitales	Es importante monitorear atributos clave como la calidad de los datos, la cobertura, la aplicación oportuna y los costos del sistema de vigilancia con el fin de realizar mejoras. En contextos que tienen una sólida infraestructura de vigilancia se puede introducir la vigilancia en tiempo real cuando los datos están disponibles para su análisis inmediatamente después de que se registra un caso de suicidio o de autolesión.

41 National Self-harm Registry Ireland. Dublín: National Suicide Research Foundation (<https://www.nsr.ie/our-research/our-systems/national-self-harm-registry-ireland/>, consultado el 28 de enero del 2021).

42 Multi-Centre Study of Self-harm in England. Oxford: Universidad de Oxford (<https://www.psych.ox.ac.uk/research/csr/ahoj>, consultado el 28 de enero del 2021).



## ¿POR QUÉ?

Los sistemas de vigilancia ayudan a fundamentar la aplicación de VIVIR LA VIDA, por ejemplo, al destacar las tendencias de las conductas suicidas, los subgrupos de población en riesgo, los conglomerados de casos o la aparición de nuevos métodos o métodos de contagio del suicidio que requieren una acción rápida (Thomas, Chang y Gunnell, 2011). Los datos sobre el suicidio y las autolesiones también sirven de base para la prestación de servicios, el despliegue de recursos y las directrices para el manejo de la conducta suicida, por ejemplo, al velar por que los equipos médicos en lugares específicos estén capacitados para manejar los efectos de ciertos medios de suicidio (p. ej., plaguicidas), o al emplear a enfermeros especializados en los lugares donde ocurren muchos suicidios. Los datos se utilizan para monitorear el progreso (p. ej., el indicador de tasas de suicidio reducidas) y contribuir a la evaluación y la investigación de las estrategias e intervenciones de prevención en curso, como los estudios de cohortes a largo plazo de casos de autolesiones que se presentan en hospitales de Oxford (Reino Unido)<sup>43</sup>.

## ¿DÓNDE?

Lo ideal sería que los países trataran de recopilar datos a nivel nacional para entender plenamente las conductas suicidas en la población. Sin embargo, se debe dar preferencia a la obtención de datos de alta calidad procedentes de varios lugares representativos en vez de a datos de mala calidad que abarquen todo el país. La vigilancia puede comenzar con conjuntos de datos más pequeños que sean representativos de la población nacional (p. ej., en unos cuantos hospitales clave) y que más adelante puedan ampliarse utilizando las enseñanzas extraídas. Esto puede ser particularmente útil en países grandes o donde los datos se coordinan a nivel federal o regional. La recopilación de datos puede tener lugar en un registro específico para las autolesiones, o formar parte de un sistema más amplio de datos nacionales sobre la mortalidad o las lesiones. Cuando los datos se recopilan a nivel nacional, es importante tratar de que haya coherencia entre las regiones y localidades sobre qué datos se recopilan y cómo se notifican.

### Recuadro 27. Vigilancia (Sri Lanka)

La South Asian Clinical Toxicology Research Collaboration (SACTRC) estableció en el 2002 una cohorte prospectiva a largo plazo de pacientes que se han autointoxicado intencionalmente, que se centró en la intoxicación por plaguicidas. El personal se reunió con todos los pacientes intoxicados cuando estos ingresaron a los hospitales del estudio para determinar el veneno usado, probar los tratamientos y registrar el resultado. El plaguicida típicamente se determinó a partir del historial; en una muestra anidada, se utilizó espectrometría de masa en un laboratorio para verificar la precisión de la determinación del plaguicida basada solo en el historial (>80%). La cohorte cuenta ahora con más de 80.000 pacientes, de los cuales 35.000 han ingerido plaguicidas, y ha proporcionado datos nuevos sobre la toxicidad relativa de varios plaguicidas en seres humanos (Buckley *et al.*, 2021). Como resultado de la cohorte, se detectaron tres plaguicidas particularmente tóxicos (Dawson *et al.*, 2010) y se presentaron datos a la autoridad de registro de plaguicidas y al comité asesor técnico de plaguicidas. Estos plaguicidas fueron prohibidos en la agricultura en 2008-2011, lo que contribuyó a la continua reducción del total de suicidios y de suicidios por plaguicidas en Sri Lanka (Knipe *et al.*, 2017).

## ¿CUÁNDO?

La vigilancia sostenida debe incluirse como prioridad y debe establecerse antes o al comienzo de la aplicación de VIVIR LA VIDA, ya que permitirá a los países evaluar la eficacia de las intervenciones aplicadas. Es necesario reunir datos de forma continua a largo plazo para proporcionar información oportuna y actualizada (o, cuando sea posible, en tiempo real) sobre las conductas suicidas y permitir la detección de patrones cambiantes y de las personas en riesgo de repetir las autolesiones. Sin embargo, cuando los recursos son muy limitados, la vigilancia puede comenzar como un estudio individual de la conducta suicida durante un período limitado en un lugar o un grupo de población específico, que luego puede ampliarse para recopilar datos continuamente.

43 The Oxford Monitoring System for Self-Harm. Oxford: Universidad de Oxford (<https://www.psych.ox.ac.uk/research/csr/research-projects-1/the-oxford-monitoring-system-for-self-harm>, consultado el 28 de enero del 2021).



## ¿QUIÉN?

Independientemente de que el sistema de vigilancia sea nacional o local, deben participar representantes del Ministerio de Salud, así como personas de otras oficinas pertinentes, como una oficina nacional de estadística u oficina responsable del registro civil y las estadísticas vitales, que pudieran ayudar a proporcionar orientación y los recursos necesarios para la sostenibilidad a largo plazo. Los interesados directos deben incluir organizaciones o personas que estén en condiciones óptimas para recopilar y procesar los datos específicos (p. ej., profesionales médicos, personal mortuario, la policía, trabajadores de la salud locales) y quienes tengan aptitudes para planificar y aplicar el sistema (p. ej., especialistas en sistemas de información de salud y académicos de salud pública, incluidos epidemiólogos, estadísticos, administradores de sistemas de datos, recopiladores de datos). También puede ser útil interactuar con académicos que tal vez ya estén trabajando con datos de cohortes pertinentes en el grupo de población destinatario.

### Recuadro 28. Vigilancia de las autolesiones (Federación de Rusia)

La Federación de Rusia es uno de los países de la región de Europa en los que las autoridades nacionales reconocen que el suicidio es un importante problema de salud pública. Para hacer frente a este desafío y mejorar la vigilancia y la prevención del suicidio dentro del sistema de salud mental, los expertos en salud más importantes de Rusia iniciaron su colaboración con la Oficina Regional de la OMS para Europa y la oficina de la OMS en la Federación de Rusia, cuyos resultados pueden ser beneficiosos para otros países de la zona oriental de la Región de Europa. El enfoque de vigilancia de las autolesiones de la OMS ya se ha aplicado en varios países de habla inglesa, como Irlanda, donde ha demostrado su eficacia en la detección de grupos de población vulnerables y en la mejora del acceso a los servicios de salud necesarios. El proyecto piloto en la Federación de Rusia tiene por objeto analizar las prácticas positivas a nivel nacional y, paralelamente, perfeccionar y adaptar el instrumento y la metodología.

Como parte de la OMS, la colaboración de la Federación de Rusia en el marco de la estrategia de colaboración con los países se ajusta a los objetivos de crear un entorno amplio para la prevención, la promoción de la salud mediante un enfoque de ciclo de vida y el fortalecimiento de la capacidad de cooperación mundial y regional en materia de salud. En consulta con el Centro Serbsky, designado como la institución clave de salud mental en la Federación de Rusia y bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, en el 2018 los expertos de tres regiones rusas (el Distrito Federal del Ural, el Distrito Federal del Cáucaso Norte y el Distrito Federal del Lejano Oriente) compartieron sus experiencias y manifestaron su disposición a presentar sitios piloto para demostrar cómo adaptan y utilizan un instrumento y un manual de la OMS a fin de mejorar en los hospitales los sistemas de monitoreo y vigilancia de las autolesiones y los intentos de suicidio<sup>44</sup>. El instrumento se basa en un conjunto de procedimientos recomendados por la OMS que un trabajador de salud capacitado puede seguir para detectar casos de autolesiones en hospitales e instituciones especializadas de atención de salud. La iniciativa tiene por objeto crear un sistema multicéntrico de vigilancia sobre la base de la versión en ruso del instrumento de la OMS para aplicar una plataforma de monitoreo en línea que pueda utilizarse para recopilar y analizar datos de alta calidad sobre las autolesiones y los intentos de suicidio. Actualmente, los profesionales de salud de Stávropol (Distrito Federal del Cáucaso Norte) están modificando el programa informático en línea. El establecimiento de un sistema de monitoreo de este tipo puede servir de paso clave hacia la mejora de la prevención del suicidio en cualquier sistema de salud.

Como otro resultado de la colaboración, la Oficina Regional de la OMS para Europa y los profesionales de salud rusos han diseñado cursos de capacitación para facilitadores del sistema de vigilancia y monitoreo. El uso de los materiales facilitará la capacitación de los trabajadores de la salud y los recopiladores de datos que se necesitan para ampliar la iniciativa a nivel nacional e internacional. Este conjunto de instrumentos recomendados por la OMS está armonizado con las normas de los servicios de salud rusos a nivel subnacional y tiene la capacidad de ampliarse más. Esta iniciativa tiene como objetivo convertirse en una parte

44 Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208895>, consultado el 17 de febrero del 2021).



integral de la infraestructura de prevención del suicidio y las autolesiones en la Región de Europa, ayudando así a mejorar el acceso a los servicios de salud mental y de otro tipo para las personas en riesgo de conductas suicidas. El éxito de la iniciativa se atribuye al compromiso y las motivaciones de todos los participantes, la buena colaboración entre los asociados y el compromiso con la prevención de los suicidios como elemento importante de la agenda de desarrollo sostenible.

## ¿CÓMO?

### 1. Convoque un grupo de trabajo (véase el recuadro 1, Introducción)

- Establezca el grupo (véase arriba ¿Quién? y el anexo 1, en el que figuran sectores e interesados directos).
- Considere la posibilidad de crear un comité directivo para prestar apoyo continuo; un grupo de asesoramiento técnico para proporcionar orientación sobre la planificación, la aplicación y la evaluación; y un equipo de gestión de la vigilancia para llevar a cabo la vigilancia.
- Informe a los interesados directos clave sobre la necesidad de realizar una vigilancia del suicidio y las autolesiones, y la necesidad de prestar apoyo continuo para mantener el sistema.

### 2. Planifique el sistema de vigilancia

- Defina las metas, los objetivos y el alcance del sistema. Determine, por ejemplo, qué información debe recopilarse, cómo se utilizará la información para la prevención, si ya existe algún sistema que recopile información similar y dónde debe situarse el sistema.
- Considere la posibilidad de intensificar la aplicación, comenzando con una fase piloto y luego ampliándola a escala nacional.
- Prepare un presupuesto realista de los gastos y recursos necesarios (p. ej., para el personal, el equipo de sistemas, la formación y el mantenimiento) y asigne opciones de financiamiento primario y secundario para mantener el sistema a lo largo del tiempo.
- Determine procesos para la recopilación, la gestión y el análisis de datos. Establezca, por ejemplo, qué datos se recopilarán, quién los recopilará, dónde y cómo se almacenarán. Elabore procedimientos normalizados de trabajo para mantener la coherencia.
- Respecto de la mortalidad por suicidio, trate de contar con un sistema de registro civil y estadísticas vitales. Respecto a las autolesiones, trate de incluirlas en los registros médicos de rutina. Según sea necesario, obtenga la aprobación ética requerida de un comité de ética y los permisos (p. ej., de

la gerencia del hospital) para la recopilación de datos de las fuentes de datos pertinentes. Establezca salvaguardias para mantener la confidencialidad (es decir, que no se den a conocer datos identificables).

### 3. Prepare los recursos

- Elabore un formulario de registro de datos o un sistema electrónico de entrada de datos, utilizando codificación de datos y permitiendo el registro de datos por evento (así como por persona respecto de intentos de suicidio). Incluya espacio para detalles demográficos a fin de permitir la detección de los grupos de riesgo.
- Prepare un manual para guiar la recopilación de datos y asegurar la coherencia en el tiempo.
- Imparta formación a los recopiladores de datos, destacando la importancia de tener definiciones coherentes de las conductas suicidas y practicando la codificación y la entrada de datos (en particular cuando la información disponible pueda ser ambigua).
- Reúname con el personal del que se obtendrán datos y proporcione información (p. ej., los gerentes de atención de salud) para fomentar la evaluación y el mantenimiento de registros detallados cuando estén manejando a personas con conducta suicida.

### 4. Realice una prueba piloto del sistema y aplíquelo

- Realice una prueba piloto del registro y la recopilación de datos en uno o dos lugares para detectar y resolver cualquier cuestión.
- Comience utilizando el sistema en más lugares.
- Analice los datos de manera periódica (idealmente cada tres meses) para facilitar la elaboración de resúmenes actualizados.

### 5. Comunique los hallazgos

- Escriba, publique y difunda regularmente informes anuales o informes de evidencia más breves. Planifique la publicación de informes anuales en momentos estratégicos para aumentar la visibilidad, como en los días nacionales o internacionales de prevención del suicidio.
- Al diseñar informes de los datos, tenga en cuenta las necesidades de los interesados directos y los objetivos



del sistema de vigilancia. Considere qué tipo de informes se deben generar, con qué frecuencia se deben escribir informes y quién debe recibirlos. Los interesados directos pueden incluir a los responsables de formular políticas, los servicios de atención de salud, el público en general y los medios de comunicación (aunque habrá que tener cuidado al informar en los medios de comunicación; véase Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio).

- Comunique los hallazgos clave, incluidas las tasas y las tendencias específicas de los suicidios y las autolesiones, y proporcione recomendaciones para fundamentar la prevención.

## 6. Examine y evalúe

- Elabore un calendario para las reuniones periódicas y brinde supervisión para asegurarse de que la recopilación de datos se realice conforme a los procedimientos normalizados. Es importante que haya apoyo emocional disponible para los recopiladores de datos que estarán expuestos a información emotiva o gráfica sobre el suicidio.
- Además de la supervisión continua, se debe llevar a cabo periódicamente una evaluación detallada para determinar en qué medida el sistema está cumpliendo bien los objetivos, para evaluar la exactitud de los datos y la calidad de los informes, y para evaluar la utilidad de los informes (véase Monitoreo y evaluación). El monitoreo puede incluir ejercicios de control de calidad para comparar la coherencia de la recopilación de datos entre sitios y recopiladores.
- Basándose en el examen, realice los cambios de los procedimientos normalizados de trabajo según sea necesario.
- Se recomienda que el sistema de vigilancia también se examine de forma independiente para mejorar la calidad y la eficiencia.
- Amplíe el sistema de vigilancia para incluir sitios y regiones adicionales con el fin de crear un sistema nacional de vigilancia.
- Examine el presupuesto y las fuentes de financiamiento regularmente para asegurar el sostenimiento del sistema.

## Recuadro 29. Sistema de registro de autolesiones y suicidios (República Islámica del Irán)

La República Islámica del Irán posee un sistema nacional bien establecido de registro de autolesiones y suicidios que funciona bajo la gobernanza del Ministerio de Salud y Educación Médica. De acuerdo con los requisitos del sistema, todas las universidades de medicina de todo el país son responsables de la recopilación y el registro sistemáticos de los datos sobre autolesiones y suicidios relacionados con sus distritos y zonas de captación. En el 2009, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias del Ministerio de Salud estableció oficialmente este sistema como un sistema independiente de recopilación de datos con el fin de recopilar datos sobre autolesiones y suicidios de manera uniforme. El sistema se modificó en el 2017 sobre la base del *Manual de práctica para establecer y mantener sistemas de vigilancia para intentos de suicidio y autolesiones* (OMS, 2016).

En el 2009, un experto con experiencia en salud mental de cada universidad participó en una reunión nacional de formación. Posteriormente, se recopilaron datos de las universidades de medicina después de que un oficial de salud mental de cada una de ellas había recibido formación. Se preparó un cuestionario para estudios de casos en un programa informático acompañado de un manual del usuario para asegurar la recopilación sistemática y uniforme de datos del portal. Se cubrieron los correlatos epidemiológicos más importantes para el diseño de intervenciones de prevención del suicidio. El cuestionario incluyó características demográficas de las personas, como sexo, edad, estado civil, estado ocupacional y nivel educacional, antecedentes de trastornos mentales y físicos, método de suicidio y su resultado (adoptado de estudios conexos anteriores).

Las principales fuentes de datos sobre las autolesiones y el suicidio son los historiales médicos oficiales de los hospitales generales y los centros de salud ambulatorios de las ciudades, y también de las casas de salud y los centros de salud pública de las aldeas. En las zonas rurales, algunos casos pueden basarse en informes de trabajadores de la salud locales que tienen conocimiento de suicidios en la zona, aunque de otro modo estos no se notifican oficialmente. Los datos de estas fuentes se recopilan en los centros de salud de distrito, que son sucursales de las universidades de medicina en zonas de captación definidas de las provincias.



Cada universidad solo tiene acceso a los datos de sus propios centros de salud de distrito, mientras que los datos nacionales solo pueden ser obtenidos por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias del Ministerio de Salud, que tiene la responsabilidad de monitorear la entrada de datos. Según informes oficiales, algunos casos de suicidio no pueden derivarse a centros médicos o de salud. En estos casos, los cadáveres se remiten a la sede local de medicina forense para la verificación de la causa de muerte y los datos se recopilan y se notifican oficialmente a las universidades de medicina. Estos datos también se añaden a los datos del Ministerio de Salud sobre una base estacional.



© WHO/Yoshi Shimizu

### Recuadro 30. Vigilancia (tribu apache Montaña Blanca de los Estados Unidos)

Actualmente, las comunidades indígenas de los Estados Unidos registran las tasas más altas de suicidio de cualquier grupo étnico estadounidense, en particular los jóvenes de 15 a 24 años. En respuesta a este problema de salud pública, la tribu apache Montaña Blanca (WMAT) ha elaborado un enfoque innovador para promover la salud mental y la resiliencia. Impulsado por la fuerza laboral local de miembros tribales especialistas en salud mental de la comunidad, el modelo Celebrating Life integra la derivación, la vigilancia, la prevención, la atención en situaciones de crisis y el manejo de casos (Cwik *et al.*, 2014; Cwik *et al.*, 2016).

La vigilancia se ha recomendado como parte de la Estrategia Nacional de los Estados Unidos para la Prevención del Suicidio, pero muchos desafíos han impedido la aplicación generalizada y oportuna de la notificación. La WMAT, con el apoyo técnico del Johns Hopkins Center for American Indian Health, es la primera comunidad en establecer e implementar un sistema integral que ha podido superar estas limitaciones y puede servir de modelo para otras comunidades.

El gobierno de la WMAT aprobó una resolución tribal en el 2001 que ordenó que todo incidente relacionado con el suicidio ocurrido en la Reserva India del Fuerte Apache, incluidas las conductas suicidas y los intentos de suicidio, debe notificarse a un sistema tribal de vigilancia del suicidio (los casos de autolesiones no suicidas y el consumo excesivo de sustancias se agregaron más tarde como incidentes que deben notificarse).

El Center for American Indian Health de Johns Hopkins trabajó con la WMAT para revisar el formulario de derivación, elaborar un formulario de seguimiento en persona, diseñar un sistema computarizado de recopilación de datos y emplear y capacitar al equipo de Celebrating Life, fuerza laboral local de especialistas en salud mental de la comunidad. El personal de Celebrating Life observa, monitorea y mantiene el sistema de vigilancia, que ha recibido premios de la Academia Americana de Psiquiatría, el Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas y la Administración de Servicios de Salud Mental y de Prevención del Uso Indebido de Sustancias (SAMHSA). Además, el personal de Celebrating Life ayuda a analizar los datos y presentar informes periódicamente a los líderes de la WMAT sobre las tendencias dentro de la comunidad.

En los últimos dos decenios, el sistema de vigilancia comunitaria ha proporcionado una base para la programación y la evaluación de la prevención. Si bien las tasas nacionales se mantuvieron estables o han aumentado ligeramente, las tasas generales de mortalidad por suicidio de los apaches Montaña Blanca disminuyeron cuando su sistema de vigilancia del suicidio y su programación integral estaban en funcionamiento. Los intentos de suicidio también han disminuido en un 53% y la proporción de personas en riesgo que buscan tratamiento casi se duplicó al pasar del 39% al 71%.



## CONSEJOS PARA LA APLICACIÓN

Cuadro 9. Consejos para la aplicación de la vigilancia

Cuestiones	Consejos
Subnotificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dado el estigma asociado con el suicidio en muchos países, muchos suicidios e intentos de suicidio no se notifican o bien se reclasifican. La sensibilización y los cambios en la condición jurídica del suicidio (es decir, la despenalización) son fundamentales para hacer frente al estigma. Es importante que los sistemas de vigilancia mantengan la confidencialidad y fomenten la confianza.</li> <li>La subnotificación también puede ser consecuencia del acceso limitado a la atención médica y las restricciones a la cobertura del seguro de salud, lo que limita el número de personas que buscan apoyo médico por intento de suicidio. La provisión de cobertura universal de salud es vital para superar esta barrera en particular y prevenir el suicidio en general.</li> </ul>
Datos incompletos e inexactos	<ul style="list-style-type: none"> <li>En entornos de recursos bajos, es posible que no sea fácil tener acceso a los datos. Será importante recurrir a otras fuentes de información (p. ej., la autopsia verbal o la vigilancia comunitaria) y aplicar un sistema básico para registrar la mortalidad por suicidio (p. ej., trabajando con las personas que registran las muertes en la comunidad, como la policía y los centros médicos).</li> <li>En muchos países hay una vigilancia deficiente de los datos sobre la atención de salud. La promoción de la mejora de los sistemas de información de salud es una parte importante de la sensibilización.</li> <li>El registro y la clasificación de conductas suicidas son complejos, y se requiere formación, práctica y monitoreo continuo suficientes para apoyar a los recopiladores de datos. La promoción y la sensibilización entre quienes informan sobre suicidios (como la policía y los equipos de respuesta inicial) son importantes para evitar la presentación errónea de información; es esencial que estos servicios hayan recibido formación sobre el mantenimiento de registros detallados y la evaluación de la intención suicida.</li> <li>Cuando más de una organización es responsable de recopilar datos sobre el suicidio, las diferencias en la práctica pueden dar lugar a discrepancias. Es importante que se incluya en la planificación a representantes de diferentes organizaciones y que se elaboren directrices comunes para orientar la recopilación y el registro de datos en diferentes esferas.</li> <li>Siempre que sea posible, deben elaborarse orientaciones nacionales sobre la recopilación de datos para permitir la agrupación de datos de diferentes jurisdicciones.</li> </ul>
La falta de datos e información dificulta la priorización y la asignación de recursos por parte de los encargados de tomar decisiones. La recopilación inadecuada de datos a lo largo del proceso de aplicación puede hacer que se desperdicien recursos en intervenciones ineficaces.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establezca y fortalezca sistemas de vigilancia del suicidio y las autolesiones; la vigilancia es un pilar fundamental de la prevención del suicidio.</li> <li>Monitoree la eficacia de los resultados primarios con una recopilación de datos precisa, lo que permite realizar ajustes posteriores para mejorar la eficacia.</li> <li>Trabaje con académicos interesados para establecer sistemas de vigilancia que puedan guiar las políticas públicas.</li> </ul>
Carácter delicado de los datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegúrese de que existen salvaguardias para mantener la confidencialidad de los datos (p. ej., utilizando números de identificación de casos y no usando información que permita identificar a las personas).</li> <li>Se debe tener precaución en el uso de los datos, su disponibilidad y la manera en que se comunican. Incluya la consideración de los efectos que los datos sobre suicidios pueden tener en las personas en riesgo (véase Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio).</li> </ul>



© WHO / Volodymyr Shuvayev



## Monitoreo y evaluación

### ¿QUÉ?

El monitoreo y la evaluación son esenciales para determinar si la prevención del suicidio está dando resultado. El monitoreo implica una medición planificada, continua o regular de la información que ayudará a evaluar el progreso de la aplicación de VIVIR LA VIDA. Esto debe ir seguido de una evaluación, que es un examen periódico para determinar si VIVIR LA VIDA ha logrado los resultados deseados. El monitoreo y la evaluación deben formar parte de todas las intervenciones, y esta información puede combinarse para evaluar la eficacia global de VIVIR LA VIDA.

En la evaluación se debe considerar lo siguiente:

- **Eficacia.** ¿Obtiene la intervención el resultado deseado? ¿logró lo que se propuso hacer? Sería beneficioso trabajar con académicos para diseñar e interpretar estudios sólidos sobre la eficacia para las intervenciones antes de aplicarlas a gran escala (Kolves *et al.*, 2021). Es posible que esos estudios deban ser amplios a fin de que proporcionen evidencia clara y pertinente para las decisiones sobre políticas.
- **Aplicación.** ¿Se prestaron los servicios según lo previsto y en qué medida se prestaron bien? ¿Qué tuvo efectos positivos en la aplicación y cuáles fueron los obstáculos o desafíos?
- **Eficiencia (eficacia en función de los costos).** ¿Proporciona la intervención un valor suficiente respecto de los costos? ¿Son sostenibles los costos y cómo pueden sostenerse en el futuro?

El objetivo principal de todas las actividades de prevención del suicidio es reducir las tasas de suicidio y de autolesiones (véase Vigilancia) Sin embargo, la detección de cambios en las tasas de suicidio que podrían atribuirse a las actividades de prevención es un desafío y solo puede evaluarse a largo plazo.

Habida cuenta de estos desafíos, es importante que se monitoreen y evalúen otros indicadores de progreso. Los indicadores deben tener una relación clara y directa con el objetivo principal. Por ejemplo:

- la restricción obligatoria del acceso a medios de suicidio;
- una información más responsable sobre el suicidio en los medios de comunicación;
- más jóvenes capacitados en aptitudes emocionales para la vida;
- un mayor número de personas que utilizan apoyo y servicios y que tienen acceso a estos;
- mejores conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores de la salud respecto de las personas que tienen conductas suicidas.

La medición del progreso debe planificarse de antemano utilizando indicadores específicos, alcanzables, pertinentes y con plazos (véase el anexo 3, en el que figuran los indicadores de VIVIR LA VIDA). Este proceso debe fundamentarse en la evidencia existente sobre los factores que influyen en las conductas suicidas del grupo de población destinatario. Los indicadores pueden medirse utilizando diversas fuentes (véase Vigilancia), incluidos los datos recopilados sistemáticamente (p. ej., registro civil y estadísticas vitales, datos de asistencia a los servicios, información demográfica de los clientes, fuentes de derivación) y



la recopilación de datos diseñados para fines específicos (p. ej., entrevistas con interesados directos y trabajadores del proyecto, encuestas poblacionales, grupos focales y estudios de investigación).

## ¿POR QUÉ?

El monitoreo y la evaluación son necesarios para determinar si VIVIR LA VIDA está logrando su objetivo de reducir el suicidio y las autolesiones. El monitoreo y la evaluación pueden indicar si VIVIR LA VIDA está dando resultado en el contexto del país, si proporciona respuestas sobre qué intervenciones tienen los mayores efectos y dónde se necesitan cambios. Es importante que, además de determinar las esferas que deben mejorarse, las evaluaciones tengan en cuenta los factores que pueden haber tenido un efecto positivo o negativo en la aplicación (p. ej., cuestiones de diseño, cambios en el financiamiento, implicación comunitaria, condiciones económicas) a fin de elaborar recomendaciones útiles para la mejora.

La presentación de informes sobre las evaluaciones asegura que se comparta la información y las enseñanzas extraídas del proceso y sirve de base para otros servicios o esferas que tengan previsto adoptar intervenciones similares. Informar a los interesados directos clave y al público sobre el progreso también puede ayudar a fomentar la rendición de cuentas y el apoyo comunitario. Estos datos pueden ser un instrumento eficaz para buscar y obtener recursos adicionales para apoyar la labor en curso.

## ¿DÓNDE?

Además del monitoreo y la evaluación a nivel nacional, también deben incluirse datos a nivel local (p. ej., datos sobre la prestación de servicios y comentarios del personal clave).

## ¿CUÁNDO?

El monitoreo y la evaluación deben planificarse y acordarse de antemano para asegurar la implicación de todos los interesados directos pertinentes. Incluya los aportes del personal clave implicado en la aplicación de las intervenciones, como también los comentarios de los usuarios de los servicios y de la población en general. Esto debería formar un circuito de información continuo para permitir el perfeccionamiento de las intervenciones a medida que avanzan.

## ¿QUIÉN?

Se recomienda que un grupo se encargue específicamente de monitorear y evaluar la estrategia VIVIR LA VIDA. Esto debe incluir a personas que cuenten con las aptitudes para planificar y aplicar el monitoreo y la evaluación (p. ej., epidemiólogos de salud, estadísticos y recopiladores de datos). También puede ser útil asociarse con instituciones académicas siempre que sea posible para respaldar la recopilación, el análisis y la evaluación de datos.

## ¿CÓMO?

### 1. Convoque un grupo de trabajo dedicado específicamente a la planificación del monitoreo y la evaluación (véase el recuadro 1, Introducción)

- Establezca el grupo (véase Quién arriba y el anexo 1, en el que figura una lista de sectores e interesados directos).
- Incluya a personas que cuenten con aptitudes para planificar y aplicar el monitoreo y la evaluación.
- Asigne funciones y responsabilidades a los miembros del grupo y elabore un calendario de reuniones periódicas.

### 2. Planifique la medición del objetivo principal

- El enfoque principal de la prevención del suicidio es reducir las tasas de suicidio y de autolesiones (véase Vigilancia)

### 3. Determine los resultados

- Sobre la base del análisis de la situación, determine los resultados deseados y lo que se espera lograr con la aplicación de las intervenciones. Estos resultados deben contribuir al objetivo principal de reducir el suicidio. (Véase el anexo 3).

### 4. Determine los indicadores para cada resultado

- Determine los indicadores que se puedan utilizar para evaluar cada resultado. Por ejemplo, si un resultado deseado es que los medios de comunicación presenten la información de manera responsable, los indicadores pueden incluir el número de medios donde se imparte formación, y la calidad de la información sobre el suicidio.

### 5. Planifique la recopilación de datos

- Planifique cómo se recopilarán los datos para cada indicador (p. ej., una encuesta a los establecimientos de medios de comunicación para saber quién ha recibido



formación o la evaluación de una muestra aleatoria de informes de los medios).

- Al planificar las intervenciones, solicite que el personal implicado presente informes periódicos sobre el progreso con datos actualizados.

## 6. Recopile los datos

- Siempre que sea posible, recopile datos continuamente para facilitar la obtención continua de comentarios.
- Trate de resumir los datos de manera periódica (idealmente cada tres meses) con informes de monitoreo para fundamentar las actividades en curso.

## 7. Evalúe los datos

- Analice los datos periódicamente (idealmente cada 1 o 2 años) y utilícelos para determinar si las intervenciones han logrado los resultados deseados.

## 8. Comunique los hallazgos y responda a las enseñanzas extraías

- Elabore informes sobre los hallazgos que sean apropiados para diferentes audiencias; los interesados directos pueden incluir a los responsables de formular políticas, otros servicios que podrían adoptar la intervención y el

público general.

- Comunique los hallazgos clave, incluida la eficacia de las diferentes intervenciones, los elementos facilitadores y las barreras para la aplicación, y las recomendaciones para realizar mejoras.
- Utilice las enseñanzas extraídas para mejorar el diseño y la aplicación de las intervenciones cuando sea necesario o para ampliarlas.

## 9. Examine el monitoreo y la evaluación y planifique su mejora

- Elabore un calendario de reuniones periódicas del grupo de trabajo para examinar el progreso.
- Es probable que uno de los objetivos del monitoreo y la evaluación sea mejorar los datos sobre el suicidio. Esos datos pueden utilizarse para monitorear periódicamente el progreso y determinar las esferas en las que podría mejorarse la disponibilidad o la calidad de los datos y en las que podrían ser pertinentes indicadores adicionales.
- Sobre la base del examen, realice los cambios necesarios en el monitoreo y la evaluación.

### Ejemplos:

### Recuadro 31. Monitoreo y evaluación de una estrategia nacional de prevención (Irlanda)

En el 2014, el Departamento de Salud y la Oficina Nacional para la Prevención del Suicidio de Irlanda comenzó a elaborar una nueva estrategia de prevención del suicidio: *Connecting for Life* (2015-2020; prorrogada hasta el 2024<sup>45</sup>). La estrategia comenzó con un enfoque en los resultados, cuya visión fue que se podrían hacer mejoras mensurables en relación con la incidencia del suicidio y las autolesiones frente a las cuales se podrían evaluar en el futuro los efectos de la estrategia y sus componentes.

Se llevó a cabo un amplio proceso de consulta y participación para captar las voces y opiniones de diversos interesados directos, incluidos los prestadores de servicios, el público general, las personas afectadas por el suicidio, los departamentos gubernamentales y los organismos estatales. También se examinó una amplia gama de evidencia y datos al elaborar la estrategia a fin de detectar los factores de riesgo y de protección que afectan a grupos de población específicos y elaborar iniciativas eficaces para apoyarlos.

Sobre la base de esta información, se establecieron varios objetivos y resultados primarios e intermedios, acompañados de un marco de resultados que permite hacer un seguimiento de los progresos y medir objetivamente los resultados de la estrategia en relación con los indicadores de referencia<sup>46</sup>. Se elaboró un plan para llevar a cabo evaluaciones de todas las actividades importan-

45 Connecting for Life. Dublín: Health Service Executive (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/>, consultado el 28 de enero del 2021).

46 Implementation progress reports. Dublín: Health Service Executive (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/strategy-implementation/implementation-progress-reports/>, consultado el 28 de enero del 2021).

tes realizadas bajo los auspicios de *Connecting for Life*, y difundir las conclusiones y compartir con los profesionales y asociados del programa las enseñanzas extraídas. Además de medir los indicadores de los resultados primarios e intermedios, también se planificaron evaluaciones de los procesos de la calidad de la ejecución de las principales actividades para facilitar la comprensión de los elementos que contribuyeron a los éxitos y fracasos de la estrategia.

## CONSEJOS PARA LA APLICACIÓN<sup>47</sup>

**Cuadro 10. Consejos para la aplicación del monitoreo y la evaluación**

Cuestiones	Consejos
Falta de planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>El monitoreo y la evaluación deben incluirse como parte clave de la planificación inicial y deben realizarse simultáneamente con la aplicación de las intervenciones.</li> <li>Durante la planificación es esencial definir los objetivos de las intervenciones, qué indicadores se utilizarán para evaluar el progreso y cómo se pueden medir (véase el anexo 3).</li> </ul>
Datos insuficientes para la evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar el monitoreo y la evaluación como objetivos clave de VIVIR LA VIDA. De acuerdo con el análisis de la situación que informa acerca el estado actual de los datos relacionados con el suicidio, elabore un plan para mejorar la disponibilidad, la exhaustividad y la calidad de los datos.</li> <li>Presente informes periódicos sobre los progresos realizados como parte del proceso de financiamiento de las intervenciones.</li> <li>Establezca y fortalezca sistemas de vigilancia del suicidio y las autolesiones (véase Vigilancia);</li> </ul>
Falta de fondos y recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Destaque la importancia de un monitoreo y una evaluación eficaces en las conversaciones con interesados directos clave sobre la prevención del suicidio.</li> <li>Incorpore los fondos y recursos necesarios para el monitoreo y la evaluación en la planificación de todas las actividades de prevención.</li> <li>Implique a las instituciones académicas que pueden tener acceso a datos o que estén en condiciones de ayudar con la recopilación de datos, estudios de investigación, análisis e interpretación.</li> </ul>
Falta de capacidad (las personas que trabajan en la prevención del suicidio tal vez no tengan experiencia o conocimientos acerca del monitoreo y la evaluación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implique a las personas con experiencia en el monitoreo, la evaluación y la planificación de recopilación de datos (como expertos en salud pública o desarrollo comunitario), particularmente en la determinación de indicadores que puedan medirse.</li> </ul>

<sup>47</sup> Otros desafíos y recomendaciones específicos para diferentes tipos de intervención se examinan aquí (<http://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/ChallengesRecommendationsEvaluatingSPPPrograms.pdf>, consultado el 28 de enero del 2021).

# PARTE B

## VIVIR LA VIDA: principales intervenciones eficaces para prevenir el suicidio

En las siguientes secciones se presentan las cuatro intervenciones clave basadas en la evidencia para la prevención del suicidio<sup>48,49</sup>:



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 socioemocionales para la vida de los adolescentes;



Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas.

Los pilares fundamentales transversales deben establecerse en paralelo para aplicar estas intervenciones clave (VIDA).

48 Evidence-based recommendations for management of self-harm and suicide in non-specialized health settings. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/training\\_manuals/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/), consultado el 28 de enero del 2021).

49 Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>), consultado el 18 de marzo del 2021.



© WHO / Simon Lim



## Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio

### ¿QUÉ?

Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio es una intervención universal clave basada en la evidencia para la prevención del suicidio. La restricción de medios implica:

- restringir el acceso a los medios (p. ej., limitar, prohibir o regular el acceso a los medios de suicidio a través de leyes y políticas nacionales) adoptando las siguientes medidas:
  - » prohibir los plaguicidas altamente peligrosos y fuertemente tóxicos, como se ha logrado en Bangladesh; Taiwán; China; Jordania; la República de Corea y Sri Lanka (Gunnell *et al.*, 2017) y la India (Bonvoisin *et al.*, 2020);
  - » restringir y regular las armas de fuego, lo que ha dado resultado en Australia (Chapman *et al.*, 2006), Israel (Lubin *et al.*, 2010), Suiza (Reisch *et al.*, 2013) y Reino Unido (Haw *et al.*, 2004);
  - » instalar barreras en posibles sitios de salto, como puentes o lugares de transporte ferroviario, lo que ha dado resultado en Australia en el Puente Gateway, donde se colocaron barreras (Law *et al.*, 2014) y en la República de Corea después de que se instalaran pantallas en las estaciones de metro (Chung *et al.*, 2016);
  - » limitar el acceso a las ligaduras o modificar los puntos de ligadura en los centros de detención u otros entornos institucionales (p. ej., prisiones y centros para el ingreso de personas con problemas de salud mental); y
  - » restringir la prescripción de medicamentos de alta toxicidad, en particular los que pueden remplazarse por otros

más seguros (como los barbitúricos [Oliver y Hetzel, 1972] y el coproxamol [Hawton *et al.*, 2009]).

- reducir la disponibilidad de los medios adoptando las siguientes medidas:
  - » limitar la cantidad de medicamentos y otras sustancias venenosas que se pueden adquirir en cada venta individual, por ejemplo reduciendo el tamaño de los envases de medicamentos y usando envases blíster que dificultan el acceso a cada unidad, tal como se hizo con resultados satisfactorios en el Reino Unido (Hawton *et al.*, 2001).
- reducir la letalidad de los medios (p. ej., aumentando la disponibilidad de alternativas de bajo riesgo) adoptando las siguientes medidas:
  - » introducir gas natural en los hogares que contenga menos monóxido de carbono venenoso comparado con el carbón, como en el Reino Unido (Kreitman, 1976);
  - » reducir la letalidad de los plaguicidas.
  - » aumentar la disponibilidad y la eficacia de los antidotos y mejorar el manejo clínico después de la intoxicación o las lesiones agudas relacionadas con los medios de suicidio de uso común (OMS, 2008).

La eliminación completa de un medio de suicidio tendrá el mayor impacto, aunque es posible que los interesados directos conexos ofrezcan la mayor resistencia al respecto.

La restricción efectiva de los medios debe centrarse en los métodos que:

- » causen la mayoría de las muertes o tengan una alta



- letalidad (el medio más letal);
- » y sean los más utilizados.

Se debe considerar la posibilidad de dar preferencia a los medios que tienen la mayor letalidad, ya que la eliminación de los medios comunes que son menos letales puede hacer que las personas recurran a medios más letales.

Los métodos variarán de una zona geográfica a otra y entre los diferentes grupos sociodemográficos (p. ej., el sector urbano frente al rural, la edad y el sexo) y pueden cambiar con el tiempo. La vigilancia es necesaria para detectar los medios utilizados por la población o los subgrupos de población y cualquier medio que esté surgiendo. Inicialmente, esto se puede determinar mediante un análisis de la situación (véase Análisis de la situación).

La presente sección se centra en el ejemplo de los plaguicidas, que se estima que representan una quinta parte de los suicidios a nivel mundial, particularmente en países con una gran proporción de residentes que trabajan en el sector agrícola (Mew *et al.*, 2017). Se estima que los plaguicidas han causado la muerte prematura de hasta 14 millones de personas desde que se introdujeron en comunidades rurales pobres durante la Revolución Verde en la agricultura (Karunaratne *et al.*, 2020). Los plaguicidas varían significativamente en cuanto a su toxicidad; algunos son sumamente tóxicos cuando se ingieren, mientras que otros tienen muchas menos probabilidades de ser letales. La intervención tiene por objeto hacer frente a los plaguicidas altamente peligrosos y fuertemente tóxicos, es decir, los que plantean el riesgo más grave para la salud, y no restringir el acceso a todos los plaguicidas utilizados en la agricultura.

Las medidas clave incluyen la prohibición de la venta y el uso de plaguicidas altamente peligrosos y fuertemente tóxicos, al tiempo que se facilita el uso de alternativas de bajo riesgo, como los plaguicidas orgánicos y no químicos; el aumento de la investigación sobre alternativas de bajo riesgo; el aumento de la reglamentación de los productos; y el fomento de la eliminación adecuada de productos peligrosos (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO] y OMS, 2016; OMS y FAO, 2019). Las medidas para facilitar el almacenamiento seguro de plaguicidas, como las cajas de seguridad domésticas y las instalaciones de almacenamiento comunitario, no han demostrado claramente su eficacia (Pearson *et al.*, 2017; Reifels *et al.*, 2019).

## ¿POR QUÉ?

La OMS aboga por la prohibición nacional de los plaguicidas altamente peligrosos como una intervención costo-eficaz para reducir la mortalidad por suicidio en países donde los plaguicidas son un medio común de autolesiones y suicidio (OMS, 2021). La reducción estimada de la mortalidad por suicidio después de la prohibición de los plaguicidas altamente peligrosos equivale a un progreso del 20% hacia la meta 3.4 de los ODS de las Naciones Unidas (Lee *et al.*, 2020).

Se ha comprobado que la restricción del acceso a los medios no solo reduce el suicidio relacionado con esos medios, sino que también reduce las tasas generales de suicidio en algunos países (lo que indica que la sustitución del método de suicidio no contrarresta la reducción primaria, ya que las personas optan por alternativas menos letales). La mayoría de las personas que tienen una conducta suicida experimentan ambivalencia sobre querer vivir o morir, y muchos suicidios ocurren impulsivamente como respuesta a factores estresantes agudos (a menudo después de dedicar menos de 30 minutos a pensarlo). Hacer que el acceso a medios letales de suicidio sea menos fácil puede dar tiempo a las personas afligidas para que las crisis agudas pasen antes de que intenten quitarse la vida. Un intento de suicidio puede ser la primera ocasión en que otras personas se dan cuenta de que alguien está afligido, y la supervivencia le permite a esa persona recibir apoyo. Eliminar los plaguicidas altamente peligrosos de uso agrícola (para que las personas ingieran plaguicidas que son mucho menos tóxicos) y mejorar el manejo clínico de la ingestión de plaguicidas reduce el número de personas que mueren, independientemente de su nivel de intención.

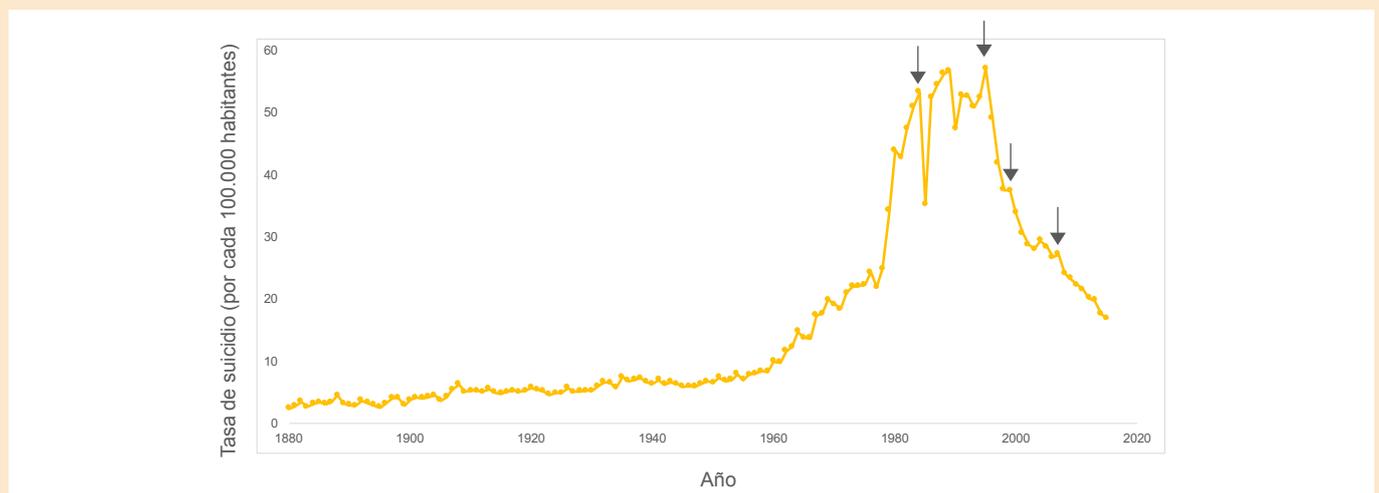
### Recuadro 32. Prohibición de plaguicidas altamente peligrosos (Sri Lanka)

En 1980 se sabía que Sri Lanka registraba una de las tasas de suicidio más altas del mundo, principalmente por ingestión de plaguicidas. El entonces Registrador de Plaguicidas reconoció el problema y en 1983, en vista de los recursos limitados, centró la atención principalmente en la prevención, prohibiendo dos plaguicidas clave para las autolesiones: los insecticidas organofosforados paratión y metil paratión. Diez años más tarde, el registrador prohibió todos los demás plaguicidas de clase I de la OMS altamente



peligrosos, en particular el monocrotofos y el metamidofos, lo que dio lugar a una notable disminución de las cifras totales de suicidios a partir de 1995. En los 20 años posteriores, con otra prohibición en 2008–2011 del paraquat y otros dos insecticidas organofosforados, la tasa global anual de suicidios disminuyó de 57 por cada 100.000 personas mayores de 8 años en 1995 a 17 por 100.000 en el 2016, es decir, se registró una reducción del 70%. Se estima que las prohibiciones han salvado 93.000 vidas a un costo gubernamental directo de US\$ 50 por vida salvada (Knipe, Gunnell y Eddleston, 2017) sin afectar a la producción agrícola (Manuweera *et al.*, 2008). La sustitución de métodos ha sido leve (Gunnell *et al.*, 2007). Esta labor se benefició de un interés en el asunto por parte del Presidente del país, lo que fue clave para la colaboración interinstitucional y la sostenibilidad del programa, y también las interacciones activas entre reguladores, académicos, la extensión agrícola y la industria (Pearson, Anthony, y Buckley, 2010; Peterson *et al.*, 2015): Se realizaron esfuerzos para afrontar el suicidio como una cuestión de interés nacional en la que la industria podía ser parte de la solución. La transparencia, la apertura, la coherencia, la previsibilidad y la inclusividad son los ingredientes clave para la implicación de los interesados directos. Desde el 1983, el proceso y los mecanismos para lograr el éxito han sido iterativos y han evolucionado con el tiempo con cada prohibición que ha dado resultado satisfactorio.

**Figura 2. Incidencia del suicidio en Sri Lanka, 1880–2015**



Las flechas hacia abajo indican el momento en que se aplicaron las prohibiciones de plaguicidas (1984: paratión, metil paratión; 1995: todos los plaguicidas restantes de clase I de la OMS, incluidos el metamidofos y el monocrotofos; 1998: endosulfán; 2008: dimetoato, fentión, paraquat). Datos sobre el suicidio obtenidos de los registros policiales.

Fuente: Knipe, Gunnell y Eddleston, 2017

## ¿DÓNDE?

Una respuesta a nivel nacional es esencial para la regulación eficaz de medios como los plaguicidas, en particular en los países que registran una elevada carga de suicidios relacionados con los plaguicidas. La colaboración a nivel regional también puede ser necesaria para aplicar reglamentos regionales y encontrar soluciones eficaces para la protección de cultivos en países con una agricultura similar.



## ¿CUÁNDO?

Cuando la autointoxicación con plaguicidas se clasifica como uno de los métodos de suicidio más comunes o más letales, mediante el análisis de la situación, la vigilancia u otra investigación específica de cada país, es necesario realizar un monitoreo continuo para detectar cambios o tendencias a lo largo del tiempo, es decir, cambios en cuanto a qué plaguicidas se utilizan y en qué comunidades.

## ¿QUIÉN?

Restringir el acceso a los plaguicidas requiere una colaboración multisectorial entre todos los interesados directos pertinentes, incluidos los ministerios de salud y agricultura, reguladores y autoridades de registro. La restricción de medios puede ser considerada intrusiva por los interesados directos de las comunidades agrícolas. La colaboración y el respaldo de los líderes comunitarios (agrícolas) son esenciales para aumentar la aceptación, la sensibilización respecto de los problemas asociados con las sustancias altamente tóxicas y la disponibilidad y los beneficios de las alternativas de bajo riesgo. Los medios de comunicación pueden ser un asociado importante en la sensibilización y en el uso de información responsable para limitar los efectos de contagio (véase Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio).

El mismo principio de un enfoque nacional multisectorial se aplica a otros medios de suicidio (p. ej., el sector del transporte y la necesidad de instalar barreras). Las comunidades pueden desempeñar un papel en la defensa de la restricción de los medios que han afectado a una comunidad local. La aplicación a nivel comunitario de la restricción de los medios también es una opción cuando es factible y eficaz (p. ej., la aplicación local de prohibiciones nacionales). A nivel individual, se puede pedir a los miembros de la familia que se deshagan de los medios de suicidio (p. ej., plaguicidas, armas de fuego, cuchillos y medicamentos) de los hogares donde alguien corre riesgo de suicidio.

## ¿CÓMO?

### 1. Convoque un grupo de trabajo (véase el recuadro 1, Introducción)

- Establezca el grupo de trabajo (véase arriba ¿Quién?).

### 2. Determine los medios más comunes y letales en una población

- Establezca mediante la vigilancia, el monitoreo o la investigación existente los medios más comunes y letales de suicidio y los intentos de suicidio en una población.
- Determine si existen diferencias entre los distintos grupos sociodemográficos (p. ej., entre las zonas rurales y las urbanas).
- Respecto de los plaguicidas, averigüe cuáles contribuyen a la mayoría de las muertes. Esto puede ser difícil a partir de registros médicos y puede requerir encuestas específicas sobre las muertes por suicidio o los casos de intoxicación por plaguicidas de personas que acuden al hospital. Siempre que sea posible, la colaboración con los laboratorios de toxicología forense permitirá determinar los plaguicidas más importantes para su restricción.
- Es importante que los medios letales sean el centro de la restricción, ya que existe un peligro potencial de que la restricción de los métodos comunes de baja letalidad pueda hacer que las personas opten por otras alternativas de mayor letalidad.

### 3. Colabore con los sectores gubernamentales pertinentes y otros interesados directos relacionados con los medios de suicidio

- La restricción de los medios requerirá la colaboración con sectores relacionados con el método determinado en el punto 2 anterior.
- En el caso de los plaguicidas, esto implicará a los sectores de salud y la agricultura y a los reguladores y autoridades de registro de plaguicidas.
- Utilice datos para promover la causa ante el sector pertinente (p. ej., el número de muertes por suicidio o el número de intentos de suicidio relacionados con plaguicidas).
- Sea consciente de los diferentes intereses de los interesados directos de la industria de los plaguicidas y entre los usuarios de plaguicidas (OMS y FAO, 2019).
- Prevea participar en la promoción durante un tiempo.
- Asegúrese de que las conversaciones sean bidirec-



cionales: comprenda mejor las preocupaciones que el sector o los interesados directos puedan tener por no tomar medidas para prohibir los plaguicidas altamente peligrosos. Utilice esta información para adaptar la labor de promoción. Por ejemplo:

- » si existe preocupación de que al cambiar los plaguicidas se puede reducir el rendimiento de los cultivos, demuestre la evidencia que revela que esto no es así y determine otros métodos agrícolas para la protección de los cultivos (Gunnell *et al.*, 2017; Manuweera *et al.*, 2008);
- » llame la atención a nivel nacional sobre el tema en colaboración con los medios de comunicación para generar esfuerzos de promoción mediante la presión del público.
- Respecto de otros métodos de suicidio tenga en cuenta los siguientes interesados directos:
  - » (respecto de armas de fuego) legisladores, minoristas de armas de fuego, lugares u ocupaciones en los que se utilizan armas de fuego (p. ej., campos de tiro, servicios militares y servicios de policía);
  - » (respecto de medicamentos o sustancias venenosas) agencias reguladoras, autoridades responsables de dispensar o recetar medicamentos, el ministerio que se ocupa de combustibles tóxicos como algunos gases. También es importante considerar asimismo la regulación de las ventas (en línea) de dichos productos;
  - » (respecto de sitios de salto como puentes, edificios de gran altura, ferrocarriles y metros) ministerios y agencias de transporte y construcción;
  - » (respecto de ligaduras y puntos de ligadura) ministerio judicial, prisiones y centros de detención e instituciones (como centros de atención a largo plazo).

#### 4. Acuerde las acciones legislativas o de políticas necesarias para prohibir o restringir el acceso a los medios de suicidio

- Respecto de los plaguicidas, esto puede incluir las siguientes medidas:
  - » determinar los plaguicidas altamente peligrosos para su retiro mediante el examen de los plaguicidas actualmente en circulación (FAO y OMS, 2016);
  - » adoptar medidas reglamentarias para prohibir la venta y el uso de plaguicidas altamente peligrosos y extremadamente tóxicos, incluidas las multas por la importación de plaguicidas letales y la violación de los reglamentos sobre plaguicidas;
  - » evaluar los riesgos para el registro de nuevos productos;
  - » fortalecer la inspección y el control del uso de

plaguicidas;

- » facilitar el registro y el uso de plaguicidas de bajo riesgo;
- » aumentar el financiamiento y las oportunidades de investigación sobre alternativas de menor riesgo; y
- » apoyar el uso de la agricultura sin plaguicidas y la agroecología.
- También debe considerarse la aceptabilidad de las acciones políticas, y deben adoptarse medidas para aumentar el apoyo del público, por ejemplo, en el caso de los plaguicidas, trabajar con los interesados directos (agricultores y minoristas de plaguicidas) para aumentar la sensibilización acerca de la necesidad de contar con una regulación y alternativas viables.

#### 5. Acuerde las acciones comunitarias necesarias para restringir el acceso a los medios de suicidio

- Será necesaria la colaboración con las autoridades locales para monitorear y hacer cumplir los reglamentos y las políticas nacionales.
- Respecto de los plaguicidas, esto puede implicar la colaboración con las autoridades agrícolas locales (en particular los servicios de extensión agrícola) para reforzar la inspección y el control, así como la labor en estrecha colaboración con los agricultores y los minoristas de plaguicidas para impartir educación sobre las razones del retiro de los productos y los beneficios del uso de alternativas.
- Asegúrese de que haya capacidad en el sector de la salud y directrices para el manejo clínico y la notificación de intoxicación por plaguicidas (OMS, 2008).

#### 6. Evalúe la eficacia de las iniciativas (véase Monitoreo y evaluación)

- Monitoree los efectos de la restricción de medios en las tasas de suicidio, examine la información recopilada de las inspecciones y programe exámenes periódicos de las iniciativas con los interesados directos locales y nacionales. En particular, determine todo método de sustitución de los métodos de mayor letalidad o los cambios respecto de los plaguicidas que contribuyen a la mayoría de las muertes.
- Utilice las enseñanzas extraídas para fundamentar nuevos cambios en las políticas y las iniciativas locales. Por ejemplo, si la inspección revela que todavía se utilizan plaguicidas prohibidos, se podrían convocar grupos focales para definir las razones de ello y elaborar soluciones más eficaces.



- Las evaluaciones pueden difundirse entre los interesados directos para alentar una mayor restricción de los medios y la aplicación de las enseñanzas extraídas.

#### 7. Asegúrese de que exista una buena vigilancia para evaluar cambios en los medios de suicidio y en el suicidio

- Es importante asegurar que se lleve a cabo un monitoreo continuo de los métodos de suicidio y de los intentos de suicidio y que las intervenciones respondan a cambios de los patrones de los medios de suicidio.

### Recuadro 33. Una historia de éxito (República de Corea)

La mortalidad por suicidio en la República de Corea ha sido elevada en comparación con la de otros países de ingresos altos y la de los países de la Región del Pacífico Occidental de la OMS en general. Los suicidios por plaguicidas representaron alrededor de una quinta parte de los suicidios en la República de Corea durante el período 2006-2010. Los esfuerzos para controlar y reducir a un mínimo las repercusiones nocivas de los plaguicidas en el país antes del 2011 no tuvieron un impacto significativo, ya que los plaguicidas que causaron la mayoría de las muertes no eran objeto de control adecuado.

En el 2011, la República de Corea promulgó la Ley de Prevención del Suicidio, por la que se canceló el nuevo registro del paraquat y se prohibió su venta en el 2012. Estas acciones resultaron en una disminución inmediata y clara de los suicidios por intoxicación por plaguicidas y contribuyeron a una disminución general en las tasas de suicidio. La intervención pareció reducir las tasas de suicidio entre todos los grupos de población, incluidos los hombres, las mujeres, todos los grupos etarios y las personas que viven en zonas urbanas y rurales.

Más de la mitad de la reducción general de la tasa de suicidios entre el 2011 y el 2013 podría atribuirse a la prohibición del paraquat. Cabe destacar que esto se logró sin ninguna repercusión en el rendimiento de los cultivos. Dada la magnitud del suicidio por autointoxicación por plaguicidas en todo el mundo, se podrían salvar decenas de miles de vidas cada año si se aplicara una regulación eficaz de los plaguicidas en todo el mundo. Para garantizar un acceso más seguro a los plaguicidas será necesario un enfoque intersectorial, que incluya prohibiciones de plaguicidas y otras políticas conexas, así como intervenciones comunitarias, una mejor atención de salud y actividades de formación y vigilancia. El enfoque adoptado con éxito por la República de Corea constituye un modelo alentador para otros países que aspiran a reducir las muertes por suicidio.



## CONSEJOS PARA LA APLICACIÓN

**Cuadro 11. Consejos para la aplicación del acceso a los medios de suicidio**

Cuestiones	Consejos
Los interesados directos pueden ser reacios a invertir en la restricción de medios porque les preocupa que la población opte por otro método y que no pueda impedirse que las personas determinadas a morir por suicidio cometan este acto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparta información con los interesados directos sobre la base de evidencia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>» Informe a los interesados directos de que la restricción de un método de suicidio no conduce inevitablemente a un aumento en el uso de otros métodos (Yip <i>et al.</i>, 2012).</li> <li>» Cuando se ha observado la sustitución, a menudo se ha visto que las personas usan plaguicidas menos tóxicos, lo que resulta en tasas más bajas de letalidad y una disminución de la tasa total de suicidios (Gunnell <i>et al.</i>, 2007).</li> <li>» La mayoría de las personas que tienen una conducta suicida experimentan ambivalencia respecto de querer vivir o morir. La restricción del acceso a los medios puede dar tiempo para que las crisis agudas pasen antes de que se tomen medidas mortales.</li> </ul> </li> </ul>
Resistencia de los interesados directos debido a las consecuencias financieras y de conveniencia asociadas con los medios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumente el reconocimiento de los problemas asociados con medios específicos a través de la educación, y mitigue las preocupaciones. Por ejemplo, informe a los interesados directos acerca de los beneficios de las alternativas de bajo riesgo e insista en que el uso de alternativas de bajo riesgo no tiene repercusiones negativas en el rendimiento de los cultivos (OMS, FAO 2019).</li> </ul>
Uno de los principales métodos de suicidio es la ingestión de plaguicidas; sin embargo, en muchos contextos esto sigue sin reconocerse y se adoptan pocas medidas o no se adopta ninguna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliente a los centros de toxicología a que compartan datos sobre casos de intoxicación intencional por plaguicidas a fin de determinar la magnitud del problema.</li> <li>• Monitoree el uso de plaguicidas en el suicidio o intento de suicidio para entender el problema; implique a los organismos reguladores y a los sectores gubernamentales pertinentes (p. ej., la agricultura) en la regulación nacional del acceso a los plaguicidas.</li> <li>• Organice una fuerte campaña de sensibilización y promoción dirigida a los interesados directos vinculados a los medios de suicidio.</li> <li>• Despenalice el suicidio y los intentos de suicidio para reducir las barreras que se oponen a la notificación de casos de intoxicación como intentos de suicidio o suicidio.</li> </ul>
El medio de suicidio que se utiliza con más frecuencia no es susceptible de restricción fácilmente (p. ej., el ahorcamiento fuera de entornos institucionales cerrados en la comunidad y la autoinmolación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegúrese de que la labor se siga centrando en restringir el acceso a los medios de suicidio en entornos institucionales; reduzca las probabilidades de imitación del uso de estos medios a través de la colaboración con los medios de comunicación (para que se eliminen las descripciones del método al informar sobre un suicidio); mejore la capacidad para el manejo clínico de las quemaduras o de ahorcamientos casi mortales; mejore la búsqueda de ayuda en la comunidad (Gunnell <i>et al.</i>, 2005); mejore la detección oportuna de las personas en riesgo de suicidio (véase Detección oportuna, evaluación, gestión y seguimiento).</li> </ul>
Una recopilación inadecuada de datos puede obstaculizar los intentos de detectar los medios de suicidio en los que han de centrarse las intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establezca o fortalezca sistemas de vigilancia para el suicidio y las autolesiones que registren con precisión el método utilizado y sean lo más oportunos posible. Esto puede requerir educación para alentar la notificación de suicidios e intentos de suicidio.</li> </ul>



© WHO / Christopher Black



## Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio

### ¿QUÉ?

Existe evidencia de que la información proporcionada por los medios de comunicación sobre el suicidio puede conducir a un aumento del suicidio debido a la imitación, particularmente en casos de suicidio de celebridades y cuando se describen los métodos utilizados (Niederkröthaler *et al.*, 2020). Por el contrario, las historias que demuestran la búsqueda de ayuda en circunstancias adversas y que incluyen información sobre dónde buscar ayuda contribuyen a la prevención del suicidio (Niederkröthaler *et al.*, 2014). Los medios de comunicación (p. ej., periodistas y cineastas) desempeñan un papel importante en la configuración de la opinión y las actitudes públicas y son un interesado directo importante en la sensibilización y la reducción del estigma del suicidio. El trabajo con los medios de comunicación puede incluir colaborar en la elaboración de directrices (como ocurrió recientemente en la India; Vijayakumar, 2019) y la regulación de la cobertura responsable del suicidio, que puede incluir la colaboración con el sector tecnológico para detectar los artículos que no cumplen con las directrices para la presentación de la información<sup>50</sup>. Las interacciones incluirán el desarrollo de las capacidades de los profesionales de los medios de comunicación para informar de manera responsable. También pueden incluir políticas para monitorear el contenido de los usuarios en las plataformas de medios digitales.

### Recuadro 34. Monitoreo de los medios de comunicación (Lituania)

El objetivo principal del monitoreo de los medios de comunicación es llegar a un entendimiento común con ellos sobre la presentación responsable de la información relativa a los suicidios y los intentos de suicidio. La Oficina de Prevención del Suicidio examina casi 700 informes de suicidio o intentos de suicidio publicados por los medios en línea todos los días hábiles. Esto se logra utilizando palabras clave especialmente seleccionadas y un buscador de monitoreo de medios. A continuación se analizan el título, el texto, el video y el material fotográfico. El análisis se basa en el folleto de recursos de la OMS para profesionales de los medios de comunicación (OMS, 2017) y en la orientación de la Asociación Lituana de Psicólogos. Si la publicación infringe el Código de Ética para la Información Pública, se establece contacto con el editor de los medios en línea y se le solicita que corrija la publicación. La Oficina de Prevención del Suicidio también ofrece seminarios breves para profesionales de los medios sobre cómo informar de manera responsable sobre los suicidios y los intentos de suicidio.

<sup>50</sup> Consulte la versión beta de un instrumento de ciencia de datos elaborado para examinar el texto automáticamente a fin de determinar su cumplimiento con las directrices para la información sobre el suicidio (<https://reportingonsuicide.cisco.com>, consultado el 28 de enero del 2021).



## ¿POR QUÉ?

La cobertura idealizada y repetida de casos de suicidio de alto perfil puede incluir descripciones detalladas del acto y las representaciones ficticias del suicidio que no revelan con precisión la realidad influyen en las tasas de suicidio (OMS, 2017). Esto contribuye a que el público interprete mal el suicidio, lo que obstaculiza la prevención eficaz. El creciente uso de los medios digitales significa que cada vez es más difícil monitorear estos problemas, ya que la información puede difundirse rápidamente entre los usuarios. Sin embargo, las representaciones del suicidio escritas de acuerdo con las directrices de los medios de comunicación muestran tener potencial para ayudar a prevenir el suicidio.

## ¿DÓNDE?

Lo ideal es que la colaboración con los medios de comunicación se lleve a cabo con un organismo de medios a escala nacional, incluidos los reguladores de estos medios. Si esto no fuera posible, se puede establecer una colaboración con medios locales o más especializados que puedan tener acceso a grupos geográficos o sociodemográficos específicos. En el caso de los medios internacionales, como los medios de información sociales o digitales, puede ser necesaria la colaboración a nivel de la sede (internacional) y a nivel nacional para facilitar un enfoque específico por país de la gestión de los contenidos en línea relacionados con el suicidio. La colaboración también es necesaria dentro de la industria del teatro, el cine y la televisión.

## ¿CUÁNDO?

La labor con los medios de comunicación puede comenzar en cualquier momento. Puede desencadenarse por la cobertura nociva de los medios de comunicación que requiere una respuesta. Sin embargo, lo preferible es que la colaboración comience de manera preventiva, para evitar dicha cobertura. Establecer buenas relaciones con los interesados directos de los medios, por ejemplo, mediante su participación en la sensibilización, puede ayudar a crear una relación más cordial en la preparación para la formación o la elaboración de políticas sobre la presentación de informes de manera responsable y su monitoreo. La formación se puede impartir en momentos estratégicos, como durante el plan de estudios para profesionales de los medios de comunicación o al comienzo de los ciclos de reclutamiento establecidos. Las oportunidades de prestar mayor atención a la prevención del suicidio pueden aprovecharse para fomentar la colaboración, como en el Día Mundial para la Prevención del Suicidio o el Día Mundial de la Salud Mental.

## ¿QUIÉN?

Esta labor requiere la colaboración entre múltiples interesados directos. A nivel nacional, el liderazgo puede provenir de la colaboración entre el Ministerio de Salud y los ministerios relacionados con los medios de comunicación, los medios de comunicación nacionales, los reguladores de los medios de comunicación (p. ej., el ombudsman de la prensa) y las organizaciones de medios de comunicación internacionales, como las empresas de medios sociales. En la comunidad, el liderazgo puede provenir



© WHO / Mukhsindzhon Abidzhanov



### Recuadro 35. Premio Papageno de los medios de comunicación (Austria)

La difusión y la aplicación de las directrices sobre la cobertura del suicidio por parte de los medios de comunicación es un logro ejemplar en la prevención del suicidio, tanto a nivel nacional como internacional. Entretanto, también se ha demostrado que cierta manera de informar no solo previene los suicidios por imitación (el “efecto Werther”) sino que puede tener un efecto preventivo general del suicidio (el “efecto Papageno”). El efecto Papageno se refiere al personaje Papageno de la ópera de Mozart titulada *La flauta mágica*. En la ópera, Papageno logra vencer sus pensamientos suicidas iniciales con la ayuda de otros. En Austria, el Consejo de la Prensa de Austria estableció la información preventiva del suicidio en su código de ética en el 2012. Los artículos de los medios de comunicación que no se ajusten a la presentación responsable de información reciben amonestaciones del Consejo Nacional de la Prensa. Con el fin de seguir difundiendo las directrices de los medios y promover la información sobre la prevención del suicidio en Austria, en el 2019 el Ministerio Federal de Asuntos Sociales, Salud, Atención y Protección del Consumidor estableció el Premio Papageno de los medios de comunicación<sup>54</sup>, en cooperación con la Sociedad Austriaca para la Prevención del Suicidio, la Wiener Werkstätte para la Investigación del Suicidio y el Kriseninterventionszentrum. Cada año se selecciona un solo ganador de un grupo de periodistas profesionales de los medios impresos y digitales austriacos. Los artículos de los medios son evaluados por su tratamiento positivo del suicidio conforme a las directrices, así como por criterios periodísticos (p. ej., la calidad de la escritura en sí). La buena colaboración con los medios se ejemplifica en la selección del ganador, que es elegido por un jurado compuesto por cinco periodistas (nombrados por el Consejo de la Prensa, el Sindicato de Periodistas, Presseclub Concordia y la Asociación de Periódicos Austriacos) y cinco expertos en prevención del suicidio. Entre estos se encuentran expertos que han vivido de cerca el suicidio o han perdido a un ser querido por suicidio (nombrados por el consejo asesor del programa nacional de prevención del suicidio SUPRA de Austria, que otorga el Premio Papageno). El 10 de septiembre, el Ministro Federal otorgó el Premio Papageno 2020 por reportajes mediáticos preventivos del suicidio a la ganadora, Ursula Theirezbacher de la ORF (Corporación de Radiodifusión Austriaca), por su reportaje radiofónico sobre el suicidio en el *Journal Panorama*.

adicionalmente de los interesados directos en la prevención del suicidio (y que pueden tener experiencia o vínculos con la labor de los medios). Las ONG pueden influir en la interacción con los medios. Por ejemplo, los Samaritans (Reino Unido) y SAVE (Estados Unidos de América) han elaborado directrices para los medios y formación sobre la cobertura responsable del suicidio, además de proporcionar asesoramiento individual a los periodistas que informan sobre el suicidio<sup>51,52,53</sup>.

### ¿CÓMO?

#### 1. Convoque un grupo de trabajo (véase el recuadro 1, Introducción)

- Establezca el grupo (véase arriba ¿Quién?).

#### 2. Adquiera conocimientos acerca de la presentación actual de informes de los medios de comunicación y de sus marcos regulatorios

- Evalúe la presentación actual por parte de los medios de comunicación sobre el suicidio y determine ejemplos de información presentada de manera responsable y ejemplos de información presentada de manera problemática que requieran intervención.
- Determine las políticas existentes, la orientación o las

51 Guest Blog: Samaritans Media Advisory Service and guidelines. Londres: Independent Press Standards Organisation (<https://www.ipso.co.uk/news-press-releases/blog/guest-blog-samaritans-media-advisory-service-and-guidelines/>, consultado el 28 de enero del 2021).

52 Samaritans' media guidelines. Epsom: UK Samaritans (<https://www.samaritans.org/about-samaritans/media-guidelines/>, consultado el 28 de enero del 2021).

53 Journalist and media training. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) (<https://save.org/what-we-do/training/journalists-and-media/>, consultado el 28 de enero del 2021).

54 Premio Papageno a los medios de comunicación por la información sobre la prevención del suicidio. Viena: Ministerio Federal de Asuntos Sociales, Salud, Atención y Protección del Consumidor (<https://www.sozialministerium.at/Ministerium/Preise-und-Guetesiegel/Papageno-Medienpreis-fuer-suizidpraeventive-Berichterstattung.html>, consultado el 28 de enero del 2021).



oportunidades de formación sobre presentación de la información de manera responsable relativa al suicidio para los profesionales de los medios de comunicación (si no se han determinado ya en el análisis de la situación).

- Si no hay ninguna política específica disponible, determine si se requieren nuevas políticas, orientación o formación o si estas pueden integrarse en las prácticas existentes.
- Determine si existen reglamentos éticos para los medios de comunicación y si estos incluyen la presentación responsable de información sobre el suicidio. El organismo responsable de la reglamentación debe incluirse como un interesado directo clave.

### 3. Reúnase con organismos profesionales de los medios de comunicación

- Si no es posible reunirse con un organismo representativo nacional o regional, colabore con organizaciones de medios de comunicación individuales (como una empresa de radiodifusión o un periódico que trabaja en una zona local). Sin embargo, puede ser útil reunirse primero con múltiples medios de comunicación (locales) como grupo para fomentar un sentido de responsabilidad colectiva.
- Las empresas de medios de comunicación internacionales, como las redes sociales digitales, pueden incluirse como interesados directos junto con las organizaciones nacionales de medios. Tales empresas pueden requerir un acuerdo de colaboración separado, dependiendo de su condición jurídica en su país.

### 4. Exprese la importancia de la presentación responsable de información y hable de la labor de colaboración

- Asegúrese de que todos los interesados directos sean conscientes de que el objetivo de la colaboración es aplicar la intervención basada en la evidencia de la presentación responsable de información sobre el suicidio en los medios de comunicación.
- Un punto importante en torno al cual debe centrarse el análisis es el conocimiento acerca de los efectos contagiosos de la presentación sensacionalista de información sobre el suicidio.
- Asegúrese de que la información se adapte a los interesados directos de los medios y se base en la evidencia, por ejemplo, utilice los recursos existentes de la OMS (OMS, 2017; OMS, 2019a).

- Decida en qué esfera de los medios de comunicación va a centrarse, como el periodismo, el entretenimiento o las redes sociales.

### 5. Acuerde estrategias que se utilizarán para aumentar la presentación responsable de información sobre el suicidio; por ejemplo:

- Elabore políticas y directrices sobre la presentación responsable de información, además de un mecanismo de rendición de cuentas para monitorear y gestionar la presentación problemática de información.
- Colabore en la formación sostenible para los profesionales de los medios de comunicación o estudiantes de medios de comunicación que participan en cursos. Incluya las repercusiones de la cobertura sensacionalista de los medios sobre el suicidio y brinde orientación práctica relativa a la presentación responsable de información, el aumento de la cobertura de relatos positivos sobre cómo afrontar la situación y la inclusión de información sobre los recursos y dónde pueden buscar ayuda los lectores y los espectadores.
- Elabore un sistema de reconocimiento de las buenas prácticas (p. ej., nominando a personas u organizaciones para premios por excelencia existentes sobre la presentación de información o estableciendo nuevos planes de reconocimiento).
- Acuerde proporcionar recursos (p. ej., un kit de información de la prensa) o datos de contacto de expertos en prevención del suicidio para que los profesionales de los medios los utilicen cuando transmiten una noticia sobre el suicidio.
- En cuanto a las redes sociales, considere:
  - » políticas y mecanismos para gestionar el contenido creado por los usuarios en los medios sociales y digitales;
  - » vías de derivación o acceso a recursos específicos del contexto local de los usuarios.
- Entre otras consideraciones para mejorar la colaboración con los medios figuran:
  - » el uso de los medios en campañas y eventos de sensibilización y promoción (véase Sensibilización y promoción);
  - » el suministro de apoyo a los profesionales de los medios que pueden haberse visto afectados por el suicidio.



## 6. Acuerde un plan de acción

- Delinee los pasos que se deben tomar para elaborar y realizar cada actividad. Acuerde qué interesados directos serán responsables de llevar a cabo cada paso del plan de acción.
- Considere momentos estratégicos para aplicar diferentes acciones (p. ej., la formación podría ser parte de la capacitación inicial de nuevos empleados y los talleres de repaso podrían llevarse a cabo a intervalos regulares).
- Acuerde la cobertura de la labor. Por ejemplo, la cobertura puede ser nacional, regional o para un tipo de medio comunicación específico (p. ej., todas las noticias impresas) o para una sola empresa de medios (p. ej., una radiodifusora local).

## 7. Lleve a cabo las iniciativas y realice la evaluación

- Planifique con antelación cómo se evaluará la eficacia de cada iniciativa, utilizando indicadores de interés (p. ej., el cambio en la presentación sensacionalista o responsable de información sobre el suicidio) (véase Monitoreo y evaluación).
  - » Elabore un calendario para el examen periódico de la formación, las directrices y las políticas para asegurar que reflejen la investigación actualizada y la evidencia basada en la práctica.
- Aplique un proceso de monitoreo para recopilar información sobre la cobertura apropiada del suicidio y proporcione comentarios constructivos y oportunos sobre las descripciones nocivas.
- Las evaluaciones pueden difundirse entre los medios de comunicación más amplios para alentar una mayor adopción de las iniciativas y la aplicación de las enseñanzas extraídas.

## Recuadro 36. Éxitos y desafíos a la hora de implicar a los medios de comunicación (Malasia)

El Ministerio de Salud de Malasia organizó un seminario y un taller a nivel nacional para profesionales de los medios de comunicación durante el Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2004, que abordó la implicación de los medios de comunicación como asociados en la promoción de la prevención del suicidio. Esto condujo a la elaboración de las directrices de Malasia para la información presentada por los medios sobre el suicidio, que se actualizaron en el 2011. Sin embargo, un análisis de encuadre de los periódicos de Malasia pareció indicar una falta de adhesión a las directrices de los medios hasta el 2018 (Victor *et al.*, 2019). Por consiguiente, en los últimos dos años se han intensificado los esfuerzos en pro de la información responsable efectuados por organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e internacionales, como charlas públicas, entrevistas con los medios, talleres de desarrollo de capacidades e interacciones en las redes sociales. La participación de los interesados directos ha sido alentadora, aunque ha variado a nivel regional y nacional. Para hacer frente a esto, se han realizado esfuerzos para eliminar los compartimentos que existen entre los profesionales de la salud, las personas con experiencia directa, los profesionales de los medios, los académicos y los organismos reguladores de la industria. Se requieren evaluaciones adicionales para determinar el grado de aplicación de las directrices por parte de los medios y sus efectos en las conductas suicidas en Malasia.

## Recuadro 37. Directrices para los medios de comunicación (Trinidad y Tabago)

El suicidio es un problema importante de salud pública en Trinidad y Tabago. Como parte de una estrategia para reducir la tasa de suicidios en el país, el Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago, junto con la OPS/OMS, llevó a cabo un taller de sensibilización con representantes de los medios de comunicación locales. En el taller participaron periodistas, reporteros, editores, locutores de radio y blogueros, entre otros, en una conversación nacional sobre el papel de los medios en la prevención del suicidio. Durante el taller, los expertos compartieron evidencia sobre los efectos de los artículos responsables e irresponsables sobre los suicidios y compartieron buenas prácticas relativas a la cobertura de la cuestión por parte de los medios. Una productora de alto nivel dijo que el taller le había enseñado que los medios de comunicación no deben hacer suposiciones sobre la causa de la muerte, que se deben presentar los hechos, no especular, no recurrir al sensacionalismo, sino que se debe hacer saber a las personas que hay signos que indican una conducta suicida y ayudarles a detectar esos signos de alerta, y ofrecer asesoramiento sobre cómo pedir ayuda.



El Ministerio de Salud, con el apoyo de la OPS, elaboró directrices con 11 mejores prácticas para la cobertura responsable del suicidio y las autolesiones. El proyecto de documento fue objeto de varios exámenes por parte de los interesados directos, incluido un grupo internacional de expertos, para asegurar la coherencia con las mejores prácticas y evaluar la probabilidad de cumplimiento por parte de los medios. Las directrices se compartieron con los interesados directos pertinentes y se obtuvieron más comentarios antes de que se finalizaran y distribuyeran.

Para medir los efectos de las directrices, se elaboró un marco de monitoreo y evaluación para determinar la manera en que los medios se adherían a las directrices. Este instrumento evalúa el cumplimiento y detecta brechas y oportunidades para la elaboración ulterior. Califica todas las noticias relacionadas con el suicidio accesibles en línea (muertes, intentos de suicidio, autolesiones, artículos de prevención del suicidio, etc.) en función del número de directrices incumplidas y el número de datos útiles incluidos en la noticia, por ejemplo, el teléfono de asistencia para casos de suicidio y la estrategia de afrontamiento. Luego se contacta con los medios conforme a su puntuación, se les recuerdan las directrices y se les informa sobre recursos adicionales cuando es necesario.

Todavía no se ha realizado un estudio de investigación formal sobre los cambios que han ocurrido desde que se distribuyeron las directrices. Sin embargo, se ha observado un cambio notable en el tono de la información, en especial respecto de la colocación de las noticias y la omisión de los detalles más explícitos del suicidio. Se ha previsto realizar un examen amplio para evaluar los cambios cualitativos y cuantitativos que se han producido desde que se dispone de las directrices. Esto es necesario para evaluar las directrices. La combinación de suicidio extendido plantea un desafío ya que sigue atrayendo la publicación ocasional de información irresponsable.



## CONSEJOS PARA LA APLICACIÓN

**Cuadro 12. Consejos para la aplicación de la interacción de VIVIR LA VIDA con los medios de comunicación**

Cuestiones	Consejos
Los titulares sensacionalistas benefician a los medios de comunicación, lo que resulta en una falta de adhesión a las directrices acordadas para la presentación responsable de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implice a los interesados directos en conversaciones colaborativas y no punitivas en torno a las consecuencias y responsabilidades éticas relativas a la información sobre el suicidio.</li> <li>• Haga hincapié en la evidencia que vincula a la información presentada con el suicidio.</li> <li>• Destaque el hecho de que la audiencia prefiere la información desprovista de sensacionalismo y la que da a conocer lo que dicen las personas con experiencia directa (incluida la comunidad de medios de comunicación). Ofrezca ejemplos de la participación de personas de alto perfil que relatan sus historias de recuperación satisfactoria de los problemas de salud mental o de pensamientos suicidas.</li> </ul>
Falta de apoyo estructural para la presentación responsable de información (p. ej., plazos cortos; cambios realizados después de la edición)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implice a profesionales de los medios de comunicación en todos los niveles de la organización, incluidos los que ocupan cargos gerenciales y editoriales.</li> <li>• Fomente la participación de paladines para la prevención del suicidio en los medios de comunicación (p. ej., periodistas con experiencia directa).</li> <li>• Fortalezca el monitoreo de la presentación responsable de información y examine la regulación con los interesados directos pertinentes.</li> </ul>
Colaboración limitada entre diferentes interesados directos, en particular cuando los que trabajan con fines de lucro pueden competir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reúnase periódicamente para mantener relaciones y fomentar un sentido de responsabilidad colectiva. Establezca canales de comunicación entre los diferentes interesados directos entre una reunión y otra.</li> <li>• Una vez que se han establecido buenas prácticas en una organización, utilice los puntos de aprendizaje para fomentar iniciativas en otras organizaciones destinatarias.</li> </ul>
Dificultades para reglamentar el contenido generado públicamente (p. ej., en las redes sociales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabaje con las empresas de redes sociales para aumentar su sensibilización y elaborar o mejorar los protocolos para detectar y eliminar contenidos nocivos.</li> <li>• Establezca mecanismos para la información pública de contenidos nocivos (como Stigma Watch<sup>55</sup>).</li> </ul>

55 StigmaWatch, Sane Australia (<https://www.sane.org/get-involved/stigmawatch>, consultado el 28 de enero del 2021).



© WHO / Tania Habjouqa



## Desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes

### ¿QUÉ?

Para la prevención del suicidio entre los adolescentes, las directrices de la OMS destinadas a ayudar a los adolescentes a prosperar (*Helping adolescents thrive (HAT)*) (OMS, 2020) y el conjunto de intervenciones costo-eficaces para la salud mental (OMS, 2021) recomiendan la aplicación del desarrollo de aptitudes socioemocionales para la vida en las escuelas. Las directrices incluyen cursos de sensibilización en materia de salud mental (es decir, la instrucción sobre la salud mental) y formación sobre aptitudes (como la solución de problemas y la manera de hacer frente al estrés). En lugar de centrarse explícitamente en el suicidio, se recomienda que los programas empleen un enfoque positivo de salud mental<sup>56</sup>.

Para fortalecer la aplicación de programas de aptitudes socioemocionales para la vida basados en la evidencia en las escuelas, se pueden considerar esferas de trabajo complementarias, tales como:

- Impartir capacitación al personal docente sobre cómo crear un entorno escolar de apoyo, cómo reconocer los factores de riesgo y las señales de alerta de la conducta suicida, cómo prestar apoyo a los jóvenes que afligidos y cómo derivarlos de manera colaborativa para que reciban apoyo adicional.
- Facilitar un entorno escolar seguro (p. ej., programas contra el acoso escolar, iniciativas para aumentar la conexión social, capacitación del personal sobre la creación de un entorno de

apoyo).

- Establecer y fortalecer enlaces a servicios de apoyo externos y proporcionar esta información a los estudiantes.
- Establecer apoyo específico para los estudiantes en riesgo, como los que han intentado suicidarse previamente, han perdido a un ser querido por suicidio o provienen de grupos en riesgo de suicidio (p. ej., debido a su orientación sexual o por formar parte de la minoría de género);
- Establecer una política y protocolos claros para el personal cuando se detecte el riesgo de suicidio; para dar a conocer un intento de suicidio o un suicidio entre el personal o los estudiantes; y para apoyar a un estudiante para que regrese a la escuela después de un intento de suicidio.
- Promover la salud mental del personal. Incluir la formación para su propia salud mental y acceso a servicios de apoyo.
- Implicar a los padres para aumentar su sensibilización acerca de la salud mental y los factores de riesgo.
- Informar sobre el uso saludable de Internet y de las redes sociales (p. ej., el uso seguro de Internet; utilizar las redes sociales para generar un apoyo social saludable; y reconocer actividades en línea malsanas, como el acoso escolar, y responder a ellas.
- Elaborar iniciativas para atender otros factores de riesgo para los jóvenes (p. ej., violencia parental, trauma familiar y abuso de sustancias).

<sup>56</sup> Un enfoque positivo de salud mental implica un enfoque en promover las fortalezas y habilidades de los estudiantes, y ayudarlos a desarrollar nuevas aptitudes para mejorar el bienestar mental general, en lugar de centrarse específicamente en el suicidio.



### Recuadro 38. Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar (Helping adolescents thrive [HAT]) de la Organización Mundial de la Salud

Las directrices de la OMS para ayudar a los adolescentes a prosperar (HAT) (OMS, 2020) proporcionan recomendaciones basadas en la evidencia sobre intervenciones psicosociales encaminadas a promover la salud mental, prevenir los trastornos de salud mental y reducir las autolesiones y otros comportamientos de riesgo entre los adolescentes. Las directrices están diseñadas para difundirse mediante diversas plataformas, como escuelas, atención social o de salud, la comunidad o medios digitales, y tienen por objeto servir de base para un conjunto de intervenciones, a saber, el conjunto de herramientas HAT. Este conjunto de herramientas se está elaborando para apoyar la puesta en práctica de las directrices HAT con miras a reunir un grupo básico de estrategias fundamentadas en la evidencia para apoyar los esfuerzos dirigidos a promover y proteger la salud mental de los adolescentes. El conjunto de herramientas HAT describirá los programas que muestran evidencia en cuanto a la promoción de la salud mental de los adolescentes o la reducción de los factores de riesgo de enfermedades mentales, abuso de sustancias y autolesiones. El conjunto de herramientas se centra en 1) mejorar las leyes y políticas; 2) mejorar los entornos escolares, comunitarios y en línea para promover y proteger la salud mental de los adolescentes; 3) apoyar a los cuidadores; y 4) mejorar las aptitudes psicológicas de los adolescentes. El conjunto de herramientas también remite a los usuarios a fuentes adicionales de información para las herramientas y experiencias de aplicación. En el 2021 estará disponible una serie de cómics del UNICEF y HAT de la OMS para mejorar el aprendizaje socioemocional de los jóvenes adolescentes en las escuelas, y una guía para maestros que la acompaña.

la adolescencia también marca un período de riesgo para la aparición de trastornos de salud mental, y la mitad de los casos ocurren antes de los 14 años. La adquisición de aptitudes socioemocionales asociadas con la salud mental positiva es la base del desarrollo de los jóvenes para convertirse en adultos mentalmente sanos (OMS, 2015; Sánchez Puerta *et al.*, 2016). El aumento de la instrucción sobre la salud mental puede ayudar a reducir el estigma y aumentar los conocimientos sobre la salud mental (Milin *et al.*, 2016), mientras que ayudar a los jóvenes a notar señales de alerta en sí mismos y en otros puede alentar la búsqueda de ayuda (Burns y Rapee, 2006). Dado que los entornos educativos son un punto de contacto principal para los jóvenes en muchos países, la aplicación de la prevención del suicidio en estos entornos es una forma viable de llegar a este grupo.

### ¿DÓNDE?

La coordinación de la formación sobre aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes en entornos educativos puede llevarse a cabo a nivel nacional o de distrito. Las actividades pueden ir desde un programa realizado en una escuela o una asociación de escuelas, en centros y actividades juveniles y en programas educativos para jóvenes desplazados, hasta inversiones a nivel nacional para introducir intervenciones de aptitudes socioemocionales para la vida en los planes de estudios. Cada vez hay más evidencia de que estos programas de aptitudes se están adaptando para su uso digital. Es recomendable realizar una prueba piloto en un distrito o en un conjunto más pequeño de escuelas antes de ampliar los programas.

### Recuadro 39. Aplicación basada en la evidencia para adolescentes aborígenes e isleños del estrecho de Torres australianos (Australia)

iBobbly<sup>57</sup> es una aplicación de autoayuda para el bienestar social y emocional diseñada con jóvenes y para jóvenes aborígenes e isleños del estrecho de Torres de 15 o más años. La aplicación utiliza estrategias de terapia de aceptación y compromiso y terapia cognitivo-conductual. iBobbly se probó por primera vez en un ensayo controlado aleatorizado en el que participaron 61 aborígenes de Kimberley (Australia Occidental) (Tighe *et al.*, 2017). Los usuarios

### ¿POR QUÉ?

La adolescencia (entre los 10 y los 19 años) es un período crítico para la adquisición de aptitudes socioemocionales que son la base para la salud y el bienestar posteriores. Sin embargo,

57 iBobbly. Black Dog Institute (Australia) (<https://www.blackdoginstitute.org.au/resources-support/digital-tools-apps/ibobbly/>, consultado el 28 de enero del 2021).



informaron de niveles considerablemente más bajos de depresión y angustia psicológica. iBobbly fue bien recibida por las personas que la probaron y los comentarios de los usuarios fueron positivos (Tighe *et al.*, 2020). Un segundo ensayo a gran escala concluyó en agosto del 2019 e incluyó seis lugares en toda Australia y a más de 400 participantes. Los resultados preliminares fueron positivos. Es importante destacar que los miembros de la comunidad de aborígenes e isleños del estrecho de Torres dan forma a todo lo que se ve, se escucha y se experimenta en la aplicación para asegurar que iBobbly se fundamente en la cultura y sea segura. La mayoría de las obras de arte incorporadas en la aplicación iBobbly fueron diseñadas por artistas locales. El lenguaje utilizado en ella se eligió en consulta con los jóvenes, y se incorporaron otras sugerencias sobre el tipo de lenguaje al que responderían los jóvenes. Además, la mayor parte del doblaje de voz fue grabado por una agencia de comunicación aborígena. iBobbly se elaboró en estrecha coordinación con los aborígenes locales y los aborígenes e isleños del estrecho de Torres australianos y fue guiada por un grupo asesor para fundamentar y configurar la actividad del proyecto asociada con la implementación y la garantía de la calidad de la aplicación iBobbly. El grupo se asegura de que iBobbly siga cumpliendo las normas culturales y sea fundamentada, configurada y dirigida por las personas para quienes está diseñada la aplicación: los aborígenes e isleños del estrecho de Torres.

## ¿CUÁNDO?

Antes de comenzar las iniciativas, deben establecerse rutas asistenciales que tengan capacidad para apoyar a los jóvenes (como los servicios de salud mental para niños y adolescentes) entre las escuelas y los servicios locales de salud y protección social. La aplicación de la formación puede ser motivada por factores temporales, como la impartición de programas de aptitudes antes de los períodos de alto estrés (como los exámenes). Sin embargo, no es aconsejable iniciar actividades de prevención del suicidio inmediatamente después de un suicidio (aunque debe disponerse de apoyo psicosocial y proporcionarse a los miembros de la escuela).

## ¿QUIÉN?

La prevención del suicidio en la escuela funciona mejor cuando hay colaboración entre múltiples interesados directos. El liderazgo puede provenir de la colaboración entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación. En la comunidad, el liderazgo puede provenir de escuelas u organizaciones individuales que tengan un interés especial en la prevención del suicidio o el bienestar de los jóvenes. Para una aplicación óptima, es importante considerar el apoyo de los políticos locales, las escuelas, el personal (incluidos los maestros y los consejeros y enfermeras escolares), los padres y cuidadores, los servicios locales de salud y protección o las organizaciones que trabajan con jóvenes (p. ej., deportes o grupos de jóvenes). Es importante involucrar a los jóvenes en el diseño de los programas de prevención escolares. Los jóvenes están en buena situación para asesorar sobre la mejor manera de implicar a sus compañeros y detectar los factores de riesgo específicos de su comunidad.

## ¿CÓMO?

### 1. Convoque un grupo de trabajo para planificar y aplicar programas escolares (véase el recuadro 1, Introducción)

- Establezca el grupo (véase arriba ¿Quién?).
- Antes de llevar a cabo el programa, asegúrese de que las escuelas cuenten con un plan de acción adecuado para apoyar a los estudiantes y con vínculos adecuados con los servicios de salud mental a los que puedan derivar a los estudiantes en riesgo. Asegúrese de que el personal de la escuela esté al tanto de estos procesos y se sienta seguro y competente para llevarlos a cabo.
- Planifique aplicar la labor en una zona seleccionada o seleccione un número de escuelas para someterla a prueba antes de la ampliación.

### 2. Seleccione una intervención basada en la evidencia para los jóvenes

- Debe contarse con la participación de un experto en salud mental y prevención del suicidio de los jóvenes para asegurar que los programas seleccionados se basen en la evidencia.
- Determine qué programa se ajustará a las necesidades de la población, la comunidad o la escuela destinatarias; esto dependerá de las necesidades de los jóvenes, además de los recursos disponibles. Si se necesita apoyo para determinar un programa basado en la evidencia,



se recomienda al grupo de trabajo que consulte a un experto en investigación, a un organismo especializado en la prevención del suicidio o a una persona familiarizada con esta esfera de conocimientos.

- Debe darse preferencia a los programas previamente evaluados que indiquen qué recursos se necesitan para la aplicación y sus puntos fuertes y sus limitaciones.
- Adapte el programa al grupo de población destinatario, ya que puede haber diferencias culturales en las actitudes de los estudiantes respecto del suicidio, o en la forma en que estos manifiestan las señales de alerta y los comportamientos de búsqueda de ayuda, en comparación con el programa original.
- Busque asesoramiento del encargado de la elaboración de un programa sobre la mejor manera de realizar adaptaciones sin reducir la eficacia, o detectar otras zonas o escuelas que tengan una población estudiantil similar que ya hayan adaptado un programa satisfactoriamente.

### 3. Acuerde un plan de acción y un plan para los recursos necesarios

- Planifique los recursos humanos y el desarrollo de capacidades necesarios para la aplicación (p. ej., la necesidad de capacitar a un facilitador o al personal escolar).
- Determine quién impartirá el programa (p. ej., prestadores de servicios de salud mental, personal de bienestar escolar y prestadores de servicios de salud). Asegúrese de que se organice un mecanismo de supervisión entre las escuelas y los servicios de salud mental locales.

También puede haber oportunidades para involucrar a los compañeros de los jóvenes o a los padres.

- Determine el cronograma con el que se llevará a cabo cada acción. Considere cuándo será más eficaz aplicar el programa y con qué frecuencia se repetirá.
- Establezca una fecha para reunirse de nuevo periódicamente a fin de examinar el progreso y decidir acerca de nuevas acciones.

### 4. Elabore un plan de evaluación

- Planifique con antelación cómo se evaluará la eficacia del programa (véase Monitoreo y evaluación). La orientación puede extraerse de los procesos de validación existentes que provienen de quienes han elaborado el programa y puede incluir:
  - » cuestionarios previos y posteriores al programa relativos a los conocimientos y las actitudes respecto de la salud mental y el suicidio y las medidas de autoestima y otras aptitudes;
  - » los efectos en la conducta suicida;
  - » comentarios de los estudiantes y el personal sobre sus experiencias y opiniones relativas al programa y sus recursos.
- Utilice las enseñanzas extraídas para fundamentar cualquier cambio de cara a la futura aplicación del programa.
- Establezca un plan para ampliar la intervención (p. ej., a un mayor número de estudiantes dentro de una escuela en particular, en otro distrito o en todas las escuelas del país).

## Recuadro 40. Jóvenes conscientes de la salud mental (YAM), desde la investigación hasta la aplicación (Suecia)

Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) fue un proyecto de investigación elaborado para evaluar tres programas escolares para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio. El ensayo controlado aleatorizado se realizó con 11.110 adolescentes de 168 escuelas seleccionadas al azar en 10 países de la Unión Europea. El estudio SEYLE reveló que el programa Youth Aware of Mental Health (YAM) logró mejorar notablemente la salud mental de los jóvenes en comparación con los otros dos programas y el grupo testigo. En comparación con el grupo testigo, los jóvenes que participaron en el programa YAM registraron una disminución del 50% en los nuevos intentos de suicidio y las ideas de suicidio gravemente obsesivas (Wasserman *et al.*, 2015), mientras que los nuevos casos de depresión moderada y grave se redujeron en cerca del 30%.

El programa de cinco horas de YAM, impartido por un instructor especialmente capacitado y un ayudante durante tres semanas, brinda a los jóvenes en su aula un espacio seguro y sin prejuicios para explorar temas de salud mental. El énfasis se hace en la empatía hacia las experiencias de los demás y el apoyo de los compañeros, al tiempo que se empodera a los jóvenes para



que reflexionen sobre sus propias necesidades de salud mental (Wasserman *et al.*, 2018). Las actividades de escenificación de papeles se respaldan con una charla interactiva dada por un instructor, folletos sobre el tema entregados a cada participante y carteles colgados en las paredes del aula que proporcionan información que incluye datos para contactar con los servicios locales de atención de salud y apoyo para los jóvenes.

En entrevistas realizadas después del programa YAM, los jóvenes han expresado que se sienten más seguros para apoyar a un amigo necesitado. También indican que utilizan aptitudes y estrategias adquiridas durante el programa para ayudarlos a superar eventos vitales adversos. Tal vez lo más importante es que el programa YAM ayuda a los jóvenes a reconocer la necesidad de contar con apoyo a medida que se les presentan desafíos. Para responder a esta necesidad se les brinda información sobre las opciones locales de atención de salud física y mental, como también sobre las organizaciones que atienden a los jóvenes en sus comunidades.

El programa YAM es una intervención escolar novedosa, efectiva y eficaz en función de los costos (Ahern *et al.*, 2018) para la prevención del suicidio que mejora las aptitudes de afrontamiento, aumenta la empatía, el comportamiento de búsqueda de ayuda y la ayuda entre compañeros, y fomenta un clima positivo en el aula. Ha sido adoptado por países de todo el mundo. Mental Health in Mind International, empresa de investigación y desarrollo creada con el apoyo de Karolinska Institutet Innovations, está aplicando los resultados del proyecto SEYLE. Los programas actuales de aplicación y evaluación se están llevando a cabo en Europa (Austria, Francia, Noruega, Reino Unido, Suecia), Australia, los Estados Unidos y la India. Hasta la fecha, más de 100.000 estudiantes de todo el mundo han participado en el programa YAM.

Los factores que han sido fundamentales para la aplicación del programa YAM incluyen: 1) se ha elaborado un paquete fácilmente disponible para aplicar el programa y los encargados de elaborar la intervención ofrecen su colaboración con nuevos sitios, que incluye formación y medidas garantía de la calidad; 2) todos los sitios que aplican el programa cuentan con infraestructura para permitir la supervisión y la formación continua; 3) existen protocolos para la traducción y la adaptación cultural del programa; 4) el proceso es participativo y siempre incluye a los jóvenes; 5) se proporciona asesoramiento para apoyar a los sitios en cuanto a la obtención de fondos para la aplicación; y 6) el programa funciona mejor cuando las personas se comprometen y se dedican a aplicar la prevención del suicidio con el desarrollo de las aptitudes de los jóvenes en el programa YAM.



## CONSEJOS PARA LA APLICACIÓN

**Cuadro 13. Consejos para la aplicación del desarrollo de aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes**

Cuestiones	Consejos
<p>Renuencia a abordar la salud mental entre otros temas en la escuela; renuencia (de líderes, escuelas, padres o cuidadores) a hablar con los jóvenes acerca de problemas de salud mental, aflicción emocional y conductas suicidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabaje en estrecha colaboración con el sector educativo y comunique la necesidad de llevar a cabo actividades de prevención y de impartir formación sobre aptitudes emocionales y para la vida, dado el riesgo de suicidio en los grupos de edad más jóvenes; imparta formación relativa a las actividades de guardianes para los maestros; proporcione sensibilización o formación para los representantes de los padres o cuidadores en la comunidad; incluya positivamente a los jóvenes en el diseño de todo programa de prevención.</li> <li>• Recuerde a los maestros o cuidadores que hablar sobre el suicidio con los jóvenes no hará que aumente el riesgo de suicidio, sino que hará que los jóvenes puedan sentirse más capaces de recurrir a ellos para obtener apoyo cuando lo necesiten.</li> <li>• Cuando la renuencia puede deberse a la experiencia previa con el suicidio en una escuela, es importante que los afectados reciban el apoyo adecuado (como asesoramiento de posvención) y que se fomente con sensibilidad la labor de prevención para evitar incidentes futuros.</li> <li>• Implice a paladines o celebridades para fomentar la participación.</li> </ul>
<p>Resistencia del personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es esencial asegurar el bienestar del personal antes de iniciar los programas para estudiantes, de modo que esté en condiciones de apoyar a las personas en riesgo. Esto implicará proporcionar un entorno escolar seguro en el que se aliente al personal a acceder al apoyo y en el que este cuente con la formación adecuada para que se sienta más seguro al comunicarse con estudiantes afligidos y al gestionar los riesgos.</li> <li>• También es importante asegurar una buena colaboración intersectorial para los estudiantes que requieren servicios o apoyo fuera del entorno escolar.</li> </ul>
<p>Falta de tiempo y recursos para la planificación y la aplicación, o estos no se consideran una prioridad en comparación con las clases académicas tradicionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los programas de prevención pueden integrarse en las iniciativas escolares existentes (p. ej., clases sobre salud u otros programas de salud) o en programas de liderazgo entre compañeros.</li> <li>• Los eventos existentes en el calendario escolar pueden brindar una buena oportunidad para poner en marcha programas de prevención, como semanas escolares saludables y días o semanas de sensibilización sobre la salud mental.</li> </ul>



## Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas

### ¿QUÉ?

La detección oportuna, la evaluación, la gestión y el seguimiento aseguran que las personas en riesgo de suicidio, o que han intentado suicidarse, reciban el apoyo y la atención que necesitan. Los sistemas de salud deben incorporar la prevención del suicidio como un componente básico para intervenir a tiempo cuando se detecta a las personas en riesgo de suicidio. Los trabajadores de la salud deben recibir formación sobre la detección oportuna, la evaluación, la gestión y el seguimiento (OMS, 2019b). Los agentes ajenos al sector de la salud que entran en contacto con personas en riesgo (p. ej., en la comunidad) deben ser competentes en materia de detección oportuna y seguimiento. Los sistemas de atención de salud deben coordinar las rutas asistenciales para la derivación de las personas a fin de que reciban apoyo de seguimiento en la comunidad o atención especializada en salud mental. Las personas en riesgo pueden experimentar factores de riesgo y necesidades de atención que el sector de la salud por sí solo no puede atender. Por ejemplo, una persona puede necesitar apoyo para acceder a empleo o a oportunidades financieras, que están fuera del apoyo que brinda el sistema de salud. Del mismo modo, en el ejemplo de Japón, las personas que acuden al departamento de bienestar social cuando tienen dificultades financieras son remitidas automáticamente al sector de la salud para que reciban asistencia simultánea.

Se debe disponer de apoyo de posvención<sup>58</sup> para las personas que han intentado suicidarse y que han perdido a un ser querido por suicidio. Además del apoyo prestado por los servicios de salud, el seguimiento dirigido por la comunidad puede referirse a los grupos de sobrevivientes de personas que han perdido a un ser querido por suicidio (OMS, 2008b), grupos de autoayuda facilitados por personas con experiencia directa o servicios voluntarios<sup>59</sup>. Los servicios para casos de crisis, como equipos comunitarios de manejo de crisis o líneas telefónica de apoyo para las personas en crisis, también deben estar disponibles para brindar apoyo inmediato a las personas gravemente afligidas (OMS, 2018c).

### ¿POR QUÉ?

Actualmente, los sistemas de salud no atienden las necesidades de salud mental de sus poblaciones, y la escasez y la distribución desigual de los servicios significan que muchas personas no reciben la atención que necesitan (OMS, 2018b). Es esencial tener como objetivo la cobertura universal de salud para asegurar que todas las personas puedan acceder a una atención de calidad.<sup>60,61</sup> La implementación de las recomendaciones de los servicios de salud mental, incluidas la prestación de atención las 24 horas en casos de crisis, las políticas locales para pacientes con diagnósticos duales y la provisión de exámenes

58 La posvención se refiere a una intervención realizada después de un intento de suicidio o un suicidio.

59 Befrienders Worldwide (<https://www.befrienders.org/>, consultado el 28 de enero del 2021).

60 Cobertura sanitaria universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1), consultado el 19 de febrero del 2021).

61 WHO QualityRights initiative. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>, consultado el 28 de enero del 2021).



#### Recuadro 41. Manejo de casos de personas que han intentado suicidarse (República de Corea)<sup>4</sup>

En la República de Corea, el manejo de casos se implementó en el 2013 para las personas que intentan suicidarse y que acuden a los departamentos de emergencia, con el apoyo del gobierno central. El Plan nacional de Acción para la Prevención del Suicidio, que los ministerios gubernamentales competentes pusieron en marcha en enero del 2018, presenta acciones específicas para fortalecer el asesoramiento y la gestión del seguimiento de aquellas personas que intentan suicidarse. El manejo en el departamento de urgencias de los casos después de un intento de suicidio comenzó en 25 lugares en el 2013, se había ampliado a 85 lugares en el 2020 y continuará su ampliación. Los encargados del manejo de casos, que se ponen en contacto con los pacientes dentro de un plazo de 24 horas desde su presentación en el departamento de urgencias por intento de suicidio, llevan a cabo reuniones semanales para analizar todos los casos activos. Todos los hospitales son objeto de supervisión y la evaluación del programa está en marcha.

multidisciplinarios después de un suicidio, se asoció con la reducción de las tasas de suicidio en los grupos de población clínicos a lo largo del tiempo en Inglaterra y Gales (While *et al.*, 2012). También hay margen para proporcionar gestión y seguimiento digital.

Dado que las personas que experimentan trastornos de salud física y mental corren un riesgo mayor de suicidio (OMS, 2018b; OMS, 2019b) y posiblemente ya estén en contacto con los servicios de salud, los trabajadores de la salud están en buenas condiciones para detectar a las personas en riesgo. Por lo tanto, los trabajadores de la salud deben estar capacitados para detectar, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de las personas en riesgo de suicidio y deben sentirse seguros para hacerlo. Después de tener contacto con los servicios de salud, las personas pueden sentirse aisladas y corren un riesgo considerablemente mayor de intentar suicidarse de nuevo. Por consiguiente, la atención de seguimiento rápida y sistemática es esencial, ya que se ha demostrado que reduce los suicidios y los intentos de suicidio después del alta (Goldman-Mellor *et al.*, 2019; Fontanella *et al.*, 2020). Las familias y los amigos afectados por el suicidio tam-

bién pueden correr riesgo y experimentar sentimientos de culpa, vergüenza y estigma que dificultan el acceso al apoyo social. Se debe proporcionar un seguimiento proactivo a este grupo.

### ¿DÓNDE?

Las iniciativas para promover la detección oportuna, la evaluación, la gestión y el seguimiento deben coordinarse a nivel nacional, pero también adaptarse a las necesidades de las comunidades locales. La aplicación debe ponerse a prueba en un solo servicio de salud o en los servicios de salud de distrito antes de su ampliación. Las actividades deben llevarse a cabo en todos los niveles de la atención de salud, en particular en el primer nivel de los servicios de atención primaria, que pueden ser la fuente principal de atención de salud (mental) en muchos países, y en las unidades de urgencias a las que las personas pueden acudir después de un intento de suicidio (que es un factor de riesgo importante para el suicidio).

### ¿CUÁNDO?

Antes de iniciar las actividades que pueden detectar a las personas en riesgo (como la formación de los trabajadores de la salud), ya deben haberse establecido rutas asistenciales para la gestión y el seguimiento. La formación de los trabajadores de la salud o de los agentes en la comunidad debe programarse estratégicamente (véase Desarrollo de capacidades).

### ¿QUIÉN?

El Ministerio de Salud debe liderar la labor con los servicios de salud locales, es decir, las actividades pueden dirigirse a departamentos o unidades de salud específicos que tengan probabilidades de entrar en contacto con personas en riesgo, como las que se ocupan de casos de emergencia, salud mental, trastornos por consumo de alcohol, dolor crónico o enfermedades crónicas. La labor requerirá la colaboración con los interesados directos de la comunidad que desempeñan un papel en la detección oportuna o el seguimiento (p. ej., atención social, bienestar social, educación, la policía y otros guardianes).



## ¿CÓMO?

### 1. Convoque un grupo de trabajo (véase el recuadro 1, Introducción)

- Establezca el grupo (véase arriba ¿Quién?).
- El grupo debe incluir personas que conozcan el sistema de salud local y los principios de salud pública, además de profesionales de salud que entiendan los desafíos en curso dentro del sistema.
- El grupo también puede incluir a personas de otros sectores (p. ej., policías, maestros, trabajadores de atención social) según las rutas asistenciales o el seguimiento en el contexto.

### 2. Localice los recursos actuales

- Localice los recursos (véase Análisis de la situación) dentro del sector de la salud y de otros sectores que están proporcionando detección oportuna, evaluación, gestión y seguimiento a las personas afectadas por el suicidio (p. ej., atención social, educación, poder judicial, grupos de usuarios de servicios).

### 3. Coordine las rutas asistenciales

- Organice rutas que permitan evaluar en los servicios de atención de salud a las personas que se ha determinado que corren riesgo y derivarlas para que reciban apoyo en la comunidad o en los servicios de atención especializada de salud mental (OMS, 2019b).
- Elabore documentación de derivación uniforme y acuerde rutas, procedimientos y normas para efectuar derivaciones entre todos los departamentos y sectores de la ruta asistencial.
- Apoye la elaboración de directrices claras que permitan que las personas que han sido denominadas de riesgo en otros sectores sean derivadas a los servicios de atención de salud para su evaluación, gestión y seguimiento.

### 4. Imparta formación a los trabajadores de la salud no especializados

- Desarrolle la capacidad de los trabajadores de la salud no especializados y comunitarios para que realicen el manejo de personas en riesgo de suicidio, efectúen derivaciones y se vinculen con especialistas y no espe-

cialistas que han recibido formación sobre la prevención del suicidio y sobre la realización de intervenciones psicológicas (véase Desarrollo de capacidades).

- Cuando se hayan detectado brechas en el análisis de la situación, elabore planes encaminados a prestar servicios locales adecuados para la intervención (incluida la gestión de crisis) y el seguimiento, utilizando fuentes de apoyo de la comunidad<sup>62</sup>.

### 5. Imparta formación a los guardianes y los interesados directos pertinentes para la detección oportuna y el seguimiento en la comunidad

- Esto debe incluir: 1) una sensibilización de las presentaciones comunes de las autolesiones y el suicidio con miras a detectar a las personas en riesgo; 2) los principios de evaluación y manejo de las autolesiones, incluidas las situaciones de crisis (p. ej., cómo preguntar acerca de las autolesiones; cómo reconocer las lesiones autoinfligidas o la autointoxicación); 3) intervenciones psicosociales (p. ej., proporcionar psicoeducación sobre el suicidio; la movilización de fuentes de apoyo social); y 4) la derivación a especialistas, y el seguimiento.

### 6. Monitoree, evalúe y amplíe (véase Monitoreo y evaluación)

- El monitoreo y la evaluación deben planificarse con antelación y llevarse a cabo junto con la aplicación.
- Elabore indicadores para monitorear el progreso utilizando mecanismos de recopilación de datos existentes en el sistema de salud cuando estén disponibles o mediante la creación de mecanismos adicionales. Los indicadores pueden incluir, por ejemplo: 1) proporción de instalaciones que no cuentan con especialistas capacitados en prevención del suicidio; 2) número de casos nuevos y de seguimiento; 3) número de derivaciones en cada establecimiento de salud; 4) resultados de los usuarios de los servicios y comentarios sobre las intervenciones y el apoyo (véase el anexo 3).
- Utilice las enseñanzas extraídas para mejorar la prestación de servicios y las rutas asistenciales, y planifique la ampliación.
- Utilice análisis de la situación adicionales para detectar cualquier brecha en los servicios y planifique la prestación adicional.

62 Manuales de capacitación de mhGAP de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/training\\_manuals/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/)), consultado el 28 de enero del 2021).



## Recuadro 42. Atención postratamiento específico para aborígenes (Australia)

Australia Meridional estableció el primer modelo de atención postratamiento específico para aborígenes de Australia proporcionado y diseñado junto con la comunidad aborígen local. En el 2017, la Red de Salud Primaria de Australia Meridional (CSA PHN) trabajó con el Black Dog Institute en varios foros comunitarios indígenas. Las consultas revelaron que las personas deseaban servicios de seguimiento para quienes salían del hospital después de una crisis de suicidio, por lo que se determinó que había una brecha en los servicios locales. Se estableció un grupo de trabajo aborígen en colaboración con la comunidad local, que incluía a personas con experiencia directa y representantes de la red local de salud y de la Organización de Salud Controlada por la Comunidad Aborígen (ACCHO). El grupo dedicó ocho meses a documentar el proceso de diseño y a elaborar un modelo, seguidos de cuatro meses de consulta con los interesados directos.

La CSA PHN encargó a la corporación aborígen de servicios de salud Pika Wiya de prestar el servicio de atención postratamiento a los aborígenes en el Puerto Augusta. La corporación contrató un equipo de atención postratamiento integrado por el jefe del equipo clínico, que es trabajador social, y dos trabajadores de la salud aborígenes. El equipo de atención postratamiento forma parte del equipo de bienestar social y emocional (SEWB) y cuenta con el apoyo interno de un psicólogo y un psiquiatra visitante.

El proyecto ha producido dos conjuntos de directrices: para su uso en el departamento de urgencias y para el equipo de salud mental comunitario. Estos constituyen el diseño de los servicios de atención postratamiento aborígen y las directrices para la atención integrada de las crisis y el seguimiento relacionados con el suicidio. Cada uno ofrece un enfoque amplio por etapas para mantener el contacto a través del ingreso y después del alta con una combinación de enfoques psicosociales, clínicos y curativos que se centran especialmente en la familia y la comunidad.

Un resultado positivo inesperado ha sido una mayor colaboración entre los trabajadores clínicos y culturales en toda la gama de servicios de salud mental. Los planes y derivaciones de salud mental supervisados por el psiquiatra visitante ahora suelen incluir una recomendación para la curación junto con otros tipos de apoyo. Los trabajadores de atención postratamiento han sido invitados a participar en la curación tradicional con ngangkari (definido como un practicante indígena de la medicina herbolaria). Del mismo modo, se informa de que el personal hospitalario de salud mental se siente más cómodo cuando deriva a las personas después del alta a los servicios de bienestar social y emocional y a los servicios de médicos generales sabiendo que estos servicios pueden aprovechar la experiencia del equipo de atención postratamiento. La gestión clínica en curso, incluido el apoyo relativo a los medicamentos, corresponde ahora al servicio de salud Pika Wiya y no al hospital, por lo que se siguen desarrollando capacidades dentro del servicio de salud.

El servicio de atención postratamiento también está colaborando con servicios establecidos de posvención que incluyen el Servicio Nacional de Respuesta Crítica Indígena y el servicio de Beyond Blue, The Way Back.



### Recuadro 43. Ampliación de los servicios de salud mental y prevención del suicidio (República Islámica del Irán)

La integración de los servicios de salud mental en la atención primaria de salud en la República Islámica del Irán 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 temprano de la depresión y otros trastornos de salud mental (que se asocian con el suicidio) se buscan 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. Los trabajadores de la salud general polifacéticos realizan exámenes iniciales para detectar cualquier problema de salud mental de acuerdo con el grupo etario del cliente y en paralelo con la evaluación en otros aspectos de la salud. Si el resultado del examen es positivo, el cliente es evaluado respecto de las ideas de suicidio o antecedentes de intento de suicidio y, si se detecta que tiene algún riesgo de suicidio, se derivará al médico general para una evaluación adicional.

De acuerdo con la evaluación de riesgos efectuada por el médico general y el juicio clínico, los pacientes se derivan al hospital más cercano si se considera que corren alto riesgo. Un proceso de trabajo elaborado previamente sirve de guía al médico general cuando se trata de pacientes que no cooperan. Respecto de las personas en bajo riesgo, el médico general inicia el manejo conforme a la guía de salud mental para el manejo de trastornos mentales en la atención primaria de salud. Si se necesita una consulta con un especialista en cualquier etapa, el paciente es remitido al psiquiatra local.

Todos los pacientes suicidas son derivados a psicólogos clínicos que trabajan en centros de salud urbanos. Los pacientes reciben simultáneamente seguimiento telefónico, psicoeducación e intervenciones psicológicas breves junto con otros módulos de tratamiento si han sido derivados al hospital o al psiquiatra. En otro nivel, los pacientes hospitalizados tras un intento de suicidio también son derivados a centros de salud cuando se les da el alta para colocarlos en este ciclo.

También se han elaborado paquetes de servicios de seguimiento para apoyar a los sobrevivientes (personas que han perdido a un ser querido por suicidio) y se capacitará a psicólogos clínicos para que presten este servicio de posvención. El desarrollo de capacidades para la prestación de esos servicios se basa en la formación previa al servicio obligatoria y en sesiones de formación de refuerzo en el servicio para todos los prestadores de servicios. El Programa Nacional de Prevención del Suicidio del Ministerio de Salud y Educación Médica tiene seis objetivos estratégicos. El programa ha estado funcionando oficialmente desde el 2005 y se aplicó en el 2018 después de recibir comentarios de consultores nacionales e internacionales.



© WHO/ Yoshi Shimizu



## CONSEJOS PARA LA APLICACIÓN

**Cuadro 14. Consejos para la aplicación de la detección oportuna, la evaluación, la gestión y el seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas**

Cuestiones	Soluciones
La prevención del suicidio no es una prioridad de salud pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abogue por la prevención del suicidio con los responsables de formular políticas y sensibilice a la comunidad. Busque defensores de otros sectores (p. ej., de la educación) y fortalezca los grupos defensores para que sean líderes en la prevención del suicidio en la comunidad.</li> <li>Proporcione evidencia de la eficiencia y la eficacia en función de los costos de la prevención del suicidio.</li> </ul>
Los recursos disponibles son limitados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabaje con los responsables de formular políticas a nivel regional y nacional en la reasignación de presupuestos.</li> <li>Utilice un modelo de formación en cascada (formación de instructores) para maximizar el número de trabajadores capacitados que luego pueden capacitar a otros y compartir conocimientos y aptitudes. Facilite el desarrollo de recursos comunitarios como grupos de autoayuda y de sobrevivientes.</li> </ul>
Falta de confianza o conocimientos respecto de la gestión del riesgo de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegúrese de que se imparta formación adecuada sobre qué hacer después de detectar el riesgo de suicidio (tanto la gestión del riesgo inminente como la derivación a los servicios de asistencia).</li> <li>Elabore políticas claras y orientación paso a paso para el manejo y la asistencia, y asegúrese de que sea fácil disponer de estos para derivar a las personas.</li> </ul>
Personas en riesgo cuyo acceso es difícil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amplíe la sensibilización y el desarrollo de capacidades para llegar a diversos sectores que pueden estar en contacto con comunidades de difícil acceso.</li> <li>Asegúrese de que el personal general de atención de salud (p. ej., médicos generales, agentes comunitarios de salud) y el personal de otras disciplinas (p. ej., policías y maestros) reciban formación para detectar a las personas en riesgo.</li> </ul>

# Anexo 1. Sectores e interesados directos de la prevención del suicidio

## Sectores gubernamentales:

- Ministerio de Salud;
- Ministerios de Agricultura, de Educación, del Poder Judicial, de Trabajo y Empleo, de los Medios de Comunicación, de Asuntos de las Minorías, de Planificación y Desarrollo, de Asuntos Sociales y Bienestar, de Transporte, de los Jóvenes y de Defensa;
- políticos, parlamentarios o representantes;
- gobiernos locales, encargados de tomar decisiones a nivel local;
- responsables de formular políticas y personalidades influyentes.

## Interesados directos (personas y organizaciones):

- **Todos**
- personas que han vivido la experiencia del suicidio;
- organizaciones de usuarios de servicios de salud mental;
- trabajadores de la salud mental y general, responsables de la promoción de la salud, autoridades administrativas de salud, servicios relacionados con el abuso de sustancias, trabajadores sociales, servicios de desarrollo comunitario;
- maestros, personal docente, profesionales que trabajan con jóvenes, escuelas, clubes de jóvenes y centros juveniles;
- policías, bomberos, personal de ambulancias y paramédicos;
- personas que trabajan con adultos mayores, prestadores de atención de salud, hogares de ancianos, centros diurnos;
- líderes religiosos o espirituales, organizaciones, lugares comunitarios de culto y reunión;
- curanderos tradicionales o ancianos de la comunidad;
- medios de comunicación (prensa, televisión y cine, web y medios sociales), periodistas, asociaciones de periodistas;
- servicios relacionados con la violencia de género, servicios de protección de la infancia;
- grupos de orientación sexual e identidad de género;
- minoristas relacionados con el riesgo o los medios de suicidio, como farmacéuticos, bármans, minoristas de bebidas alcohólicas
- lugares de trabajo, sindicatos, asociaciones profesionales, sectores de salud ocupacional, líderes empresariales;
- personas que trabajan en oficinas de desempleo, centros de empleo, servicios de bienestar social;
- militares;
- servicios seguros como los pabellones de hospitalización de salud mental y prisiones;
- servicios financieros, servicios de cobro de deudas, servicios de pensiones;
- ONG, incluidos los grupos internacionales o las organizaciones benéficas que se ocupan del bienestar y la asistencia social o que prestan servicios a las personas vulnerables;
- la comunidad científica, expertos académicos;
- celebridades e influyentes; y
- muchos más, como se indica a lo largo de la guía.

# Anexo 2. Ejemplos adicionales de países

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

### Recuadro 44. Sistema de análisis de datos y percepciones (Australia)

Uno de los principales desafíos que obstaculizan la labor de prevención del suicidio en Australia ha sido la falta de información detallada sobre la magnitud y el alcance del problema. En colaboración con la Universidad Nacional de Australia y SAS (empresa de programas informáticos), el Black Dog Institute sigue elaborando el sistema de análisis de datos y percepciones para obtener conocimientos y ayudar a las comunidades locales a elaborar iniciativas de prevención del suicidio más específicas y basadas en la evidencia. El sistema se está aplicando actualmente como parte de los ensayos de LifeSpan del Black Dog Institute.

Entre los componentes del sistema figuran los siguientes:

#### **Informes analíticos de datos sobre el suicidio**

Las auditorías de zonas geográficas se utilizan para monitorear tendencias, detectar grupos de alto riesgo vulnerables al suicidio y fundamentar la elaboración y la aplicación de estrategias locales para reducir a un mínimo el riesgo. Estos informes presentan datos específicos de la región de una manera que tiene repercusiones importantes para traducir las conclusiones en resultados prácticos.

#### **Análisis geoespacial**

Las auditorías y el sistema de inteligencia pueden visualizar las fuentes de datos y mostrar la importancia de la resolución espacial. La visualización de datos de manera geoespacial ayuda a representar dónde se están produciendo concentraciones de muertes por suicidio en las zonas geográficas. Este análisis permite a los encargados de la toma de decisiones tomar en mayor consideración factores como las ventajas y desventajas sociales y económicas, la disponibilidad de servicios y las ubicaciones específicas de las zonas críticas.

#### **Restricción de medios**

La restricción de medios es una de las estrategias más eficaces para reducir el suicidio. El sistema ayuda a determinar si hay patrones respecto de los métodos y su disponibilidad, y variaciones en la distribución geoespacial que podrían ayudar a fundamentar una estrategia de restricción de medios específica para una región y determinar actividades e intervenciones concretas de restricción de medios basadas en las necesidades locales.

#### **Atlas de recursos**

El atlas de recursos LifeSpan es un recurso interactivo en línea que los investigadores y los responsables de formular políticas pueden utilizar para crear mapas y análisis. El atlas ayuda a responder preguntas sobre la prevención del suicidio y a mejorar su coordinación. Permite a los usuarios descubrir las características de la comunidad y compartir información.

Un equipo de ocho oficiales de datos, geógrafos y becarios postdoctorales se encargaron de diseñar y establecer la plataforma de datos, solicitar la adquisición de datos de los custodios de datos primarios y elaborar procedimientos de gestión de datos. Mantener el funcionamiento del sistema y obtener los productos arriba especificados requieren un mínimo de dos oficiales de datos a tiempo completo, un gestor de datos y el equivalente de un geógrafo a tiempo completo.

Actualmente, el sistema está configurado para proporcionar información muy específica para Nueva Gales del Sur (uno de los principales estados de Australia). Sin embargo, también proporciona datos sobre las muertes por suicidio a nivel nacional. Uno de los objetivos finales es ampliar los datos sobre autolesiones a nivel nacional. Sin embargo, para alcanzar este objetivo se necesitarán muchos más recursos (un mínimo de tres oficiales de datos adicionales y un geógrafo) para tener la capacidad adecuada de cumplir los requisitos éticos de adquisición y utilización de datos y llevar a cabo la compleja gestión de datos necesaria para incorporar múltiples fuentes de datos en el sistema de manera armonizada.



#### Recuadro 45. El estudio nacional sobre el suicidio (Irak)

La Oficina de Salud Mental del Ministerio de Salud iraquí inició un estudio nacional sobre el suicidio entre el 2015 y el 2016 en colaboración con investigadores internacionales (Abbas *et al.*, 2018). El Ministerio del Interior facilitó la distribución de un formulario de recopilación de datos a las comisarías de policía de las 13 provincias abarcadas por el estudio. El personal de policía completó los formularios respecto de cada muerte ocurrida en su jurisdicción que había sido declarada suicidio entre el 2015 y el 2016, y dio seguimiento a las familias cuando faltaban datos de las notas legales. El formulario de recopilación de datos incluyó variables sobre características demográficas, método de suicidio, historial médico, de salud mental y de intentos de suicidio, y posibles causas. Los resultados se utilizaron para determinar la tasa de suicidio de la población y la subpoblación (p. ej., edad y sexo), los métodos comunes de suicidio y el perfil de los factores médicos, desencadenantes, de salud mental y de suicidio relacionados con las muertes por suicidio. También se realizaron comparaciones entre diferentes grupos demográficos para detectar grupos en riesgo. Las enseñanzas extraídas de la ejecución del primer estudio nacional han servido de base para planificar la creación de un registro nacional del suicidio en el Irak. Esto incluye la mejora de la calidad de los datos, que en este estudio se basaron en informes legales y de familiares que pueden haber contribuido a un reconocimiento o a una información insuficientes, y la inclusión de expertos adicionales para fundamentar el diseño y la recopilación de datos (p. ej., epidemiólogos y especialista en medicina forense). El estudio también señaló la necesidad de aplicar restricciones de medios respecto de las armas de fuego y el queroseno (relacionado con la autoinmolación) en las futuras actividades de prevención del suicidio en el Irak.

### Recuadro 46. Análisis de la situación (República Árabe Siria)

Las repercusiones de la prolongada situación de emergencia en la vida de las personas que viven en el noroeste de Siria, incluidas las repercusiones de la COVID-19, han dado lugar a varios motivos de preocupación respecto de la prevención del suicidio. En los meses de abril a junio del 2020 se observó un aumento del 57,7% en los intentos de suicidio en comparación con el período entre enero y marzo del 2020, como lo indica el mapa de servicios de salud mental y apoyo psicosocial (MHPSS). En un período similar, los informes de las redes sociales presentados por periodistas afirmaron que se había registrado un aumento en el número de muertes por suicidio. Sin embargo, los datos de mortalidad no se registraron en los sistemas de información de salud existentes, lo que refleja un desafío importante para la vigilancia del suicidio y las autolesiones en el noroeste de Siria.

El centro de Gaziantep de la OMS, con el apoyo del grupo de trabajo temático sobre el MHPSS del Comité Permanente entre Organismos, consideró que era urgente afrontar las conductas suicidas en el noroeste de Siria. El grupo de trabajo temático estableció un equipo especial de tareas para la prevención del suicidio con seis miembros que estuvieron de acuerdo en que era necesario realizar un análisis de la situación para fundamentar la planificación y proporcionar evidencia que facilitara las solicitudes de los donantes. Este fue el comienzo de un “cuestionario de suicidio” que elaboró el grupo de trabajo. El objetivo de la encuesta era comprender mejor el suicidio dentro del noroeste de Siria durante los últimos 12 meses y, por lo tanto, detectar las acciones con miras a prevenir el suicidio en esta región a partir del cuarto trimestre del 2020. El cuestionario incluyó 36 preguntas relacionadas con las experiencias de los trabajadores de la salud con personas que habían muerto por suicidio o que habían intentado suicidarse o se habían causado autolesiones en los seis meses anteriores. Incluyó preguntas sobre la capacidad y las aptitudes de los proveedores para trabajar en la prevención del suicidio. Las preguntas extraídas del conjunto de herramientas del documento Evaluación de necesidades y recursos psicosociales también se tradujeron y adaptaron al contexto del noroeste de Siria (OMS y ACNUR, 2012). Por razones logísticas, se acordó el uso de una metodología de encuesta digital como el método más viable para recopilar los datos necesarios. Se utilizó el recurso KoBo Toolbox<sup>63</sup>, herramienta gratuita de código abierto para la recopilación de datos digitales. Este recurso proporciona a los usuarios funciones como la generación de gráficos, lo que hace que sea ideal para usarlo en contextos humanitarios.

En septiembre del 2020 se invitó a participar en la encuesta a médicos, tanto de atención primaria de salud como de hospitales, personal del MHPSS (trabajadores de apoyo psicosocial, psiquiatras y psicólogos), personal especializado en violencia de género y protección infantil y trabajadores paramédicos en el noroeste de Siria. Un total de 534 encuestados respondieron a la encuesta (incluidas 206 mujeres). A lo largo de seis meses durante la pandemia de COVID-19, los encuestados notificaron 1748 intentos de suicidio y 246 muertes por suicidio. De los que murieron por suicidio, el 76% eran desplazados internos, al igual que el 86,6% de los que intentaron suicidarse. De los que intentaron suicidarse, el 42,2% tenía entre 21 y 30 años, el 25% entre 31 y 40 años y el 18,1% entre 16 y 20 años. Entre los métodos de suicidio notificados, el 21,4% fue ingestión de insecticidas en el hogar, el 16% uso de un cuchillo y el 11,5% salto de un edificio. Se cree que los factores desencadenantes del suicidio fueron: problemas matrimoniales o de pareja (26,3%), problemas financieros (23,7%), problemas de relaciones con los padres (12,7%) y desempleo (10,4%). Los resultados de la encuesta también indicaron que existían obstáculos para hablar del suicidio en el sector de la salud y obstáculos en la comunidad —específicamente los interesados directos que veían con mayor preocupación hablar del suicidio (como los líderes religiosos)—; asimismo la encuesta evaluó los limitados conocimientos actuales de los encuestados y las solicitudes de desarrollo de capacidades. Se formularon varias recomendaciones clave después del análisis de la encuesta, que serán el centro de la labor para la prevención del suicidio en el noroeste de Siria.

63 Véase: <https://www.kobotoolbox.org/> (consultado el 18 de febrero del 2021).

## COLABORACIÓN MULTISECTORIAL

### Recuadro 47. Un ejemplo de colaboración multisectorial ascendente (Brasil)

Una ciudad mediana (140.000 habitantes) situada en el campo del estado de São Paulo en los últimos 10 años había registrado una tasa de suicidios que era el doble de la tasa nacional. En marzo del 2016, tras una invitación abierta ofrecida en los medios de comunicación locales por un trabajador social local, unas 100 personas se reunieron en la oficina local de la Federación de la Industria. Esas personas provenían de diversos entornos: trabajadores de la salud, educadores, líderes religiosos, amas de casa, policías y bomberos, políticos y futuros políticos, profesionales de los medios de comunicación, operadores de líneas telefónicas de emergencia, funcionarios de justicia, celebridades locales y otros. Esta ciudad estaba y está excepcionalmente dotada de recursos de salud mental, tanto públicos (un hospital universitario con una sala psiquiátrica, un hospital psiquiátrico, un hospital especializado en la atención de personas con trastornos por consumo de sustancias, varios servicios ambulatorios y centros diurnos) como privados (la tercera proporción más grande de psiquiatras en el país por número de habitantes y varias comunidades terapéuticas para personas con trastornos por consumo de sustancias). Sin embargo, los servicios públicos dependían administrativa y financieramente de diversos organismos federales, estatales y municipales, y la coordinación entre ellos era limitada. En la reunión de los interesados directos se decidió poner en marcha una red de protección de la vida utilizando sus propios recursos y actuando como voluntarios. Los presentes eligieron un comité coordinador de cuatro personas y se establecieron ocho grupos de trabajo, a saber: 1) simpatizantes (personas sin antecedentes profesionales de salud mental pero que participaban activamente en las redes sociales, generalmente amas de casa, empleados de comercio y estudiantes); 2) simpatizantes espirituales (líderes religiosos); 3) grupo de evaluación (trabajadores de la salud, en su mayoría psicólogos); 4) profesionales de salud mental (psicólogos, terapeutas, psiquiatras); 5) educadores (maestros, directores de escuela); 6) autoridades locales (alcalde de la ciudad, concejales de la ciudad, secretarios de condado competentes [educación de salud, bienestar social, cultura, deporte y seguridad pública], directores de servicios de salud mental); 7) medios de comunicación locales; y 8) representantes (jóvenes especialmente capacitados por la red de protección de la vida). Un requisito importante para hacerse miembro voluntario de la red de protección de la vida es recibir una formación de cuatro horas impartida por los coordinadores utilizando el módulo relativo a las autolesiones y el suicidio de la Guía de intervención mhGAP de la OMS. Gracias al amplio apoyo de los voluntarios, la red de protección de la vida ahora tiene una lista de espera de voluntarios profesionales y cuidadores. También se celebran reuniones periódicas de supervisión cada mes, abiertas a todos los voluntarios para examinar cuestiones de su interés, en particular respecto del manejo de casos más complejos. La red comenzó a funcionar dos semanas después de la reunión inicial y poco después de las sesiones de formación impartidas a todos los grupos de voluntarios específicos. Las personas pueden ponerse en contacto con la red de protección de la vida a través del sitio [www.precisodeajuda.org](http://www.precisodeajuda.org) (“Necesito ayuda”, en portugués) ya sea para ellas mismas o para alguien que han visto que está en peligro. Los trabajadores de atención primaria de salud y los servicios de atención de urgencias también pueden comunicarse con la red. Los voluntarios de la red han elaborado varias actividades: algunas son de carácter de apoyo (apoyo social y espiritual), de mejora psicológica (capacitación en aptitudes para la vida) o de atención clínica (terapia comunitaria integradora, terapias complementarias recomendadas por el Ministerio de Salud, psicoterapia, seguimiento y derivación, y posvención), y otras están relacionadas con la promoción y prevención universales (como la sensibilización a nivel comunitario). Todos los miembros de la red trabajan como voluntarios y los costos ocasionales (alquiler de salas de reuniones, materiales impresos, etc.) los cubren el comercio y las industrias locales. Aunque los efectos concretos de la red de protección de la vida están pendientes de evaluación, un resultado claro es que se ha superado la falta de coordinación previa entre los diversos tipos de servicios de atención de salud. Ahora personas competentes y capacitadas proporcionan detección y atención tempranas a través de la red, de manera que la transición se realiza rápidamente y sin tropiezos entre los distintos niveles de atención cuando es necesario.

### Recuadro 48. Colaboración multisectorial (Canadá)

#### Comité Coordinador Federal

El Gobierno de Canadá apoya los enfoques de colaboración para la prevención del suicidio a fin de mejorar el intercambio de información y facilitar las oportunidades de asociación. A finales del 2016, el gobierno publicó el Marco Federal para la Prevención del Suicidio, que establece objetivos estratégicos y principios rectores para alinear los esfuerzos federales de prevención del suicidio. Para ayudar a mejorar la colaboración entre los departamentos del gobierno federal, la Agencia de Salud Pública del Canadá preside el Comité Federal de Coordinación para la Prevención del Suicidio, que se reúne trimestralmente. Este Comité está integrado por representantes de los departamentos y organismos federales que trabajan en la esfera de la salud mental y la prevención del suicidio, incluidos representantes de los ministerios y organismos de salud, los servicios indígenas, el desarrollo económico, el transporte y las estadísticas. El Comité se reúne trimestralmente y se centra en determinar las prioridades y la evolución de la prevención del suicidio en todo el gobierno federal, alineando los esfuerzos cuando es posible; el intercambio de información y conocimientos especializados sobre la prevención del suicidio, incluida la vigilancia relacionada con el suicidio; y el apoyo a la elaboración de los informes bienales sobre los progresos realizados.

#### Mecanismo nacional de colaboración para la prevención del suicidio

El mecanismo nacional de colaboración para la prevención del suicidio es un colectivo pancanadiense de personas (p. ej., sobrevivientes de intentos de suicidio y sobrevivientes de pérdidas por suicidio) y organizaciones que proporcionan liderazgo, recursos e intercambio de información para la prevención del suicidio e iniciativas de intervención e posvención. El mecanismo se estableció en junio del 2012 y sus miembros promueven la salud mental, crean resiliencia, fomentan la esperanza y trabajan para reducir las repercusiones del suicidio en todos los canadienses. Su labor se estructura y se defiende con el apoyo de un comité ejecutivo, tres grupos de trabajo (el grupo de trabajo sobre comunicaciones, el grupo de trabajo sobre el plan de acción de la estrategia nacional y el grupo de trabajo sobre datos e investigación) y una secretaría. Su propósito es facilitar los debates y el intercambio de conocimientos entre las organizaciones sobre la promoción de la vida, el bienestar mental y la prevención del suicidio; actuar como catalizador de la colaboración entre los miembros; y promover y proporcionar un foro para que se exprese una voz colectiva sobre cuestiones relacionadas con la prevención del suicidio.

### Recuadro 49. Alcohol policy and legislation, Russian Federation

La privatización y la desregulación del mercado del alcohol en la Federación de Rusia en 1990 puede haber contribuido a la intensificación de los problemas relacionados con el alcohol, y el consumo de alcohol puede haber contribuido sustancialmente al aumento de los niveles de morbilidad y mortalidad. En el 2004, el gobierno inició un proceso de fortalecimiento de las políticas de control del alcohol (Levintova, 2007), seguido de una serie de enmiendas a la ley que rige la regulación del volumen de producción y comercialización de productos alcohólicos. A esto le siguieron enmiendas a otras leyes y reglamentos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas. Entre el 2007 y el 2016, el consumo total de alcohol (registrado y no registrado) se redujo en 3,5 litros de alcohol puro per cápita. Durante el período 2005-2015, la tasa de mortalidad por consumo de alcohol también disminuyó, especialmente entre los hombres. Se observaron patrones similares entre los pacientes diagnosticados con dependencia del alcohol y otras enfermedades relacionadas con el alcohol, junto con una importante reducción en la mortalidad adulta total, todo lo cual probablemente sea resultado de las tendencias a la baja del consumo general de alcohol. Muchas de las políticas aplicadas se han basado en la evidencia en consonancia con la Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol (OMS, 2010) y se introdujeron gradualmente. Por lo tanto, es probable que las políticas restrictivas en materia de alcohol hayan contribuido a reducir los suicidios observados en la Federación de Rusia.

64 Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation: Policy briefing. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2006 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/98804/E88757.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/98804/E88757.pdf), consultado el 28 de enero del 2021).

### Recuadro 50. Participación significativa de personas con experiencia vivida en la prevención del suicidio (Escocia)

El Panel de Experiencia Directa, establecido en el 2019 por el National Suicide Prevention Leadership Group (NSPLG) de Escocia, apoya la ejecución del Plan de Acción de Prevención del Suicidio de Escocia). El panel está compuesto por 14 personas de diversos entornos profesionales y sociales que respondieron a un anuncio nacional y que dedican su tiempo como voluntarios comprometidos. Cada miembro del panel tiene una conexión diferente con el suicidio: algunos son sobrevivientes de la pérdida de un ser querido por suicidio, otros han tenido conductas suicidas en el pasado o han sido cuidadores de familiares o amigos que tienen pensamientos y conductas suicidas. Cuentan con el apoyo respetuoso y sensible de un coordinador invitado por la Asociación Escocesa de Salud Mental. Una red más amplia de más de 100 personas en todo el país con experiencia directa relativa a las repercusiones del suicidio también participa en el apoyo a la labor del NSPLG mediante diversas actividades.

Sobre la base de lo aprendido del establecimiento del Panel de Experiencia Directa y su asociación colaborativa con el NSPLG, se han detectado 13 elementos clave que han demostrado ser esenciales para lograr una participación significativa y auténtica de las personas que han vivido de cerca el suicidio en la ejecución del Plan de Acción de Prevención del Suicidio de Escocia:

**Reclutamiento de voluntarios:** Existen criterios fijos para el voluntariado (período sugerido de dos años desde el intento de suicidio anterior o la pérdida de un ser querido por suicidio). Esto permite una participación más segura y reduce la posible aflicción.

- **Reclutamiento de un coordinador designado que ha tenido experiencia directa:** Para gestionar a los voluntarios, servir de enlace con los interesados directos y aplicar protocolos de salvaguardia.
- **Grupo directivo:** Establecer un grupo directivo de asociación para respaldar la función de coordinador y utilizar lo aprendido para actualizar las políticas y los procesos.
- **Acordar los resultados y establecer expectativas:** Asegurarse de que los voluntarios estén al tanto de los resultados del programa y que las actividades estén alineadas con estos; gestionar las expectativas de los voluntarios.
- **Métodos de participación y deliberación:** Promover conversaciones respetuosas y sinceras ayuda a fomentar la apertura entre los voluntarios y a establecer relaciones de confianza. Los métodos no controvertidos de compartir experiencias directas ayudan a los voluntarios a priorizar temas clave y detectar aspectos que pueden mejorarse.
- **Planificar y preparar la colaboración:** Los profesionales y los coordinadores de voluntarios deben acordar planes para las sesiones y compartir información con los voluntarios antes de cada sesión.
- **Recopilación de comentarios:** Aplicar diversas formas de recopilar comentarios (escritos, digitales, de audio y de grupos focales) para maximizar las oportunidades de participación. Los grupos más pequeños han demostrado ser lo más eficaz y seguro para que los voluntarios compartan historias personales.
- **Ciclo virtuoso de comentarios:** Acordar mecanismos con los voluntarios para recibir comentarios evita la participación simbólica. Esto garantiza que quienes toman medidas presenten evidencia del uso de los conocimientos, al tiempo que asegura también a los voluntarios que sus opiniones se están tomando en serio.
  - » Celebrar reuniones de seguimiento con los voluntarios sobre el progreso realizado.
  - » Acordar plazos para expresar los comentarios.
  - » Incorporar opiniones en los informes.
  - » Asegurarse de que los voluntarios asistan a las reuniones del programa.
- **Solicitar permiso en todo momento:** Los voluntarios deben ser consultados en todo momento para que compartan información personal. Tienen la última palabra sobre el intercambio de información; la comprobación del consentimiento debe ser continua.

65 Suicide prevention action plan: every life matters. Edimburgo: Gobierno de Escocia (<https://www.gov.scot/publications/scotlands-suicide-prevention-action-plan-life-matters/>, consultado el 28 de enero del 2021).

- **Apoyo emocional y protección:** Los chequeos relativos al bienestar de los voluntarios deben realizarse rutinariamente antes, durante y después de las sesiones de colaboración.
- **Acuerdo de los voluntarios y manual:** Deben existir responsabilidades y límites claramente registrados para los voluntarios, incluida una lista de servicios de apoyo en caso de crisis.
- **Reunión informativa después de compartir experiencias directas:** Los canales abiertos son esenciales; los efectos de compartir pueden ser catárticos, pero también pueden desencadenar recuerdos dolorosos y emociones difíciles.
- **Autocuidado:** Esto no es un elemento adicional optativo. Las sesiones de bienestar son vitales.
- **Emotional support and safeguarding:** Welfare check-ins with volunteers must routinely take place before, during and after engagement sessions.
- **Volunteer agreement and handbook:** There should be clearly recorded responsibilities and boundaries for volunteers, including a list of crisis support services.
- **Debriefing after sharing lived experiences:** Open channels are essential: the impact of sharing can be cathartic but also may trigger painful memories and difficult emotions.
- **Self-care:** This is not an optional extra. Well-being sessions are vital.

### Recuadro 51. *Roses in the Ocean: Organización para quienes han vivido la experiencia del suicidio (Australia)*

Roses in the Ocean es una organización para las personas con experiencia directa del suicidio que se fundó en el 2008 y está totalmente dotada de personal integrado por personas que han vivido la experiencia del suicidio. La organización se estableció en un momento en que apenas se hablaba del suicidio en las comunidades australianas y era evidente que el gobierno y los servicios necesitaban escuchar a las personas que habían vivido de cerca el suicidio. Ha crecido hasta convertirse en la fuerza que impulsa una reforma significativa en materia de prevención del suicidio en Australia, donde la integración genuina de los conocimientos acerca de la experiencia directa ahora se considera esencial para todas las iniciativas de prevención del suicidio.

Roses in the Ocean define la experiencia directa del suicidio como haber tenido pensamientos suicidas, haber intentado suicidarse, haber cuidado a alguien que atravesaba una crisis de suicidio o haber perdido a un ser querido por suicidio.

La labor de Roses in the Ocean comenzó por sensibilizar a la comunidad mediante el relato de experiencias directas durante eventos comunitarios y empresariales, pero pronto se llegó al reconocimiento de que su papel tenía que ser mucho más que el de un orador. La organización pronto elaboró un conjunto de talleres de desarrollo de capacidades para que las personas que habían vivido la experiencia del suicidio desarrollaran sus aptitudes y conocimientos con el fin de participar de diversas maneras en la prevención del suicidio en su comunidad local y a nivel nacional.

La labor necesaria tanto a nivel comunitario para crear una fuerza de trabajo en materia de experiencia directa como a nivel estratégico con el sector de la prevención del suicidio y el gobierno fue esencial para, de manera activa, fundamentar y mejorar todos los aspectos de la prevención del suicidio e influir en ellos, desde el diseño y la prestación de servicios hasta la investigación y las políticas, etc.

Durante los primeros ocho años no se dispuso de fondos, por lo que Roses in the Ocean dependió de la generosidad de los voluntarios, algunos de ellos a tiempo completo, para progresar. Algunas personas clave en la prevención del suicidio comenzaron a escuchar y otorgaron su credibilidad para abrir las puertas adecuadas en el gobierno y ayudar a la organización a crecer. Dado que la organización era una entidad benéfica registrada que contaba con una junta directiva, proporcionó al gobierno un vehículo mediante el cual, tentativamente al principio y luego mucho más deliberadamente, se respaldó la voz de la experiencia directa.

En el 2018, el Gobierno de Australia proporcionó financiamiento básico para Roses in the Ocean mediante el Programa nacional de liderazgo y apoyo para la prevención del suicidio. El resto de los ingresos de Roses in the Ocean se genera mediante el sistema de pago por servicio prestado y fondos de proyectos específicos procedentes de diversas redes de atención primaria de salud, departamentos de salud estatales y del territorio y organizaciones sectoriales.

Hoy en día, Roses in the Ocean está implicada en una amplia gama de actividades, como la celebración de talleres de desarrollo de capacidades para personas con experiencia directa del suicidio, servicios nacionales de tutoría sobre la experiencia directa, la integración de personas con experiencia directa del suicidio en organizaciones, comunidades de intercambio de prácticas, desarrollo de capacidades mediante la formación de personas locales con experiencia directa para impartir formación de “guarda de la vida” basada en la experiencia directa, el codiseño de espacios seguros no clínicos, la creación de la fuerza laboral emergente y especializada de compañeros para la prevención del suicidio y la labor con institutos de investigación e investigadores para integrar la experiencia directa en la investigación y guiar un nuevo enfoque de la investigación.

Los pasos para establecer una fuerza laboral de experiencia directa son los siguientes:

- Aprovechar lo que ya se ha aprendido y desarrollado en todo el mundo.
- Apoyar y financiar el establecimiento de una organización de experiencia directa que:
  - » implique a las personas con experiencia directa del suicidio que estén dispuestas a fundamentar la prevención del suicidio e influir en ella;
  - » invertir en el desarrollo de capacidades en materia de experiencia directa para compartir las historias y las impresiones de las personas y participar seriamente en las conversaciones y la labor locales y nacionales de prevención del suicidio;
  - » cultivar una red de experiencia directa con perspectivas y aptitudes variadas de experiencia directa;
  - » trabajar para integrar un marco de experiencia directa en todas las organizaciones y el gobierno con representación de la experiencia directa en todos los niveles de gobernanza;
  - » determinar esferas locales y nacionales específicas que pueden ser centro de atención clave.

### Recuadro 52. Integración de un enfoque de toda la nación y de todo el gobierno (Estados Unidos)

La hoja de ruta del presidente para empoderar a los veteranos y poner fin a la tragedia nacional del suicidio (PREVENTS)<sup>66</sup>, estableció un plan de acción de tres años para afrontar el suicidio en los Estados Unidos, con un enfoque en los veteranos. PREVENTS fue creada con el pleno apoyo de la Casa Blanca y del personal directivo superior de todas las agencias federales estadounidenses. Para liderar la labor, un experto destacado en salud mental del sector no gubernamental con 15 años de experiencia en la creación y coordinación de grandes coaliciones multisectoriales fue elegido director ejecutivo. PREVENTS ha logrado aprovechar el poder de convocatoria de la Casa Blanca para asegurar que el gobierno, así como los líderes no gubernamentales, participaran plenamente en el proceso de creación y ejecución. Además, el Director Ejecutivo aportó a la iniciativa organizaciones y asociaciones que se comprometieron a agregar sus recursos y conocimientos especializados a la iniciativa. Esta combinación de apoyo político significativo, recursos adecuados proporcionados por el gobierno y asociados no gubernamentales, y un liderazgo fuerte y eficaz para impulsar la iniciativa ha sido clave para el éxito de PREVENTS.

Más de 150 expertos en la materia procedentes de 15 agencias federales colaboraron en un proceso de un año para elaborar la hoja de ruta de PREVENT. Esto dio como resultado un plan para la prevención del suicidio basado en la salud pública con objetivos de cambio de cultura, acceso continuo a la atención, un ecosistema de investigación conectado y una sólida participación de la comunidad. Este plan de acción destaca un enfoque de toda la nación y de todo el gobierno que seguirá aprovechando una red de asociados y paladines integrada por más de 1000 personas, incluidos representantes nacionales de PREVENT y organizaciones que representan al gobierno federal, estatal, local y tribal, comunidades religiosas, organizaciones sin fines de lucro, académicos, organizaciones del servicio militar y de veteranos, y otros asociados de la industria privada que trabajan en colaboración para aplicar las mejores prácticas a fin de mejorar la salud y prevenir el suicidio. La puesta en práctica de la hoja de ruta PREVENTS inició un proceso plurianual que incluye un enfoque importante en la evaluación de programas para medir la eficacia y los resultados de cada esfera estratégica, así como el enfoque general.

PREVENTS ha creado un modelo integral encaminado a reclutar a todos los estadounidenses a fin de que trabajen juntos para:

- cambiar la conversación sobre la salud mental y promover la comprensión de los factores de riesgo y de protección subyacentes asociados con el suicidio mediante una sólida campaña de salud pública (la campaña de salud pública REACH<sup>67</sup> comenzó en el 2020 y proporcionó a las personas los instrumentos y recursos para buscar ayuda cuando están sufriendo y para ayudar a otras cuando estas atraviesan dificultades);
- diseñar y respaldar programas eficaces para prestar a los veteranos los servicios que necesitan;
- crear un ecosistema de investigación que fomente el intercambio de datos y la coordinación; y
- al trabajar en todas las agencias federales, fomentar una cultura y elaborar iniciativas que apoyen la capacidad de una persona para prosperar durante todo el ciclo de vida.

PREVENTS ha elevado la conversación nacional en torno a la salud mental y el suicidio al 1) adoptar un enfoque nacional de salud pública dirigido a informar a todos los estadounidenses sobre la importancia de la salud mental y la prevención del suicidio; 2) elaborar una sólida coalición de asociados dentro y fuera del gobierno; y 3) facilitar la colaboración y la coordinación para este esfuerzo de toda la nación, el primero de este tipo, a fin de prevenir el suicidio.

66 Washington (D. C.): Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos (<https://www.reach.gov/>, consultado el 28 de enero del 2021).

### Recuadro 53. Prevención y manejo del suicidio (Ribera Occidental y Gaza)

Desde el 2016, los informes anuales de la policía de la Ribera Occidental han indicado un aumento en las tasas de suicidio e intentos de suicidio frente a años anteriores<sup>67</sup>. En Gaza, los datos también revelan que las tasas de suicidio siguen aumentando, especialmente entre los jóvenes y adolescentes<sup>68</sup>. Sin embargo, los datos sobre suicidios y los intentos de suicidio en la Ribera Occidental y Gaza son escasos, y la mayoría de los casos se ocultan, se toleran, no se documentan o simplemente no se dan a conocer. Muchos factores contribuyen a la falta de estudios y registros sobre el suicidio en la Ribera Occidental y Gaza, entre ellos el estigma social, los conceptos erróneos religiosos (haram/prohibido) y la falta de capacidad de los principales agentes y de coordinación entre ellos sobre el terreno. En este contexto, en el 2017 se unieron esfuerzos para establecer el Comité Nacional de Prevención del Suicidio en la Ribera Occidental y Gaza. El comité, dirigido por el Ministerio de Salud con el apoyo técnico de la OMS, propuso la primera Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio para 2021-2026. La estrategia señala el compromiso de los miembros del comité y los interesados directos clave de la Ribera Occidental y Gaza (agentes gubernamentales, el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (UNRWA), la OMS, las ONG nacionales y la ONG internacional Médecins du Monde (MdM-CH) de afrontar la cuestión del suicidio en la Ribera Occidental y Gaza. El comité también ha trabajado para aumentar la recopilación de datos, ha establecido un plan de acción para diferentes sectores y ha alentado a los interesados directos a que asignen fondos para planificar la ejecución. No obstante, los esfuerzos se han visto estancados por los numerosos desafíos impuestos, entre ellos el número limitado de profesionales de salud mental: la brecha en la prestación de servicios, la detección y la prevención entre los proveedores clave (salud, educación y protección); la escasez de datos precisos; y el estigma existente. Como resultado de ello, diferentes miembros del comité han procurado sensibilizar sobre el tema mediante campañas multimedia nacionales y han trabajado con los medios de comunicación en lo relativo a la presentación responsable de la información. Además, MdM-CH realizó un estudio en el 2019 sobre los factores de riesgo de intento de suicidio en la Ribera Occidental<sup>69</sup>. Sobre la base de las conclusiones de este estudio, se estableció y se puso en marcha, en colaboración con el Ministerio de Salud, un plan de formación para salas de servicios de urgencias y centros comunitarios de salud mental. La OMS y otros agentes también han impartido formación en materia de mhGAP de la OMS para responder a la falta de capacidad de los profesionales clave para afrontar la cuestión del suicidio. Los líderes religiosos y los prestadores de servicios médicos militares también recibirán formación sobre la prevención del suicidio. A pesar de estos esfuerzos recientes, es necesario continuar la colaboración entre los diferentes sectores para establecer un sistema amplio de promoción, detección, derivación y tratamiento del suicidio en la Ribera Occidental y Gaza.

67 Véase: <https://www.palpolice.ps/annual-statistics>, consultado el 28 de enero del 2021.

68 Ginebra: Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, Reliefweb (<https://reliefweb.int/report/occupied-palestinian-territory/brink-gaza-s-youth-are-turning-suicide-amid-growing>, consultado el 28 de enero del 2021).

69 Neuchâtel: Médecins du Monde ([https://medecinsdumonde.ch/wp-content/uploads/2020/03/2019\\_MdM-Suisse\\_Attempted-Suicide-Patients-Risk-Factors-Suicide-Prevention-Strategies-in-Palestine\\_Study\\_EN-002.pdf](https://medecinsdumonde.ch/wp-content/uploads/2020/03/2019_MdM-Suisse_Attempted-Suicide-Patients-Risk-Factors-Suicide-Prevention-Strategies-in-Palestine_Study_EN-002.pdf), consultado el 28 de enero del 2021).

## SENSIBILIZACIÓN Y PROMOCIÓN

### Recuadro 54. Sensibilización y promoción (Canadá)

Al no disponer de una estrategia activa de prevención del suicidio en Quebec durante 15 años, la Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) en Quebec (Canadá), vislumbró una oportunidad de abogar por una nueva estrategia y actuó para establecer un colectivo con miras a movilizar a los interesados directos hacia este objetivo. Establecido en el 2019 con aproximadamente 35 organizaciones miembros, el colectivo reunió a organizaciones interesadas en la prevención del suicidio y la salud mental con el fin de convencer al Gobierno de Quebec de que adoptara una estrategia nacional específicamente para la prevención del suicidio. Guiados por su plan de movilización, el grupo tuvo como objetivo crear un sentido de propósito y pertenencia. El colectivo obtuvo apoyo mediante la publicación de cartas abiertas, la solicitud de reuniones con funcionarios gubernamentales, la celebración de una conferencia de prensa en el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, la solicitud de apoyo de la población en general, la celebración de reuniones informativas y la realización de consultas en todo Quebec. Se planificaron y llevaron a cabo actividades concretas en el transcurso de 10 meses. En octubre del 2019, el Ministro de Salud de Quebec anunció la creación de una estrategia nacional integral de prevención del suicidio.

### Recuadro 55. Día Mundial de la Salud Mental y Día Mundial para la Prevención del Suicidio

El 10 de octubre, la prevención del suicidio fue seleccionada como tema para el Día Mundial de la Salud Mental (DMSM) 2019. Dado que el Día Mundial para la Prevención del Suicidio es exactamente un mes antes, se decidió que debía llevarse a cabo una iniciativa de un mes de duración. Se programaron siete meses para la preparación del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. El objetivo era poner de relieve el problema del suicidio en relación con los datos globales clave: que una persona muere cada 40 segundos por suicidio. Se elaboraron vídeos animados dirigidos a grupos de población clave de guardianes (p. ej., maestros<sup>71</sup>, personal de respuesta a emergencias<sup>72</sup>, empleadores<sup>73</sup>, trabajadores de la salud<sup>74</sup>) y se elaboraron folletos de recursos adicionales<sup>75</sup>. Talinda Bennington, cofundadora de 320 Changes Direction<sup>76</sup> e influyente con experiencia directa, fue calificada de defensora de la prevención del suicidio. Participó en múltiples actividades en las redes sociales, como una sesión en directo en Twitter, tres sesiones en Facebook, y una publicación de Instagram. Su colaboración también incluyó una reunión con el Director General de la OMS y un llamamiento conjunto para la participación en la iniciativa. Se estableció un grupo básico de planificación de organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales dedicadas a la prevención del suicidio y la salud mental a fin de coordinar los esfuerzos para una actividad de promoción (40 segundos de acción) entre la OMS, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), la Federación Mundial de Salud Mental y United for Global Mental Health<sup>77</sup>. Esto condujo a una mayor difusión de los mensajes clave de la campaña a medida que los influyentes de alto perfil participaban en la actividad. El éxito de la iniciativa fue monitoreado sobre la base del número de visitas al sitio web para ver los recursos, el número de vistas y porcentajes de audiencia en las redes sociales, y la ubicación geográfica de los visitantes del sitio web. Se observó un aumento del 160% en las visitas al sitio web tras la puesta en marcha de la campaña.

70 Véase: [https://www.youtube.com/watch?v=Le7n6i0dpTI&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=Le7n6i0dpTI&feature=emb_logo), consultado el 28 de enero del 2021.

71 Véase: [https://www.youtube.com/watch?v=ECarCNxgM-4&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=ECarCNxgM-4&feature=emb_logo), consultado el 28 de enero del 2021.

72 Véase: [https://www.youtube.com/watch?v=C0iQLEwABpc&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=C0iQLEwABpc&feature=emb_logo), consultado el 28 de enero del 2021.

73 Véase: [https://www.youtube.com/watch?v=Fy7n8SfwS\\_A&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=Fy7n8SfwS_A&feature=emb_logo), consultado el 28 de enero del 2021.

74 What emergency workers, health workers, teachers, prison officers, media professionals and employers can do to help prevent suicide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/health-topics/suicide/campaign-materials-handouts>, consultado el 28 de enero del 2021).

75 Véase: <https://www.changedirection.org/320-changes-direction/>, consultado el 28 de enero del 2021.

76 Folleto del Día Mundial de la Salud Mental 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide/flyer-40seconds-web.pdf?sfvrsn=5ba643c\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide/flyer-40seconds-web.pdf?sfvrsn=5ba643c_2), consultado el 28 de enero del 2021).

77 Folleto del Día Mundial de la Salud Mental 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide/flyer-40seconds-web.pdf?sfvrsn=5ba643c\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide/flyer-40seconds-web.pdf?sfvrsn=5ba643c_2), consultado el 28 de enero del 2021).

## DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES

### Recuadro 56. Adaptación relativa a LGBTQI de la formación de guardianes basada en la evidencia (Australia)

El Gobierno de Australia ha delineado una variedad de reformas de las políticas de prevención del suicidio que combinan un fuerte liderazgo nacional con esfuerzos sistemáticos regionales que reconocen las diferencias locales. Entre las más importantes figura el Ensayo Nacional de Prevención del Suicidio (NSPT), iniciativa que incluye 11 redes de atención primaria de salud que adoptan un enfoque basado en sistemas para encargar servicios mejorados para las personas en riesgo de suicidio. El Gobierno de Australia estableció redes de salud primaria para aumentar la eficiencia y la eficacia de los servicios médicos, reducir la fragmentación de la atención y mejorar los resultados de salud para todos, especialmente los más vulnerables.

La North Western Melbourne Primary Health Network (NWM-PHN) es la única red de atención primaria de salud en Victoria que participa en el ensayo nacional. La NWM-PHN es la más grande de las seis redes de atención primaria de salud de Victoria, cuya captación es de unos 1,6 millones de personas que abarcan comunidades muy diversas, desde el Distrito Financiero Central de Melbourne y el centro de la ciudad hasta los suburbios de rápido crecimiento en el localizador del norte y el oeste de la Red de Atención Primaria de Salud del Departamento de Salud.

El grupo de población en situación de vulnerabilidad en el que se centra el Ensayo Nacional de Prevención del Suicidio de la NWM-PHN son las comunidades lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer e intersexuales (LGBTQI). Los australianos LGBTQI tienen resultados de salud mental y de suicidio considerablemente peores, y una gran proporción de ellos residen en la zona noroeste de Melbourne. Las actividades en el marco del Ensayo Nacional de Prevención del Suicidio están bajo la dirección del grupo de tareas LGBTQI, integrado por representantes de entidades de promoción y organizaciones LGBTQI, representantes de la comunidad LGBTQI en general y los que tienen voz para expresar su experiencia directa. El grupo de tareas detectó la necesidad impartir educación y formación para fortalecer la capacidad del sector de servicios especializados en LGBTQI y otros que trabajan con la comunidad LGBTQI con el fin de desarrollar capacidades para detectar las señales de alerta de una peor salud mental y la situación del suicidio de las personas LGBTQI.

LivingWorks Australia ha comenzado a trabajar con representantes del grupo de tareas y la comunidad LGBTQI para adaptar los métodos existentes basados en la evidencia de prevención e intervención en materia de suicidio (ASIST y safeTALK). Todos los programas de LivingWorks han pasado por un amplio proceso de diseño y elaboración y se actualizan regularmente para reflejar la evidencia más reciente y los conocimientos de las mejores prácticas sobre la prevención del suicidio. Los programas de formación se adaptaron mediante un amplio proceso de codiseño con los interesados directos LGBTQI, con el objetivo de hacer que los talleres se perciban como actividades seguras e inclusivas y desarrollar la capacidad de la comunidad LGBTQI y los principales sectores en general para responder a los miembros de la comunidad LGBTQI que necesitan apoyo para la intervención en materia de suicidio.

A finales del 2020, un total de 206 personas habían recibido formación sobre ASIST y safeTalk de LGBTQI, incluidos 33 líderes comunitarios LGBTQI, con 10 instructores de ASIST y siete de safeTALK utilizando un modelo de formación de instructores. Varios de estos instructores actualmente están registrados como instructores de ASIST y safeTALK, los cuales seguirán impartiendo una formación adaptada y apoyando la sostenibilidad del proyecto cuando termine el ensayo en junio del 2021.

Además, la guía Essential understanding guide for delivering LivingWorks education training to LGBTQI populations [Guía de comprensión esencial para impartir formación educacional de LivingWorks a las personas LGBTQI] se ha elaborado con la comunidad LGBTQI. Esta se ha diseñado para complementar el manual de instructores de ASIST y sirve de guía para los instructores que imparten la versión LGBTQI de ASIST, así como para proporcionar orientación a los instructores existentes sobre cómo asegurar que su formación sea siempre segura e inclusiva para los participantes de la comunidad LGBTQI.

Los resultados del proyecto incluyen:

- crear talleres de formación inclusivos y seguros para las comunidades LGBTQI y por ellas; y
- fortalecer la capacidad de las organizaciones LGBTQI para convertirse en comunidades más seguras respecto del suicidio.

Un participante en el taller dijo que tener a todas las personas queer en el taller había hecho que se sintiera muy seguro y que esto había sido uno de los mejores aspectos de la formación.

### Recuadro 57. Proyecto de formación de guardianes comunitarios (Canadá)

El Proyecto de formación de guardianes comunitarios para la prevención del suicidio en Columbia Británica se creó para establecer una red de personas formalmente capacitadas que pudieran detectar y apoyar a quienes presentaran signos de aflicción o riesgo de suicidio y conectarlas con los servicios disponibles. Los 9466 guardianes implicados en el proyecto se seleccionaron en base a su contacto directo frecuente con miembros de su comunidad, su posición de responsabilidad y confianza, su conocimiento de los recursos comunitarios y su comodidad a la hora de alentar a otras personas a buscar ayuda. Estos guardianes recibieron formación en safeTALK o ASIST de LivingWorks y el proyecto agregó más de 40 instructores a la capacidad general de formación de la provincia. Este proyecto comenzó en el 2015 con una inversión única de 3 millones de dólares canadienses proporcionados por el Ministerio de Salud de Columbia Británica a la división de Columbia Británica de la Asociación Canadiense de Salud Mental. Si bien la labor concluyó en el 2018, la labor futura, que se basa en los éxitos del proyecto de formación de guardianes, contará con el apoyo de un fondo de sostenibilidad generado por los pagos de los talleres.

### Recuadro 58. Desarrollo de capacidades (República Islámica del Irán)

Con el fin de gestionar los daños sociales, incluidas las conductas suicidas, entre las 136 universidades e institutos pertenecientes al Ministerio de Ciencias, Investigación y Tecnología, se ha establecido un centro de consultoría para prestar servicios de consulta y salud mental. El Programa integral para la prevención del suicidio en las universidades se estableció en el 2007 y su actualización más reciente fue en el 2018. El programa abarca dos elementos de desarrollo de capacidades. Uno de ellos proporciona una estructura administrativa en cada universidad e instituto, que incluye los principales funcionarios de las universidades e institutos para intervenir en situaciones de crisis como los intentos de suicidio. El segundo elemento es el establecimiento de un comité de apoyo por parte de los estudiantes, a saber, la Asociación Estudiantil de Ayuda a la Salud Mental (SAMHH), que han recibido formación en el programa BTE. B significa Bepors (pedir), T Targhib (animar) y E Erja (derivar). Se han impartido múltiples talleres para formar y volver a formar a los miembros, y cada año la SAMHH celebra una reunión nacional.

### Recuadro 59. Programa de apoyo psicosocial y de salud mental de la OIM: prevención y respuesta en materia de suicidio (Iraq)

De acuerdo con el Manual on Community Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement [Manual de apoyo comunitario psicosocial y de salud mental para situaciones de emergencias y desplazamientos] de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el programa de Apoyo Psicosocial y de Salud Mental de la OIM (MHPSS) del Iraq ha incluido la prevención y la respuesta en materia de suicidio como una de las actividades estratégicas en su cartera de estabilización comunitaria después de determinar la prioridad de este tema en las comunidades implicadas.

En el 2019, la OIM del Iraq organizó debates de grupos focales en diferentes campamentos y entornos fuera de campamentos para comprender las percepciones de la comunidad y los factores de riesgo asociados con el suicidio entre las personas desplazadas. La OIM determinó que la falta de información sobre los factores de riesgo y de protección y la falta de sensibilización acerca del posible apoyo de la comunidad son desafíos clave que contribuyen al estigma en torno al suicidio y a la falta de respuesta adecuada. El equipo del MHPSS de la OIM elaboró un paquete de sensibilización dirigido a diferentes audiencias, tales como trabajadores de la salud, personas que trabajan en escuelas, familias que habían perdido a alguien por suicidio. Se elaboró un folleto en el que se describían a grandes rasgos conceptos erróneos comunes sobre el suicidio para el público en general. Los folletos se pusieron a disposición en inglés, árabe, sorani y kurdo badini. Las versiones electrónicas se distribuyeron entre todos los miembros del grupo de trabajo técnico del MHPSS en el Iraq, y la OIM ha donado millares de copias a los Ministerios de Salud de Bagdad y Erbil, además de muchas ONG locales e internacionales que solicitaron copias impresas.

El equipo del MHPSS de la OIM del Iraq reconoció la falta de recursos humanos capacitados que pudieran apoyar a la comunidad para sensibilizar sobre un tema que se considera muy delicado. Entre el 2019 y el 2020, la OIM organizó varios cursos de formación de instructores para impartir a los participantes (p. ej., trabajadores de la salud, personas que trabajan en escuelas, familias que perdieron a alguien por suicidio) los conocimientos y aptitudes necesarios para sensibilizar a la comunidad sobre el suicidio y superar las barreras del estigma y la delicadez en torno al tema. Unas 200 personas de 10 gobernaciones de diferentes partes del Iraq recibieron formación para comunicar a sus comunidades los factores de riesgo, los factores de protección, las posibles formas de prevenir el suicidio y la manera de prestar un apoyo breve a las personas y las familias a nivel comunitario hasta disponer de ayuda profesional. La OIM apoyó a algunos de los participantes en la organización de sesiones de sensibilización comunitaria en campamentos para desplazados internos, asentamientos informales y aldeas. Estas sesiones representaron una oportunidad para la supervisión y el entrenamiento “en el trabajo” para asegurar la eficacia de la formación. También fueron una buena oportunidad para poner a prueba los materiales de sensibilización y hacerlos más fáciles de usar.

### Recuadro 60. Evaluación de la formación de guardianes (Países Bajos)

El programa neerlandés de formación de guardianes es un curso de cuatro horas impartido por dos instructores. El programa incluye una introducción al tema del suicidio, los factores de riesgo y la prevención, escenificaciones repetidas de papeles a fin de poner en práctica las aptitudes y obtener conocimientos sobre la forma de derivar a las personas para que reciban apoyo adicional. La organización 113 Suicide Prevention evaluó la eficacia de la formación impartida entre el 2015 y el 2016, durante la cual se realizaron 42 sesiones de formación con 526 personas (Terpstra *et al.*, 2018). Los participantes en el programa de formación de guardianes provenían de los sectores de salud, educación y nivel socioeconómico, como también de seguridad y justicia, y transporte, y de iglesias y mezquitas. La formación de guardianes demostró eficacia en el aumento de los conocimientos y aptitudes para la prevención del suicidio y en el fortalecimiento de la confianza en los guardianes. Es interesante señalar que no se observó ningún efecto en el número de personas que los guardianes determinaron que corrían riesgo, ni en el número de derivaciones efectuadas más adelante.

### Recuadro 61. Prevención del suicidio (Turquía)

La labor nacional de prevención del suicidio en Turquía se reestructuró en consonancia con el Plan Nacional de Acción de Salud Mental (2011-2023). En el 2019 se pidió a todas las provincias de Turquía que eligieran un punto focal para que dirigiera la labor de prevención del suicidio. Estos profesionales recibieron formación impartida por el Ministerio de Salud en la elaboración de planes locales para la prevención del suicidio en sus provincias, como también en las derivaciones posteriores a la intervención y la importancia de la evaluación psiquiátrica rápida. Dado que los riesgos pueden variar de una región a otra, se pidió a estos profesionales capacitados que determinaran los factores de riesgo regionales de suicidio en su provincia y las fuentes de apoyo para las personas que tenían pensamientos suicidas o habían intentado suicidarse. Con este fin, se crearon comités provinciales para la prevención del suicidio bajo la coordinación de cada Dirección Provincial de Salud. Los miembros de los comités son representantes de la Dirección Provincial de Seguridad, el Comando Provincial de Gendarmería, la Dirección Provincial de Familia, Trabajo y Servicios Sociales, la Oficina Provincial del Muftí, la Dirección Provincial de Educación Nacional, el municipio y ONG. Estos comités trabajan en colaboración con todas las unidades que pueden prestar servicios sobre el terreno. A finales del 2018, todas las provincias habían elaborado sus propios planes de acción provinciales de prevención del suicidio para realizar actividades de manera eficaz. Las actividades se notifican al Ministerio de Salud dos veces al año. Algunos ejemplos de actividades incluyen la adaptación al contexto turco en el 2015 de los folletos de recursos de la OMS para la prevención del suicidio. Los folletos se utilizan en todo el país en la formación para el desarrollo de capacidades impartida a cinco profesiones distintas: médicos de familia, enfermeras de atención primaria, maestros, periodistas y empleados penitenciarios. Desde el 2015, la formación se ha impartido a 155.426 personas. El Ministerio de Salud ha logrado asegurar la cooperación mutua entre responsables de la aplicación de la ley, académicos, ONG y profesionales de salud. Esto ha incluido elaborar la formación para el personal de policía, que desempeña una función primordial en la prevención del suicidio en el país.

## VIGILANCIA

### Recuadro 62. El Registro de Suicidios de Queensland (Australia)

El Registro de Suicidios de Queensland es un sistema de vigilancia de la mortalidad por suicidio administrado por investigadores del Instituto Australiano para la Investigación y Prevención del Suicidio (AISRAP) de la Universidad Griffith y financiado por la Comisión de Salud Mental de Queensland. Requiere una estrecha colaboración con el Servicio de Policía de Queensland y el Tribunal Forense de Queensland. Debido a la necesidad de tener información en tiempo real, el AISRAP estableció un Registro de Suicidios de Queensland provisional en el 2011.

El Registro de Suicidios contiene una amplia gama de información sobre los suicidios ocurridos en Queensland desde 1990. La información proviene de cuatro fuentes principales, que incluyen los informes policiales de defunción presentados a un forense, las autopsias post mortem, los informes de toxicología y los hallazgos de los forenses. El Instituto Australiano para la Investigación y Prevención del Suicidio recibe los formularios policiales del Servicio de Policía y del Tribunal Forense. Luego accede al Sistema Nacional de Información Forense (NCIS) para obtener los demás informes. Se realizan comprobaciones cruzadas adicionales con el Registro de Nacimientos, Defunciones y Matrimonios de Queensland. Cada presunto suicidio se introduce en dos etapas, lo que resulta en el Registro de Suicidios provisional y el Registro de Suicidios. En la primera etapa, la información procedente de los informes electrónicos de la policía relativos a todos los presuntos suicidios se agrega al Registro de Suicidios provisional tres veces por semana. En la segunda etapa, la investigación forense termina y los casos se cierran en el Sistema Nacional de Información Forense; luego pasan del Registro de Suicidios provisional al Registro de Suicidios con información adicional procedente de diferentes informes que los asistentes de investigación capacitados incorporan y verifican dos veces.

Mediante el uso de un árbol de decisión, el personal del Registro de Suicidios codifica todas las defunciones en una de cuatro probabilidades: improbable, posible, probable o más allá de cualquier duda razonable. Solo se notifican las defunciones clasificadas en las categorías de probable o más allá de cualquier duda razonable<sup>78</sup>. El Registro de Suicidios es la principal fuente de datos que sirve de base para las estrategias de prevención del suicidio de Queensland y otras actividades y evaluaciones de la prevención del suicidio.

<sup>78</sup> <https://www.griffith.edu.au/griffith-health/australian-institute-suicide-research-prevention/research/qsr>, consultado el 28 de enero del 2021.

### Recuadro 63. Vigilancia de lesiones intencionales (Brasil)

La sensibilización, la inversión financiera y la inclusión de la prevención del suicidio en la agenda de salud fueron elementos clave del éxito en la vigilancia de lesiones intencionales en Brasil, que está integrada en el Sistema de Vigilancia de la Violencia y los Accidentes del país. En el 2006, el Ministerio de Salud del Brasil puso en marcha una ordenanza ministerial (Portaria 1.876, agosto del 2006) que estableció directrices nacionales para la prevención del suicidio aplicables en todos los niveles de gobernanza (federal, estatal y municipal). 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 los servicios especializados y de urgencias de los casos de autolesiones (p. ej., centros para mujeres o centros de derivación para casos de violencia), como también fondos para la implementación del sistema de vigilancia a nivel estatal y municipal. En el 2011, el Ministerio de Salud promulgó una nueva ordenanza ministerial que hacía obligatoria la notificación de vigilancia de autolesiones e intentos de suicidio para todos los servicios de salud (no solo los servicios especializados y de urgencias), y estableció criterios y responsabilidades para los profesionales y los servicios de salud. En el 2014, el Ministerio de Salud promulgó una nueva ordenanza ministerial que obligaba a los secretarios de salud de los municipios a notificar los intentos de suicidio en un plazo de 24 horas. En 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.

### Recuadro 64. Observatorio de la Conducta Suicida (Centroamérica y República Dominicana)

El Observatorio de la Conducta Suicida de Centroamérica y la República Dominicana<sup>79</sup>, copatrocinado por la OPS y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), fue creado en el 2013 como un espacio interdisciplinario e intersectorial para recopilar datos y generar información sobre la conducta suicida en Centroamérica y la República Dominicana. El objetivo del observatorio es disponer de información epidemiológica oficial y oportuna que permita caracterizar la conducta suicida en los países con miras a fortalecer las capacidades nacionales para adoptar decisiones sobre la elaboración y el diseño de planes y programas basados en la evidencia.

Los datos de mortalidad en América Latina han sido descritos como “irregulares”, especialmente cuando se comparan con datos de países europeos (Bertolote y Fleischmann, 2002). Existen problemas adicionales, de los cuales uno de los más graves es el retraso en la presentación de datos (OPS, 2014). Por otro lado, existen notables disparidades en las tasas de suicidio entre los distintos países, incluso entre algunos que tienen niveles similares de desarrollo (Liu, 2009), lo que probablemente refleje problemas de método (OPS, 2016). Se propuso establecer un Observatorio Subregional de Conducta Suicida para fortalecer los sistemas de información en materia de salud mental y mejorar el análisis de los problemas y la adopción de decisiones sobre la base de datos epidemiológicos fiables. Desde el principio se han recopilado datos sobre suicidios consumados, pero recientemente se han incluido también datos sobre intentos de suicidio.

79 Oficina virtual de gestión, información y comunicación en materia de salud de la Integración Centroamericana y la República Dominicana ([http://comisca.net/content/observatorio\\_suicidio](http://comisca.net/content/observatorio_suicidio), consultado el 28 de enero del 2021).

### Recuadro 65. El sistema de monitoreo de autolesiones del Hospital Universitario Aga Khan (AKUH-SHMS) (Pakistán)

El Hospital Universitario Aga Khan es un hospital docente privado de 700 camas ubicado en el centro de Karachi, la ciudad más grande del Pakistán, cuya población es de unos 22 millones de habitantes. Utiliza el sistema hospitalario de información y gestión para sus registros médicos. Recibe un promedio de 60 a 65 casos de autolesiones al año. Los casos de autolesiones se clasifican en tres grupos: las personas que han realizado intentos graves desde el punto de vista médico que son hospitalizadas; las personas dadas de alta después de recibir tratamiento médico en la sala de urgencias; y las personas que abandonan el hospital en contra del consejo médico. Todos los pacientes autolesionados son derivados al equipo de psiquiatría de guardia para su evaluación y los detalles se documentan en los registros médicos de los pacientes. Periódicamente se celebran talleres de formación para el personal médico, de psiquiatría y de enfermería sobre la evaluación y el registro de información vital de los casos de autolesiones.

En 1990, el Departamento de Psiquiatría estableció un registro para los casos de personas autolesionadas que se presentan en el Hospital Universitario Aga Khan. Los datos se recuperan de los registros médicos y se registran en un formulario de extracción de datos especialmente diseñado (incluidos los detalles sociodemográficos, los métodos utilizados, el tipo de sustancia, la accesibilidad, la intención, el motivo de la autolesión, el diagnóstico psiquiátrico, la disposición y el seguimiento) y un oficial de investigación los introduce en una base de datos informatizada. Se celebran reuniones trimestrales para examinar los datos y la calidad de la base de datos. Actualmente, la mayor parte de la información se capta electrónicamente.

Si bien el Hospital Universitario recibe un número relativamente pequeño de casos de autolesiones que tienen lugar en Karachi, la base de datos ha proporcionado información útil sobre el patrón de autolesiones y ha dado lugar a varias publicaciones. Algunas de las conclusiones fundamentales de la investigación sobre las autolesiones en el Pakistán son resultado de la información generada por la base de datos del sistema de monitoreo de autolesiones del Hospital Universitario (p. ej., altas tasas de autolesiones en jóvenes casadas, bajas tasas de repetición de autolesiones o suicidio, alto uso de benzodiazepinas, bajo uso de analgésicos en autolesiones) (Khan y Reza, 1998; Syed y Kahn, 2008; Zakiullah *et al.*, 2008).

Algunos factores esenciales que contribuyen a la sostenibilidad del sistema de monitoreo incluyen el liderazgo departamental, la presencia de una persona dedicada a la investigación, la formación y la educación del personal médico y de enfermería, la documentación y el mantenimiento de registros médicos, los sistemas de información y el control de la calidad.

El sistema de monitoreo de autolesiones del Hospital Universitario Aga Khan sigue siendo la única base de datos de autolesiones en el país y proporciona un excelente ejemplo de un sistema basado en centros de salud de bajo costo y que no requiere muchos recursos sobre datos recopilados sistemáticamente. Esto es particularmente útil para los países de ingresos bajos y medianos que carecen de sistemas nacionales de vigilancia de las autolesiones.

## VELAR POR QUE SE LIMITE EL ACCESO A LOS MEDIOS DE SUICIDIO

### Recuadro 66. Prohibiciones de plaguicidas (Bangladesh)

En el 2000, la autoridad de registro de plaguicidas de Bangladesh retiró del uso agrícola todos los plaguicidas peligrosos de clase I de la OMS, incluidos los insecticidas organofosforados altamente tóxicos diclorvos, paratión, metil paratión, monocrotofos y fosfamidón. En los años siguientes, la tasa de suicidios por plaguicidas se redujo drásticamente, de 6,3 por cada 100.000 en 1996 a 2,2 por 100.000 en el 2014, lo que representa una disminución del 65,1% (Chowdhury *et al.*, 2018). Dado que las tasas de muerte por ahorcamiento no variaron durante este período, parece que estas prohibiciones redujeron la cifra total de suicidios. Al mismo tiempo, no hubo evidencia de que estas prohibiciones de insecticidas específicas hubieran tenido algún efecto en la producción agrícola.

### Recuadro 67. Limitación del acceso a los medios en la comunidad (Canadá)

En la comunidad de La Ronge, en la parte norte de la provincia de Saskatchewan (Canadá), el grupo de trabajo de seguridad relativa a los medios está aplicando programas de seguridad de medicamentos en toda la comunidad como una estrategia para restringir el acceso a medios letales de suicidio. Con un enfoque multifacético, el coordinador comunitario de La Ronge está adaptando un folleto sobre la creación de un hogar más seguro con información de apoyo local; ofreciendo programas de educación virtual en asociación con el farmacéutico local; y distribuyendo cajas de seguridad para medicamentos entre las personas que se ha determinado que corren mayor riesgo de suicidio. Los médicos distribuyen las cajas de seguridad para medicamentos en sitios clave de los servicios de salud en la comunidad entre los cuidadores de personas que han tenido pensamientos suicidas o que han intentado suicidarse. Las enseñanzas extrañas en La Ronge están sirviendo de apoyo directamente a las comunidades en otras partes de Saskatchewan donde los coordinadores locales están adaptando el programa para que se ajuste a las necesidades en sus propias comunidades. De cara al futuro, el grupo de trabajo de seguridad relativa a los medios en La Ronge ha calificado el consumo de alcohol como otra esfera importante que debe explorarse para la programación de seguridad relativa a los medios.

### Recuadro 68. Restricción del acceso a los plaguicidas (Fiji)

El Gobierno de Fiji prohibió la importación, la venta y el uso de dos tipos de plaguicidas (paraquat e imidacloprid) a partir del 1 de enero del 2020. El paraquat se ha relacionado con varios suicidios en Fiji y se ha demostrado que tiene efectos perjudiciales para el medio ambiente. La aceptación por parte del gobierno fue esencial para que se aprobara la prohibición de los plaguicidas. La importancia de la prohibición se destacó ante el gobierno mediante 1) un enfoque multisectorial que aunaba al Ministerio de Agricultura, al Ministerio de Salud y a las ONG de agricultura orgánica para resaltar las razones de la prohibición; y 2) el aprovechamiento de la cobertura mediática del suicidio para resaltar la importancia de la prohibición.

El Comité Nacional de Prevención del Suicidio del Ministerio de Salud solicitó la restricción de los plaguicidas para prevenir los suicidios. El Ministerio de Agricultura recomendó la prohibición de los plaguicidas debido a los efectos negativos en el medio ambiente (animales, suministro de agua y salud humana). Al mismo tiempo, las ONG y las comunidades impulsaron la agricultura orgánica utilizando plaguicidas naturales en Fiji debido a los efectos negativos que tienen el paraquat y el imidacloprid en la tierra. Cuidar de la tierra y del medio ambiente es esencial para la identidad y la cultura de Fiji.

La cobertura mediática se utilizó para destacar la importancia de la prevención del suicidio y, por lo tanto, de la prohibición de los plaguicidas. La cobertura mediática incluyó campañas sobre la prevención del suicidio dirigidas por el Comité Nacional de Prevención del Suicidio, historias personales de suicidio compartidas por miembros de alto rango de la comunidad a través de las redes sociales y datos de la policía sobre suicidios.

Los agricultores que usaban regularmente estos plaguicidas, y los vendedores de los plaguicidas, opusieron resistencia a la prohibición. Para superar estas barreras, el Ministerio de Agricultura y las ONG implicadas en la agricultura orgánica colaboraron directamente con los agricultores y vendedores para informarlos sobre los peligros de estos plaguicidas y dónde encontrar alternativas. La sensibilización se centró en los beneficios relativos al cambio climático y la salud. Para dar tiempo a los agricultores y vendedores para que se adaptaran a los cambios inminentes, la labor de promoción comenzó seis meses antes de que la prohibición entrara en vigor.

El carácter descendente de la prohibición del gobierno significa que la prohibición se acata, lo que pone de relieve la importancia de la aceptación por parte del gobierno.

“No podemos hacerlo solos, aislados”

Tavaita Sorovanalagi Matakaca, oficial del Proyecto nacional de prevención del suicidio del Ministerio de Salud de Fiji.

El Comité Nacional de Prevención del Suicidio ha aprovechado esta oportunidad para fomentar el bienestar mental como una manera de prevenir los suicidios (p. ej., sensibilizar a la comunidad sobre el manejo del estrés). El gobierno está monitoreando el número de suicidios en el país para evaluar los efectos de la prohibición de los plaguicidas. Los datos iniciales de enero a mayo del 2020 revelaron una ligera disminución de las tasas de suicidio frente al 2019.

### Recuadro 69. Banning paraquat, Malaysia

La intoxicación por plaguicidas es el segundo método de suicidio más común en Malasia. El país comenzó a aplicar una prohibición total del paraquat el 1 de enero del 2020. El paraquat es un herbicida que se asocia con una letalidad particularmente alta cuando se ingiere, ya que no existe ningún antídoto ni un tratamiento efectivo para la intoxicación por este producto. Las tasas de intoxicación por paraquat habían aumentado 5,5 veces en el 2015 frente a las tasas del 2006, cuando se permitió el uso restringido tras la decisión inicial de prohibir el paraquat en el 2002 (Leong *et al*, 2018). La aplicación en el mundo real de una prohibición del paraquat para reducir el acceso a plaguicidas letales requiere afrontar la accesibilidad de alternativas al paraquat sostenibles en las comunidades agrícolas.

## INTERACTUAR CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA QUE INFORMEN DE FORMA RESPONSABLE SOBRE EL SUICIDIO

### Recuadro 70. Adaptación y aplicación de directrices para que los medios de comunicación informen de forma responsable sobre el suicidio (Eslovenia)

En el 2010, el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Andrej Marusic de la Universidad de Primorska (el Centro Esloveno para la Investigación del Suicidio), la Organización Nacional para la Calidad de Vida (OZARA) y la Asociación Eslovena para la Prevención del Suicidio colaboraron para adaptar las directrices de los medios de comunicación al contexto esloveno y aplicarlas. La publicación de la OMS Preventing suicide: a resource for media professionals [Prevención del suicidio: recurso para los profesionales de los medios de comunicación] se tradujo al esloveno. El grupo de trabajo colaboró con profesionales de los medios de comunicación para recopilar comentarios sobre la utilidad y la claridad del texto, y la directriz se adaptó más para incluir sus comentarios. El grupo de trabajo publicó la versión final de las directrices eslovenas para los medios de comunicación el Día Mundial para la Prevención del Suicidio (2010) en un evento que incluyó a destacados profesionales de los medios. El Instituto Nacional de Salud Pública coordinó la difusión. Se invitó a representantes de los medios de cada región de salud de Eslovenia a que abogaran por las directrices y se alentó a los representantes de los medios locales a que asistieran a talleres de formación de 90 minutos de duración. Estos talleres tenían por objeto facilitar el intercambio de opiniones entre los expertos en prevención del suicidio y los medios, en lugar de adoptar un enfoque de expertos didácticos o que provocara confrontaciones. También se enviaron copias de las directrices a las asociaciones de medios, a las que se pidió que las distribuyeran entre sus miembros.

Se diseñó un estudio de investigación para determinar si la intervención (la directriz y los talleres) había sido eficaz para mejorar la calidad de la información sobre el suicidio (Roškar *et al.*, 2017). Los artículos de los medios impresos se recuperaron a través de una agencia de monitoreo de los medios de comunicación durante dos períodos de 12 meses, uno antes de la introducción de las directrices y otro después de su difusión. Los artículos se evaluaron respecto de la presencia de indicadores cualitativos clave de la presentación responsable de información basada en las directrices. En el estudio se observó que el total de artículos relacionados con el suicidio había disminuido considerablemente después de la intervención. En seis de las 11 recomendaciones de la directriz se observaron cambios notables respecto de la dirección prevista. Sin embargo, no se observaron disminuciones notables en la información acerca del método y del lugar del suicidio, y se registró cierto aumento en el uso de material fotográfico inapropiado. Los investigadores señalaron que en el futuro la promoción de las directrices se beneficiaría de talleres con editores, periodistas y fotógrafos realizados por separado a fin para atender sus distintas necesidades y demandas de trabajo.

## ACTUAR PARA DETECTAR A TIEMPO, EVALUAR, GESTIONAR Y HACER SEGUIMIENTO DE CUALQUIER PERSONA CON CONDUCTAS SUICIDAS

### Recuadro 71. Red de facilitadores de grupos de apoyo para personas en duelo por suicidio (Canadá)

Tras una labor de extensión nacional, la Asociación Canadiense para la Prevención del Suicidio (ACPS) detectó un creciente interés en crear un movimiento dinámico que abordara específicamente las preocupaciones, necesidades e iniciativas en materia de duelo por suicidio y posvención. En respuesta a ello, la organización estableció una alianza para el apoyo de personas en duelo por suicidio y para la posvención a fin de atender a dicho interés. Una de las prioridades clave de la alianza es establecer una red de facilitadores de grupos de apoyo para personas en duelo por suicidio. El objetivo de la red es reunir a las personas que prestan apoyo a las personas en duelo en un entorno grupal con el fin de intercambiar conocimientos, determinar y promover las mejores prácticas, reducir el aislamiento y aumentar el apoyo. Las funciones principales de la red son: 1) crear un espacio para el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias (desafíos y celebraciones) y mejores prácticas para los facilitadores que prestan servicios a personas que han sufrido una pérdida por suicidio; y 2) reducir el aislamiento entre los facilitadores individuales en lugares urbanos y rurales del Canadá. La red se lanzará formalmente a principios del 2021.

### Recuadro 72. Seguimiento de las personas que han intentado suicidarse (República Islámica del Irán)

En consonancia con la planificación y la ejecución del programa de prevención del suicidio de la República Islámica del Irán, en el 2017 se puso en marcha un nuevo programa en una de las provincias occidentales del país: Azerbaiyán Occidental, que tiene una tasa elevada de suicidios. El programa se basó en lo siguiente: 1) un registro en los departamentos de urgencias de las personas que han intentado suicidarse; 2) la continuidad de la atención mediante el seguimiento telefónico de quienes han intentado suicidarse y la prestación de asesoramiento breve; y 3) alentar a las personas que han intentado suicidarse a utilizar los servicios de salud mental. Como primera medida, se formó un comité directivo con la participación del Departamento de Policía, la Organización de Bienestar Social, un representante del Departamento de la Mujer de la Oficina del Presidente del Irán, el Departamento de Medicina Legal, la Sociedad Científica Iraní para la Prevención del Suicidio (IRSSP) como ONG, la Organización Rectora de la Televisión y el Departamento de Educación. El comité directivo estuvo dirigido por la oficina de salud mental del Ministerio de Salud. La IRSSP se encargó de llevar a cabo el programa en el Departamento de Salud y Tratamiento de la Universidad de Medicina de Wa. A nivel provincial, un comité directivo tuvo una representación similar y cada participante tenía sus propias funciones en la provincia de Wa. Cada participante tenía sus propias responsabilidades en cuanto a la sensibilización del público a través de la organización de la televisión, la prestación de apoyo social a través de la Organización de Bienestar y la seguridad de las personas suicidas. El Departamento de Medicina Legal proporcionó datos en tiempo real sobre los casos de suicidio, el Departamento de Educación derivó a los estudiantes cuyo examen para detectar conductas autolesivas había sido positivo, y el Departamento de Salud y Tratamiento desempeñaba la función principal en el programa, registrando casos, dando seguimiento y proporcionando asesoramiento breve. Después de un año de funcionamiento del programa, la tasa de suicidios se ha reducido de 7,9 a 6,1 por 100.000 habitantes (23%). La IRSSP desempeñó un papel clave en la coordinación de la labor de los colaboradores para asegurar la ejecución satisfactoria del programa.

### Recuadro 73. Asistente de recuperación como profesión emergente (Polonia)

Las personas que tienen problemas de salud mental y tendencias suicidas a menudo sienten que están solas, que son una carga para su familia y la comunidad y que nunca se recuperarán. Los asistentes de recuperación les dan esperanzas. Los asistentes de recuperación son expertos con experiencia directa que apoyan a las personas en crisis de salud mental, con o sin pensamientos suicidas, después de un intento de suicidio. También apoyan a las personas en duelo por suicidio, guiados por su propia experiencia en problemas de salud mental o conducta suicida, tratamiento, rehabilitación y recuperación. Los asistentes de recuperación trabajan a tiempo parcial o como voluntarios en ONG. De conformidad con el reglamento del Ministerio de Salud del 2019, los asistentes de recuperación pueden emplearse como parte de las actividades básicas de los centros de salud mental en toda Polonia. Los asistentes de recuperación trabajan en clínicas hospitalarias y ambulatorias, equipos de tratamiento comunitarios, clubes de autoayuda de pacientes y grupos de apoyo familiar, y se organizan a través de la Asociación de Asistentes de Recuperación (Stowarzyszenie Asystentów Zdrowienia). La función de un asistente de recuperación es apoyar el proceso de recuperación de la persona. En los centros de salud mental, los asistentes de recuperación participan en reuniones y sesiones de psicoterapia, apoyan a los pacientes y los acompañan durante las visitas comunitarias (incluso como parte de equipos móviles de extensión). También empoderan a las personas en cuanto a la solución de problemas, actividades de funcionamiento diario, el acceso al apoyo social y el apoyo a otras personas con sus propios intereses y pasiones. Los asistentes de recuperación sirven de modelo aplicable entre iguales de manera que pueden fortalecer el sentido de curación durante el proceso de recuperación. Están capacitados para derivar a los pacientes a especialistas cuando sea necesario. Los asistentes de recuperación también desempeñan un papel en la sensibilización y la promoción impartiendo formación, hablando en público y en entrevistas en los medios de comunicación, interactuando con los empleadores, participando en proyectos de investigación y promoviendo la causa en nombre de los servicios de salud mental ante los encargados de tomar decisiones.

# Anexo 3. Marco de indicadores de VIVIR LA VIDA

La visión de VIVIR LA VIDA es un mundo donde el suicidio ya no es una de las principales causas de muerte y donde las personas que intentan suicidarse o piensan en el suicidio se sienten cómodas para buscar ayuda competente y respetuosa con todos.

Para ayudar a hacer de esta visión una realidad, se ha incluido en esta guía un modelo de marco de indicadores para VIVIR LA VIDA. El marco de indicadores es un instrumento para ayudar a los planificadores a establecer las acciones necesarias para lograr los resultados intermedios previstos y el objetivo de VIVIR LA VIDA. El marco puede utilizarse para monitorear el progreso hacia el objetivo.

Los componentes se pueden describir como sigue:

- **OBJETIVO:** El resultado general que el programa procura lograr (o el problema general que debe atenderse).
- **RESULTADO INTERMEDIO:** El (los) cambio(s) que el programa necesita realizar, de modo que se pueda lograr el OBJETIVO (a veces denominado objetivos o resultados).
- **RESULTADO INMEDIATO:** Un producto o resultado específico que contribuye al RESULTADO INTERMEDIO. Puede haber muchas acciones individuales (actividades) necesarias para entregar un producto (a veces denominado resultado). En este marco, las filas RESULTADOS INMEDIATOS se dejan en blanco, ya que variarán en gran medida y dependerán del contexto. Sin embargo, se pueden encontrar ejemplos de las tareas que se pueden incluir en RESULTADOS INMEDIATOS en los capítulos correspondientes de la guía de aplicación de VIVIR LA VIDA, en las subsecciones “Cómo”.
- **INDICADORES:** Datos cuantitativos o cualitativos que determinan si se han entregado el RESULTADO INTERMEDIO y el OBJETIVO o la medida en que se ha producido el cambio.
- **SUPUESTOS:** Las condiciones necesarias para lograr el OBJETIVO, los RESULTADOS INTERMEDIOS y los RESULTADOS INMEDIATOS, que pueden estar fuera del alcance del programa.

Cuadro 15. Objetivos, resultados intermedios e indicadores para VIVIR LA VIDA

<p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>a) Reducción de las tasas de mortalidad por suicidio en los países: en un 15% (2019-2023); en un tercio (2015-2030).</p> <p>b) Mejora del monitoreo de las personas que se presentan con autolesiones.</p>	<p><b>INDICADORES DE LOS OBJETIVOS:</b></p> <p>a) Porcentaje del cambio de la tasa de mortalidad por suicidio en el país, 2019–2023; Porcentaje del cambio de la tasa de mortalidad por suicidio en el país 2015–2030.</p> <p>b) Se estableció un sistema nacional de vigilancia de las autolesiones.</p>	<p><b>Medios de verificación:</b></p> <p>a) Tasa de mortalidad por suicidio anual en el país.</p> <p>b) Sistema de vigilancia de las autolesiones en el país.</p>	<p><b>SUPUESTOS DE LOS OBJETIVOS:</b></p> <p>a) Que los países tienen datos de alta calidad relativos al suicidio basados en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de registro civil y estadísticas vitales del país;</li> <li>• Sistema nacional de vigilancia del suicidio;</li> <li>• Registros del Ministerio de Salud y del Ministerio de Estadística.</li> </ul> <p>b) Que los países tienen capacidad para elaborar, aplicar y mantener sistemas hospitalarios de vigilancia de las autolesiones.</p>
<p><b>RESULTADO INTERMEDIO 1:</b></p> <p>Se dispone de un análisis de la situación para fundamentar la planificación nacional de la prevención del suicidio.</p>	<p><b>INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se lleva a cabo, se analiza y se publica un análisis de la situación nacional, regional o específica de la situación (p. ej., escuelas).</li> </ul>	<p><b>SUPUESTOS DEL RESULTADO INTERMEDIO 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que se dispone de competencia técnica para elaborar, recopilar y analizar los datos necesarios.</li> </ul>	
<p><b>RESULTADOS INMEDIATOS 1</b></p> <p>[ADAPTACIÓN AL CONTEXTO DEL PAÍS]: Incluir los resultados inmediatos que conduzcan al logro de uno o varios RESULTADOS INTERMEDIOS. Se pueden encontrar en cada capítulo correspondiente de la guía de aplicación de VIVIR LA VIDA, en las subsecciones “Cómo”, ejemplos de los resultados inmediatos que pueden incluirse.</p> <p><b>INDICADORES DE LOS RESULTADOS INMEDIATOS 1</b></p> <p>Los RESULTADOS INMEDIATOS deben tener indicadores correspondientes.</p>			
<p><b>RESULTADO INTERMEDIO 2:</b></p> <p>La prevención del suicidio se integra en los sectores ajenos a la salud pertinentes, y se establece y fortalece la gobernanza y la colaboración multisectorial (que incluye tanto a los sectores gubernamentales como a otros interesados directos de la comunidad).</p>	<p><b>INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se nombra un coordinador nacional de la prevención del suicidio a tiempo completo y asalariado.</li> <li>• Nombramiento de un comité directivo nacional multisectorial de prevención del suicidio (grupo de gobernanza)<sup>80</sup>.</li> <li>• Nombramiento de un grupo de trabajo nacional o local de prevención del suicidio para planificar y aplicar los pilares e intervenciones de VIVIR LA VIDA.</li> <li>• Número de reuniones del comité directivo nacional de prevención del suicidio (grupo de gobernanza) relacionadas con los pilares y las intervenciones de VIVIR LA VIDA.</li> <li>• Número de reuniones de cada grupo de trabajo nacional o local de prevención del suicidio para los pilares e intervenciones de VIVIR LA VIDA.</li> <li>• [Frecuencia de] la presentación de informes a los mecanismos de rendición de cuentas sobre las actividades de la colaboración.</li> </ul>	<p><b>SUPUESTOS DEL RESULTADO INTERMEDIO 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requiere liderazgo en la prevención del suicidio para establecer relaciones de trabajo.</li> <li>• Se requiere promoción dentro del gobierno (o de la comunidad) para fomentar la creación del grupo de trabajo; se reconoce la voluntad política en el gobierno respecto de la prevención del suicidio.</li> </ul>	

80 Las sugerencias para la composición del comité directivo y de los grupos de trabajo figuran bajo Colaboración multisectorial.

<p><b>RESULTADOS INMEDIATOS 2</b>                  [ADAPTACIÓN AL CONTEXTO DEL PAÍS]: Incluir los resultados inmediatos que conduzcan al logro de uno o varios RESULTADOS INTERMEDIOS. Se pueden encontrar en cada capítulo correspondiente de la guía de aplicación de VIVIR LA VIDA, en las subsecciones “Cómo”, ejemplos de los resultados inmediatos que pueden incluirse.</p> <p><b>INDICADORES DE LOS RESULTADOS INMEDIATOS 2</b>                  Los RESULTADOS INMEDIATOS deben tener indicadores correspondientes.</p>		
<p><b>RESULTADO INTERMEDIO 3:</b></p> <p>Mejora de los conocimientos y las aptitudes (y reducción del estigma) respecto del suicidio, las autolesiones y la salud mental en la población, en los grupos de riesgo y en los representantes nacionales o jefes de otros sectores.                  Mayor sensibilización de los servicios disponibles para las autolesiones y la salud mental.</p>	<p><b>INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje o número de personas y grupos de riesgo a los que se dirige la sensibilización.</li> <li>• [Proporción] de cambio en los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de búsqueda de ayuda en la población y en los grupos de riesgo.</li> <li>• Cambio en el número de personas en riesgo que se presentan a los servicios de salud (por trastornos de salud mental, pensamientos suicidas o autolesiones).</li> </ul>	<p><b>SUPUESTOS DEL RESULTADO INTERMEDIO 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El aumento de la sensibilización debe ir acompañado o precedido de la garantía de la disponibilidad de servicios.</li> <li>• Los registros de información de salud pueden desglosarse por datos sociodemográficos que puedan guardar proporción con el riesgo (p. ej., edad y origen étnico).</li> <li>• Se dispone de registros de información de salud.</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS INMEDIATOS 3</b>                  [ADAPTACIÓN AL CONTEXTO DEL PAÍS]: Incluir los resultados inmediatos que conduzcan al logro de uno o varios RESULTADOS INTERMEDIOS. Se pueden encontrar en cada capítulo correspondiente de la guía de aplicación de VIVIR LA VIDA, en las subsecciones “Cómo”, ejemplos de los resultados inmediatos que pueden incluirse.</p> <p><b>INDICADORES DE LOS RESULTADOS INMEDIATOS 3</b>                  Los RESULTADOS INMEDIATOS deben tener indicadores correspondientes.</p>		
<p><b>RESULTADO INTERMEDIO 4:</b></p> <p>Se fortalece el desarrollo de capacidades en el sector de la salud y en la comunidad para la prevención del suicidio.</p>	<p><b>INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje o número de trabajadores de la salud no especializados y de trabajadores especializados en salud mental (o porcentaje o número de instalaciones o servicios comunitarios, de salud primaria y secundaria donde se encuentra el personal de salud) que han recibido formación en la detección oportuna, la evaluación, la gestión y el seguimiento de las personas afectadas por autolesiones o el suicidio (cada 6 meses o anualmente).</li> <li>• Número de trabajadores de la salud no especializados y de trabajadores especializados en salud mental, a los que se evalúa respecto de su competencia en la detección oportuna, la evaluación, la gestión y el seguimiento de las personas afectadas por autolesiones o el suicidio (cada 6 meses o anualmente).</li> <li>• Porcentaje de planes de estudios de formación para trabajadores de la salud antes del servicio que incluyen formación en materia de detección oportuna, evaluación, gestión y seguimiento.</li> <li>• Porcentaje o número de guardianes comunitarios que han recibido formación en la detección temprana del riesgo de suicidio, la derivación y el seguimiento en la comunidad (anualmente).</li> </ul>	<p><b>SUPUESTOS DEL RESULTADO INTERMEDIO 4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La formación en competencias la elaboran e imparten personas técnicamente competentes en detección, evaluación, gestión y seguimiento en materia de autolesiones y suicidio.</li> </ul>

<p><b>RESULTADOS INMEDIATOS 4</b> [ADAPTACIÓN AL CONTEXTO DEL PAÍS]: Incluir los resultados inmediatos que conduzcan al logro de uno o varios RESULTADOS INTERMEDIOS. Se pueden encontrar en cada capítulo correspondiente de la guía de aplicación de VIVIR LA VIDA, en las subsecciones “Cómo”, ejemplos de los resultados inmediatos que pueden incluirse.</p> <p><b>INDICADORES DE LOS RESULTADOS INMEDIATOS 4</b> Los RESULTADOS INMEDIATOS deben tener indicadores correspondientes.</p>		
<p><b>RESULTADO INTERMEDIO 5:</b></p> <p>Se articulan los presupuestos y se aseguran fondos para aplicar los pilares y las intervenciones de VIVIR LA VIDA.</p>	<p><b>INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje del aumento de las asignaciones presupuestarias anuales para actividades de prevención del suicidio.</li> <li>• El presupuesto nacional destinado a la prevención del suicidio se asigna sistemáticamente cada año.</li> </ul>	<p><b>SUPUESTOS DEL RESULTADO INTERMEDIO 5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe la voluntad de financiar la prevención del suicidio.</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS INMEDIATOS 5</b> [ADAPTACIÓN AL CONTEXTO DEL PAÍS]: Incluir los resultados inmediatos que conduzcan al logro de uno o varios RESULTADOS INTERMEDIOS. Se pueden encontrar en cada capítulo correspondiente de la guía de aplicación de VIVIR LA VIDA, en las subsecciones “Cómo”, ejemplos de los resultados inmediatos que pueden incluirse.</p> <p><b>INDICADORES DE LOS RESULTADOS INMEDIATOS 5</b> Los RESULTADOS INMEDIATOS deben tener indicadores correspondientes.</p>		
<p><b>RESULTADO INTERMEDIO 6:</b></p> <p>Se establecen o fortalecen sistemas de vigilancia del suicidio o de autolesiones.</p> <p>El monitoreo y la evaluación contribuyen a los conocimientos nacionales y específicos de cada programa sobre la aplicación de VIVIR LA VIDA.</p>	<p><b>INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 6:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece en el país el sistema de registro civil y estadísticas vitales.</li> <li>• Porcentaje o número de hospitales o regiones que participan en el sistema de vigilancia de autolesiones.</li> <li>• Los datos sobre muertes por suicidio y autolesiones se desglosan por lo menos por edad, sexo y medios.</li> <li>• Los datos proporcionados por los sistemas de vigilancia en funcionamiento son de alta calidad.</li> <li>• El monitoreo de los indicadores del marco de VIVIR LA VIDA se notifica anualmente.</li> <li>• Publicación de evaluaciones sobre la aplicación de VIVIR LA VIDA (en el plazo acordado).</li> </ul>	<p><b>SUPUESTOS DEL RESULTADO INTERMEDIO 6:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe capacidad técnica para llevar a cabo la labor; se dispone de información de salud en el contexto, y de promoción para implicar a los sistemas de información de salud; existe potencial para la integración con los mecanismos de vigilancia existentes (p. ej., para las enfermedades transmisibles).</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS INMEDIATOS 6</b> [ADAPTACIÓN AL CONTEXTO DEL PAÍS]: Incluir los resultados inmediatos que conduzcan al logro de uno o varios RESULTADOS INTERMEDIOS. Se pueden encontrar en cada capítulo correspondiente de la guía de aplicación de VIVIR LA VIDA, en las subsecciones “Cómo”, ejemplos de los resultados inmediatos que pueden incluirse.</p> <p><b>INDICADORES DE LOS RESULTADOS INMEDIATOS 6</b> Los RESULTADOS INMEDIATOS deben tener indicadores correspondientes.</p>		
<p><b>RESULTADO INTERMEDIO 7:</b></p> <p>Las muertes por suicidio se reducen al restringir el acceso a los medios de suicidio.</p>	<p><b>INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 7:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje del cambio (reducción) de las muertes por suicidio por método (adaptado al contexto del país).</li> <li>• Número de medidas aplicadas para restringir el acceso a los medios de suicidio.</li> </ul>	<p><b>SUPUESTOS DEL RESULTADO INTERMEDIO 7:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los países cuentan con sistemas de vigilancia que incluyen el monitoreo de los medios de suicidio y autolesiones.</li> <li>• Los países cuentan con mecanismos de registro, licencia o monitoreo en relación con los medios de suicidio.</li> <li>• El método es susceptible de restricción (p. ej., plaguicidas y armas de fuego).</li> </ul>

<p><b>RESULTADOS INMEDIATOS 7</b>                  [ADAPTACIÓN AL CONTEXTO DEL PAÍS]: Incluir los resultados inmediatos que conduzcan al logro de uno o varios RESULTADOS INTERMEDIOS. Se pueden encontrar en cada capítulo correspondiente de la guía de aplicación de VIVIR LA VIDA, en las subsecciones “Cómo”, ejemplos de los resultados inmediatos que pueden incluirse.</p> <p><b>INDICADORES DE LOS RESULTADOS INMEDIATOS 7</b>                  Los RESULTADOS INMEDIATOS deben tener indicadores correspondientes.</p>		
<p><b>RESULTADO INTERMEDIO 8:</b>                  Información responsable sobre el suicidio por parte de los medios de comunicación.</p>	<p><b>INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 8:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número o porcentaje de informes que no cumplen las normas o directrices del país.</li> <li>• Número o porcentaje de informes que incluyen recursos que indican dónde buscar ayuda.</li> <li>• Número o porcentaje de informes que incluyen historias de cómo hacer frente a factores estresantes de la vida o pensamientos suicidas, y cómo obtener ayuda.</li> </ul>	<p><b>SUPUESTOS DEL RESULTADO INTERMEDIO 8:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los países cuentan con mecanismos de monitoreo de los medios de comunicación.</li> <li>• Los países han establecido directrices o normas de presentación de información relativas a la presentación responsable de la información y mecanismos de rendición de cuentas, en colaboración con los medios de comunicación.</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS INMEDIATOS 8</b>                  [ADAPTACIÓN AL CONTEXTO DEL PAÍS]: Incluir los resultados inmediatos que conduzcan al logro de uno o varios RESULTADOS INTERMEDIOS. Se pueden encontrar en cada capítulo correspondiente de la guía de aplicación de VIVIR LA VIDA, en las subsecciones “Cómo”, ejemplos de los resultados inmediatos que pueden incluirse.</p> <p><b>INDICADORES DEL (LOS) RESULTADO(S) INMEDIATO(S) 8</b>                  Los RESULTADOS INMEDIATOS deben tener indicadores correspondientes.</p>		
<p><b>RESULTADO INTERMEDIO 9:</b>                  Se fomentan las aptitudes de los jóvenes para la vida mediante la prestación universal de intervenciones psicosociales.</p>	<p><b>INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 9:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número o porcentaje de escuelas o entornos educacionales que proporcionan a los adolescentes intervenciones psicosociales universalmente basadas en la evidencia.</li> <li>• Porcentaje del cambio de las muertes por suicidio entre los adolescentes de 15 a 19 años o los jóvenes.</li> </ul>	<p><b>SUPUESTOS DEL RESULTADO INTERMEDIO 9:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe coordinación con los planificadores de los planes de estudios nacionales de educación.</li> <li>• Existe capacidad y competencia para llevar a cabo intervenciones psicosociales universales en entornos educacionales.</li> <li>• Los países cuentan con sistemas de registro civil y estadísticas vitales o de vigilancia que incluyen datos sociodemográficos (edad) junto con la causa de muerte.</li> <li>• Los países cuentan con mecanismos para la recopilación de datos en entornos educacionales (incluso para establecer datos de referencia sobre aptitudes socioemocionales para la vida).</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS INMEDIATOS 9</b>                  [ADAPTACIÓN AL CONTEXTO DEL PAÍS]: Incluir los resultados inmediatos que conduzcan al logro de uno o varios RESULTADOS INTERMEDIOS. Se pueden encontrar en cada capítulo correspondiente de la guía de aplicación de VIVIR LA VIDA, en las subsecciones “Cómo”, ejemplos de los resultados inmediatos que pueden incluirse.</p> <p><b>INDICADORES DE LOS RESULTADOS INMEDIATOS 9</b>                  Los RESULTADOS INMEDIATOS deben tener indicadores correspondientes.</p>		

<p><b>RESULTADO INTERMEDIO 10:</b></p> <p>Los entornos comunitarios y de salud (que incluyen servicios públicos, privados y no gubernamentales o de la sociedad civil, y pueden incluir otros sectores como la educación) tienen la capacidad para realizar de manera competente la detección oportuna, la evaluación, la gestión y el seguimiento de las personas que han intentado suicidarse y las que corren riesgo de suicidio.</p>	<p><b>INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 10</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de casos de autolesiones detectados de manera competente.</li> <li>• Número de casos de autolesiones evaluados de manera competente.</li> <li>• Número de casos de autolesiones gestionados de manera competente.</li> <li>• Número de vías de derivación en funcionamiento que los trabajadores comunitarios y de salud 1) documentan, 2) diseminan y 3) aplican.</li> <li>• Porcentaje de casos de personas con autolesiones que se presentan a instalaciones o servicios comunitarios o de salud primaria o secundaria que son objeto de seguimiento en la comunidad.</li> <li>• Porcentaje de personas en duelo que reciben apoyo oportuno de posvención.</li> </ul>	<p><b>SUPUESTOS DEL RESULTADO INTERMEDIO 10:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La evaluación de las competencias la elaboran e imparten personas técnicamente competentes en detección, evaluación, gestión y seguimiento en materia de autolesiones y suicidio.</li> <li>• Los países tienen sistemas de información de salud que incluyen el mantenimiento de registros coherentes entre los diferentes sistemas comunitarios y de salud, como los registros de salud y atención social.</li> <li>• Los trabajadores de la salud pueden hacer un seguimiento después del alta.</li> <li>• Las autolesiones se anotan en los registros de salud, es decir, se ha establecido la vigilancia para las autolesiones.</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS INMEDIATOS 10</b>  [ADAPTACIÓN AL CONTEXTO DEL PAÍS]: Incluir los resultados inmediatos que conduzcan al logro de uno o varios RESULTADOS INTERMEDIOS. Se pueden encontrar en cada capítulo correspondiente de la guía de aplicación de VIVIR LA VIDA, en las subsecciones “Cómo”, ejemplos de los resultados inmediatos que pueden incluirse.</p> <p><b>INDICADORES DE LOS RESULTADOS INMEDIATOS 10</b>  Los RESULTADOS INMEDIATOS deben tener indicadores correspondientes.</p>		

# Anexo 4. RECURSOS

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

### Recursos de la OMS

- Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([https://www.who.int/mental\\_health/resources/toolkit\\_mh\\_emergencias/en/](https://www.who.int/mental_health/resources/toolkit_mh_emergencias/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- Assessment Instrument for Mental Health Systems (AIMS). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70771/WHO\\_MSD\\_MER\\_05.2\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70771/WHO_MSD_MER_05.2_eng.pdf?sequence=1), consultado el 1 de enero del 2021).
- mhGAP Intervention Guide, version 2.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/mh-gap-intervention-guide--version-2.0>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a global imperative. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-global-imperative>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Rajan, D. Situation analysis of the health sector. En: Schmets G, Rajan D, Kadandale S (editores). Strategizing national health in the 21st century: a handbook (Chapter 3). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/25022/1/9789241549745-chapter3-eng.pdf?sequence=19>, consultado el 1 de enero del 2021).

### Recursos externos

- Arensman, E., Khan, M. (2017). Evaluation of National Suicide Prevention and Suicide Registration Programs in Iran. Teherán: Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud y Educación; 2017 ([https://iums.ac.ir/files/irssp/files/%D8%A7%D8%B1%-D8%B2%D8%B4%DB%8C%D8%A7%D8%A8%DB%8C\\_%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87\\_%D9%87%-D8%A7%DB%8C\\_%D9%85%D9%84%DB%8C\\_%D9%BE%DB%8C%D8%B4%DA%AF%DB%8C%D8%B1%DB%8C\\_%D8%A7%-D8%B2\\_%D8%AE%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C\\_%D9%88\\_%D8%AB%D8%A8%D8%AA\\_%D8%AE%D9%88%-D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C\\_%D8%AF%D8%B1\\_%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86.pdf](https://iums.ac.ir/files/irssp/files/%D8%A7%D8%B1%-D8%B2%D8%B4%DB%8C%D8%A7%D8%A8%DB%8C_%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87_%D9%87%-D8%A7%DB%8C_%D9%85%D9%84%DB%8C_%D9%BE%DB%8C%D8%B4%DA%AF%DB%8C%D8%B1%DB%8C_%D8%A7%-D8%B2_%D8%AE%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C_%D9%88_%D8%AB%D8%A8%D8%AA_%D8%AE%D9%88%-D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C_%D8%AF%D8%B1_%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86.pdf), consultado el 1 de enero del 2021)
- Data infrastructure: recommendations for state suicide prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2019 (<http://www.sprc.org/sites/default/files/StateInfrastructureDataSupplement.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021)
- Final report on situation analysis and gaps of national suicide prevention and registration programs. Tehran: Iranian Society for Suicide Prevention; 2017 ([https://irssp.iums.ac.ir/files/irssp/files/2nd\\_part-situational\\_analysis\\_final\\_report.pdf](https://irssp.iums.ac.ir/files/irssp/files/2nd_part-situational_analysis_final_report.pdf), consultado el 1 de enero del 2021)
- Instructions for Conducting a SWOT Analysis. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre ([https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/swot\\_0.pdf](https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/swot_0.pdf), consultado el 1 de enero del 2021)
- KoBo Toolbox. Cambridge (MA): Harvard Humanitarian Initiative (<https://www.kobotoolbox.org/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Malakouti, S. K. Evaluation of Iran's National Suicide Prevention Program: the lessons learnt. Journal of Suicide Prevention (Iran). 2019;1:35-40 (<http://issp.ir/article-1-29-en.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Shekhani, S. S., Perveen, S., Akbar, K., Bachani, S., Khan, M. M. Suicide and deliberate self-harm in Pakistan: a scoping review. BMC psychiatry. 2018;18(1):44.
- Torok, M., Konings, P., Batterham, P. J., Christensen, H. Spatial clustering of fatal, and non-fatal, suicide in New South Wales, Australia: implications for evidence-based prevention. BMC psychiatry. 2017;17(1):339 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28985736/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Torok, M., Shand, F., Phillips, M., Meteoro, N., Martin, D., Larsen, M. Data-informed targets for suicide prevention: a small-area analysis of high-risk suicide regions in Australia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54(10):1209-18 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31041467/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Veto violence. Atlanta (GA): Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (<https://vetoviolence.cdc.gov/apps/violence-prevention-practice/#/>, consultado el 1 de enero del 2021).

## COLABORACIÓN MULTISECTORIAL

### Recursos de la OMS

- NCD map tool. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/ncd-multisectoral-plantool/home.html><https://apps.who.int/ncd-multisectoral-plantool/home.html>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Stronger collaboration, better health: the global action plan for health lives and well-being for all. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Global status report on noncommunicable diseases. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458\\_eng.pdf;jsessionid=42BA85A08E2769E793007275AB084122?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=42BA85A08E2769E793007275AB084122?sequence=1), consultado el 1 de enero del 2021).
- Noncommunicable diseases prevention and control in the South-eastern Europe Health Network: an analysis of intersectoral collaboration. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2012 ([https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/164457/e96502.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/164457/e96502.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- Indigenous experiences in wellness and suicide prevention. Washington (D. C.); Organización Panamericana de la Salud; 2018 (<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34578/PAHONMH17037-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Promoting mental health in indigenous populations: experiences from countries. Washington (D. C.): Organización Panamericana de la Salud; 2016 ([https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28415/9789275118979\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28415/9789275118979_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y), consultado el 1 de enero del 2021).

### Recursos externos

- #308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (<http://www.mentalhealthcommission.ca/English/initiatives/11884/308conversations>, consultado el 1 de enero del 2021).
- 10th Anniversary Report. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention; 2020 (<https://theactionalliance.org/10th-anniversary-report>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Action against suicide. Erbil: Azhee (<http://azhee.org/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Community engagement toolkit. Burnaby: The Social Planning and Research Council of British Columbia; 2013 (<https://www.sparc.bc.ca/wp-content/uploads/2017/03/community-engagement-toolkit.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Engaging people with lived experience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/keys-success/lived-experience>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Framework for the engagement of people with a lived experience in program implementation and research. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/about/who-we-are/lived-experience/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Lived experience. Zero Suicide Institute (<https://zerosuicide.edc.org/toolkit-taxonomy/lived-experience>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Partner engagement tool. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre (<http://www.sprc.org/statewide-partnerships>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Partnerships and collaboration. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre (<https://www.sprc.org/keys-success/partnerships-collaboration>, consultado el 1 de enero del 2021).
- PREVENTS: The President's Roadmap to Empower Veterans and End a National Tragedy of Suicide. Washington (D. C.): Departamento de Asuntos de los Veteranos; 2020 ([https://www.va.gov/PREVENTS/docs/PRE-007-The-PREVENTS-Roadmap-1-2\\_508.pdf](https://www.va.gov/PREVENTS/docs/PRE-007-The-PREVENTS-Roadmap-1-2_508.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- Prompts and suggestions for speaking with local leaders on suicide prevention. London: Department of Health; 2012 ([https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/137641/Prompts-for-local-leaders-on-suicide-prevention.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/137641/Prompts-for-local-leaders-on-suicide-prevention.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- RISING SUN: Reducing the Incidence of Suicide in Indigenous Groups – Strengths United through Networks- Toolkit for Resilience. Geneva & London: Mental Health Innovation Network; 2014 (<https://www.mhinnovation.net/collaborations/rising-sun/rising-sun-toolkit>, consultado el 1 de enero del 2021).

el 1 de enero del 2021).

- Roses in the ocean. Brisbane (<https://rosesintheocean.com.au/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Special Working Group on the Decriminalisation of Suicide. Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (<https://www.iasp.info/decriminalisation.php>, consultado el 1 de enero del 2021).
- State suicide prevention plans and leadership guidance. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre; 2020 ([https://www.sprc.org/sites/default/files/State%20Suicide%20Prevention%20Plans%20and%20Leadership%20Guidance.pdf?utm\\_source=Weekly+Spark+6%2F5%2F20&utm\\_campaign=Weekly+Spark+June+5%2C+2020&utm\\_medium=email](https://www.sprc.org/sites/default/files/State%20Suicide%20Prevention%20Plans%20and%20Leadership%20Guidance.pdf?utm_source=Weekly+Spark+6%2F5%2F20&utm_campaign=Weekly+Spark+June+5%2C+2020&utm_medium=email), consultado el 1 de enero del 2021).
- Tennessee Suicide Prevention Network. Nashville (TN) (<https://www.tspn.org/about/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Transforming communities: key elements for the implementation of comprehensive community-based suicide prevention. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention; 2016 (<https://theactionalliance.org/sites/default/files/transformingcommunitiespaper.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- The Way Forward: Pathways to hope, recovery, and wellness with insights from lived experience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2014 (<https://www.sprc.org/resources-programs/way-forward-pathways-hope-recovery-and-wellness-insights-lived-experience>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Lived experience. Washington (DC): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/our-strategy/lived-experience>, consultado el 1 de enero del 2021).

## SENSIBILIZACIÓN Y PROMOCIÓN

### Recursos de la OMS

- Campaign materials: animations. What emergency workers, health workers, teachers and employers can do to help prevent suicide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/health-topics/suicide/campaign-materials-animations>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Campaign materials: handouts. What emergency workers, health workers, teachers, prison officers, media professionals and employers can do to help prevent suicide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/health-topics/suicide/campaign-materials-handouts>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Depression: Let's talk: handouts. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/depression/suicide-04-handouts-depression.pdf?sfvrsn=7c5eaac4\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/depression/suicide-04-handouts-depression.pdf?sfvrsn=7c5eaac4_2); [https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/depression/life-worth-living-03-handouts-depression.pdf?sfvrsn=a4fb25b5\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/depression/life-worth-living-03-handouts-depression.pdf?sfvrsn=a4fb25b5_2), consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a global imperative. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- Día Mundial de la Salud Mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/previous\\_WMHDDs/en/](https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/previous_WMHDDs/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/wspd/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd/en/), consultado el 1 de enero del 2021).

### Recursos externos

- #308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (<https://www.mentalhealthcommission.ca/English/308conversations>, consultado el 1 de enero del 2021).
- #SpottheSigns Campaign. Warrington, Reino Unido (<https://www.papyrus-uk.org/spotthesigns/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- #Youcantalk Campaign. Newcastle, Australia (<https://lifeinmind.org.au/youcantalk>, consultado el 1 de enero del 2021).
- 320 Changes Direction Campaign, EUA (<https://www.changedirection.org/320-changes-direction/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Be The 1 To Campaign, EUA (<https://www.bethe1to.com/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Befrienders Kenya (<http://www.befrienderskenya.org/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Busting Myths Campaign. Beyond Blue. Melbourne, Australia (<https://www.beyondblue.org.au/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Check Your Mates Campaign, Australia ([www.checkyourmates.com.au/](http://www.checkyourmates.com.au/), consultado el 1 de enero del 2021).

- Creating an effective suicide prevention awareness campaign. Ottawa: Mental Health Commission of Canada ([https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-01/roh\\_safe\\_activities\\_eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-01/roh_safe_activities_eng.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- Framework for successful messaging (<http://suicidepreventionmessaging.org/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Inside My Mind Campaign, Australia ([www.insidemymind.org.au](http://www.insidemymind.org.au), consultado el 1 de enero del 2021).
- Campaign resources, International Association for Suicide Prevention ([https://iasp.info/resources/World\\_Suicide\\_Prevention\\_Day/2019/](https://iasp.info/resources/World_Suicide_Prevention_Day/2019/), consultado el 1 de enero del 2021).
- Messaging resources. Washington (D. C.): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/messaging>, consultado el 1 de enero del 2021).
- REACH. Washington (D. C.): U.S. Departmento de Asuntos de los Veteranos ([www.REACH.gov](http://www.REACH.gov), consultado el 1 de enero del 2021).
- R U O K? Day, Australia ([www.ruok.org.au/join-r-u-ok-day](http://www.ruok.org.au/join-r-u-ok-day), consultado el 1 de enero del 2021).
- Safer conversations about suicide on social media. Ottawa: Mental Health Commission of Canada ([https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/safe\\_suicide\\_conversations\\_social\\_media\\_eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/safe_suicide_conversations_social_media_eng.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- See Me campaign. Glasgow, Escocia (<https://www.seemescotland.org/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Stichting 113, Países Bajos (<https://vimeo.com/291877756>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Storytelling for suicide prevention – checklist (information to support people with lived experience). National Suicide Prevention Lifeline, EUA (<https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2018/10/Lifeline-Storytelling-Checklist.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Take5ToSaveLives. National Council for Suicide Prevention, EUA (<https://www.take5tosavelives.org/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- What can be done to decrease suicidal behaviour in Australia? White Paper. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/suicide-prevention-white-paper/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Wot Na Wot Kine Campaign. Perth: WA Primary Health Alliance, Australia ([www.wapha.org.au/wot-na-wot-kine/](http://www.wapha.org.au/wot-na-wot-kine/), consultado el 1 de enero del 2021).
- Yams Heal Campaign, Australia ([www.yamsheal.com.au/](http://www.yamsheal.com.au/), consultado el 1 de enero del 2021).
- ŽIV? ŽIV! [Alive? Alive!] Campaign. Koper: Slovene Centre for Suicide Research, Eslovenia (<http://zivziv.si/>, consultado el 1 de enero del 2021).

## DESARROLLO DE CAPACIDADES

### Recursos de la OMS

- mhGAP intervention guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/publications/mhGAP\\_intervention\\_guide/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- mhGAP training manuals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/training\\_manuals/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide resource series. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/resources/preventing-suicide/en/](https://www.who.int/mental_health/resources/preventing-suicide/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Recursos externos
- Advanced training in suicide prevention. Newcastle, Australia: Life in Mind (<https://lifeinmind.org.au/services/advanced-training-in-suicide-prevention>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). Calgary, Canadá (<https://www.livingworks.net/asist>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Choosing a suicide prevention gatekeeper training program: a comparison table. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/resources-programs/choosing-suicide-prevention-gatekeeper-training-program-comparison-table>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS), EUA (<https://cams-care.com/about-cams/>, consultado el 1 de enero del 2021).

- Ireland Taxi Watch: Suicide prevention drive that saved 200 lives. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/news/ireland-taxi-watch-suicide-prevention-drive-saved-200-lives>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Lions Barber Collective, Reino Unido (<https://www.thelionsbarbercollective.com/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Logic model and guidance for how to create culturally and linguistically appropriate suicide prevention and intervention materials for ethnic and migrant minority groups. Boston (MA): Massachusetts Coalition for Suicide Prevention (<https://www.masspreventsuicide.org/regional-coalitions/greater-boston>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Mates in Construction, Australia (<https://mates.org.au/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- MindOut: LGBTIQ Mental Health & Suicide Prevention training and support, Australia ([www.lgbtihealth.org.au/mindout](http://www.lgbtihealth.org.au/mindout), consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide toolkit for high schools. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<https://youth.gov/feature-article/preventing-suicide-toolkit-high-schools>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a technical package of policy, programs, and practices. Atlanta (GA): Division of Violence Prevention, Centers for Disease Control and Prevention; 2017 (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Question, Persuade, Refer Suicide Prevention Training Programme, EUA (<http://www.qprinstitute.com>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Ross, V., Caton, N., Gullestrup, J., Kølves, K. A longitudinal assessment of two suicide prevention training programs for the construction industry. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020.17(3):803.
- safeTALK Programme, Australia (<https://www.livingworks.com.au/programs/safetalk/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Setting for prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/settings>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Zero Suicide Alliance, Londres, Reino Unido (<https://www.zerosuicidealliance.com/training>, consultado el 1 de enero del 2021).

## FINANCIAMIENTO

### Recursos de la OMS

- Mental health financing. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/policy/services/essentialpackage1v4/en/](https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v4/en/), consultado el 1 de enero del 2021).

### Recursos externos

- Chisholm, D., Docrat, S., Abdulmalik, J., Alem, A., Gureje, O., Gurung, D. *et al.* Mental health financing challenges, opportunities and strategies in low- and middle-income countries: findings from the Emerald project. *BJPsych Open*. 2019;5(5):e68 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688460/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Leaving a legacy: recommendations for sustaining suicide prevention programs. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center ([http://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/Leaving%20a%20Legacy%20-%20Sustainability%20Recommendations\\_0.pdf](http://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/Leaving%20a%20Legacy%20-%20Sustainability%20Recommendations_0.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- Mental health funding and the SDGs: What now and who pays? London: Overseas Development Institute; 2016 (<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/Mental.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Reframe: funding mental health. Mumbai: Mariwala Health Initiative; 2018 ([https://mhi.org.in/media/insight\\_files/MHI\\_Progress\\_Report\\_DI-GITAL.pdf](https://mhi.org.in/media/insight_files/MHI_Progress_Report_DI-GITAL.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- Woelbert, E., Lundell, Smith, K., White, R., Kemmer, D. Accounting for mental health research funding: developing a quantitative baseline of global investments. *The Lancet Psychiatry*. 2020;8(3):250-80 ([https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30469-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30469-7/fulltext), consultado el 1 de enero del 2021).

## VIGILANCIA

### Recursos de la OMS

- A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112852/9789241506717\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112852/9789241506717_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y), consultado el 1 de enero del 2021).
- A resource for suicide case registration. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf?sequence=1), consultado el 1 de enero del 2021)
- Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/surveillance/fatal\\_injury\\_surveillance/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/fatal_injury_surveillance/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 ([https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/attempts\\_surveillance\\_systems/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/attempts_surveillance_systems/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- STEPwise approach to surveillance (STEPS). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Verbal autopsy standards and instrument. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://www.who.int/healthinfo/statistics/verbal-autopsystandards/en/>, consultado el 1 de enero del 2021).

### Recursos externos

- 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Chapter 4: Surveillance, research, and evaluation. Washington (D. C.): Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109916/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Breaking down barriers: using youth suicide-related data. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/resources-programs/breaking-down-barriers-using-youth-suicide-related-surveillance-data-state>, consultado el 1 de enero del 2021)
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., Lawrie, S. M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychological medicine. 2003;33(3):395-405. (<https://pdfs.semanticscholar.org/506c/b8389b67602f3f2b02d587c5fe61be304139.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Cwik, M. F., Barlow, A., Goklish, N., Larzelere-Hinton, F., Tingey, L., Craig, M. *et al.* Community-based surveillance and case management for suicide prevention: an American Indian tribally initiated system. Am J Public Health. 2014;104(S3):e18-23 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035881/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Data infrastructure: Recommendations for State Suicide Prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/sites/default/files/StateInfrastructureDataSupplement.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Kölves, K., Sisask, M., Värnik, P., Värnik, A., De Leo, D., editores. Advancing suicide research. Göttingen: Hogrefe; 2021.
- National Violent Death Reporting System. Atlanta (GA): Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nvdrs/index.html>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Suicide surveillance strategies for American Indian and Alaska Native Communities. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/resources-programs/suicide-surveillance-strategies-american-indian-alaska-native-communities>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Surveillance success stories. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center ([http://www.sprc.org/news-and-highlights?-type=558&populations=All&settings=All&suicide\\_problem=All&plan\\_implement=All&strategies=All&state=All](http://www.sprc.org/news-and-highlights?-type=558&populations=All&settings=All&suicide_problem=All&plan_implement=All&strategies=All&state=All), consultado el 1 de enero del 2021).
- Thundiyil, J. G., Stober, J., Besbelli, N., Pronczuk, J. Acute pesticide poisoning: a proposed classification tool. Bull World Health Organ. 2008;86:205-9.
- Värnik, P., Sisask, M., Värnik, A., Laido, Z., Meise, U., Ibelshäuser, A. *et al.* (2010). Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices. Forensic Science International. 2010;202(1-3):86-92.

## MONITOREO Y EVALUACIÓN

### Recursos de la OMS

- Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 ([https://www.who.int/mental\\_health/policy/services/essentialpackage1v14/en/](https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v14/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 ([https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/national\\_strategies\\_2019/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/), consultado el 1 de enero del 2021).

### Recursos externos

- A framework for programme evaluation. Atlanta (GA): Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 1999 (<https://www.cdc.gov/eval/framework/index.htm>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Challenges and recommendations for evaluating suicide prevention programs. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2016 (<http://www.sprc.org/resources-programs/challenges-and-recommendations-evaluating-suicide-prevention-program>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Connecting for life. Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015-2020. Dublín: Departamento de Salud (<https://assets.gov.ie/15758/e6c74742547a48428e4640e3596a3d72.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Evaluation of media reporting in Trinidad and Tobago. Ministerio de Salud, Trinidad and Tabago ([https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=monitoring-and-evaluation-of-media-reporting-suicide-in-trinidad-and-tobago&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=monitoring-and-evaluation-of-media-reporting-suicide-in-trinidad-and-tobago&Itemid=270&lang=es), consultado el 1 de enero del 2021).
- Evaluation of suicide prevention activities. Australian Healthcare Associates; 2014 ([https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/4FD5C304C536BDE3CA257CAF0017ADE9/\\$File/evalsuic.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/4FD5C304C536BDE3CA257CAF0017ADE9/$File/evalsuic.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- Kölves, K., Sisask, M., Värnik, P., Värnik, A., De Leo, D., editores. Advancing suicide research. Göttingen: Hogrefe; 2021.
- Platt, S., Arensman, E., Rezaeian, M. National suicide prevention strategies—progress and challenges. Crisis. 2019;40:75-82 (<https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1027/0227-5910/a000587>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Project/programme monitoring and evaluation guide. Ginebra: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; 2011 (<https://jordankmportal.com/resources/ifrc-monitoring-and-evaluation-guide-2011>, consultado el 1 de enero del 2021).
- RAND suicide prevention evaluation toolkit. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2014 (<http://www.sprc.org/resources-programs/rand-suicide-prevention-evaluation-toolkit>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Results-based management framework. Nueva York (NY): Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2011 (<https://unsdg.un.org/sites/default/files/UNDG-RBM-Handbook-2012.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).

## VELAR POR QUE SE LIMITE EL ACCESO A LOS MEDIOS DE SUICIDIO

### Recursos de la OMS

- Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 ([https://www.who.int/mental\\_health/publications/9789241596732/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-pesticide-registrars-and-regulators>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Restricting access to the means for suicide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/pesticides/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides/en/), consultado el 1 de enero del 2021).

### Recursos externos

- Centre for Pesticide Suicide Prevention (<http://centerpsp.org/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Eddleston, M., Karalliedde, L., Buckley, N., Fernando, R., Hutchinson, G., Isbister, G. *et al.* Pesticide poisoning in the developing world—a minimum pesticides list. *Lancet*. 2002;360(9340):1163-7 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12387969/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Emergency department means restriction education. London: Public Health England; 2015 ([https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/769006/Preventing\\_suicides\\_in\\_public\\_places.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/769006/Preventing_suicides_in_public_places.pdf), consultado en enero del 2021).
- Guidelines on highly hazardous pesticides. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; 2016 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205561/9789241510417\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205561/9789241510417_eng.pdf?sequence=1), consultado el 1 de enero del 2021).
- Technical Guidelines for the implementation of the International Code of Conduct on Pesticide management. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (<http://www.fao.org/agriculture/crops/thematic-sitemap/theme/pests/code/list-guide-new/en/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Gunnell, D., Knipe, D., Chang, S. S., Pearson, M., Konradsen, F., Lee, W. J. *et al.* Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 2017;5(10):e1026-37 ([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30299-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30299-1/fulltext), consultado el 1 de enero del 2021).
- Lethal means & suicide prevention: a guide for community & industry leaders. Washington (D. C.): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/resource/lethal-means-suicide-prevention-guide-community-industry-leaders>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Limits on analgesic packaging. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre; 2005 (<http://www.sprc.org/resources-programs/reduced-analgesic-packaging>, consultado el 1 de enero del 2021)
- Means matter. Boston (MA): Harvard School of Public Health (<https://www.hsph.harvard.edu/means-matter/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide in public places. London: Public Health England ([https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/769006/Preventing\\_suicides\\_in\\_public\\_places.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/769006/Preventing_suicides_in_public_places.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- Reduce access to means of suicide. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center, EUA (<http://www.sprc.org/comprehensive-approach/reduce-means>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Reduce suicides by creating a safer home. Ottawa: Mental Health Commission of Canada ([https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2019-12/means\\_safety\\_eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2019-12/means_safety_eng.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- Centre for Pesticide Suicide Prevention. Edinburgo, Escocia (<http://www.centrepssp.org/>, consultado el 1 de enero del 2021).

## INTERACTUAR CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA QUE INFORMEN DE FORMA RESPONSABLE SOBRE EL SUICIDIO

### Recursos de la OMS

- Preventing suicide: a resource for filmmakers and others working on stage and screen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a resource for media professionals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; update 2017 ([https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/resource\\_booklet\\_2017/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/), consultado el 1 de enero del 2021).

### Recursos externos

- Best practice recommendations for media reporting on suicide. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) (<https://reportingonsuicide.org>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Best practice recommendations for blogging on suicide. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) (<https://bloggingonsuicide.org>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Best practices for covering suicide responsibly. St. Petersburg (FL): Poynter (<https://www.poynter.org/reporting-editing/2018/best-practices-for-covering-suicide-responsibly/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Evaluation of media reporting in Trinidad and Tobago. Ministerio de Salud, Trinidad and Tabago ([https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=monitoring-and-evaluation-of-media-reporting-suicide-in-trinidad-and-tobago&Itemid=270&language=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=monitoring-and-evaluation-of-media-reporting-suicide-in-trinidad-and-tobago&Itemid=270&language=es), consultado el 1 de enero del 2021).
- Evidence-based media reporting guide. Mindframe, Newcastle, Australia ([mindframe.org.au/suicide/evidence-research](http://mindframe.org.au/suicide/evidence-research), consultado el 1 de enero del 2021).
- Example media guidelines from countries. Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio ([https://www.iasp.info/resources/Suicide\\_and\\_the\\_Media/](https://www.iasp.info/resources/Suicide_and_the_Media/)[https://www.iasp.info/resources/Suicide\\_and\\_the\\_Media/](https://www.iasp.info/resources/Suicide_and_the_Media/), consultado el 1 de enero del 2021).
- How journalists can prevent copycat suicides. Frankfurt am Main: European Alliance Against Depression; 2017 ([http://www.eaad.net/files/cms/downloads\\_files/mediaguide\\_2017.pdf](http://www.eaad.net/files/cms/downloads_files/mediaguide_2017.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- Let's talk about suicide and the media. Koper, Eslovenia (<https://www.iam.upr.si/sl/resources/files/ivzknjizica2010web-final.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Media guidelines. Ottawa: Canadian Association for Suicide Prevention (<https://suicideprevention.ca/Media?locale=en>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Media messaging. Washington (D. C.): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/news>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Mindset: reporting on mental health. London: Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma (<http://www.mindset-mediaguide.ca/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Mindset guidelines for reporting on mental health. London: Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma (<https://sites.google.com/a/journalismforum.ca/mindset-mediaguide-ca/mindset-download>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Pirkis, J., Blood, R. W., Dare, A., Holland, K. The media monitoring project: changes in media reporting of suicide and mental health and illness in Australia: 2000/01–2006/07. Commonwealth de Australia; 2008:4.
- Project Siren. India Mental Health Observatory (<https://cmhlp.org/imho/about-project-siren>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Roškar, S., Grum, A. T., Poštuvan, V., Podlesek, A., De Leo, D. The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in Slovenia: Priedba in implementacija strokovnih smernic za odgovorno novinarsko poročanje o samomoru v sloveniji. Slovenian Journal of Public Health. 2017;56(1):31-38 (<http://ziziv.si/wp-content/uploads/The-adaptation-and-implementation-of-guidelines.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Suicide prevention toolkit for media professionals. European Union: European Regions Enforcing Action Against Suicide (<https://www.euregenas.eu/publications/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Suicide reporting toolkit (<https://www.suicidereportingtoolkit.com/>, consultado el 1 de enero del 2021).

## DESARROLLAR LAS APTITUDES SOCIOEMOCIONALES PARA LA VIDA DE LOS ADOLESCENTES

### Recursos de la OMS

- Guidelines on promotive and preventive interventions for adolescents (Helping Adolescents Thrive). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>, consultado el 1 de enero del 2021).
- mhGAP guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/suicide/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO_MNH_MBD_00.3.pdf?sequence=1), consultado el 1 de enero del 2021).

### Recursos externos

- Aunty Dee. Auckland: LeVa (<https://www.auntydee.co.nz/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Building suicide-safer schools and colleges. Warrington, Reino Unido: POPYRUS (<https://papyrus-uk.org/wp-content/uploads/2018/08/toolkitfinal.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Enhance life skills and resilience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/comprehensive-approach/life-skills>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Hope Squad. Provo (UT) (<https://hopesquad.com/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- iBobbly. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/resources-support/digital-tools-apps/ibobbly/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Mana Restore. Mental Wealth. Auckland: LeVa LeVa (<https://www.mentalwealth.nz/manarestore/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Postvention Australia Guidelines: a resource for organisations and individuals providing services to people bereaved by suicide. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention (<https://postventionaustralia.org/wp-content/uploads/2019/05/Postvention-Australia-Guidelines.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide toolkit for high schools. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (<https://store.samhsa.gov/product/Preventing-Suicide-A-Toolkit-for-High-Schools/SMA12-4669>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a technical package of policy, programs, and practices. Atlanta (GA): Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2017 (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Schools. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/settings/schools>, consultado el 1 de enero del 2021).
- School-based suicide prevention, intervention, and postvention toolkit. European Union: European Regions Enforcing Actions Against Suicide (<https://www.euregenas.eu/publications/https://www.euregenas.eu/publications/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Sources of strength. Lakewood (CO) (<https://sourcesofstrength.org/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Suicide postvention toolkit: a guide for secondary schools. Headspace, Australia (<https://headspace.org.au/assets/School-Support/Compressed-Postvention-Toolkit-May-2012-FA2-LR.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- The Saving and Empowering Young Lives in Europe programme. Estocolmo: Karolinska Institutet (<https://ki.se/en/nasp/seyle-saving-and-empowering-young-lives-in-europe>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabi, S. *et al.* Suicide prevention for youth-a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. BMC Public Health. 2012;12(1):776. (<http://zivziv.si/wp-content/uploads/2012suicidepreventionforyouth.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Wasserman, C., Postuvan, V., Herta, D., Iosue, M., Värnik, P., Carli, V. Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. PloS One. 2018;13(2):e0191843 (<http://zivziv.si/wp-content/uploads/Wasserman-idr.-2018-Interactions-between-youth-and-mental-health-professionals.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- LEADS: For Youth (Linking Education and Awareness of Depression and Suicide). Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<https://sprc.org/resources-programs/leads-youth-linking-education-awareness-depression-suicide>, consultado el 1 de enero del 2021).

## ACTUAR PARA DETECTAR A TIEMPO, EVALUAR, GESTIONAR Y HACER SEGUIMIENTO DE CUALQUIER PERSONA CON CONDUCTAS SUICIDAS

### Recursos de la OMS

- How to start a survivor's group. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 ([https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_survivors.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_survivors.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- mhGAP Intervention Guide, version 2.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/item/mh-gap-intervention-guide--version-2.0>, consultado el 1 de enero del 2021).
- mhGAP operations manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 ([https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/operations\\_manual/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/operations_manual/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- mhGAP Training manuals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/training\\_manuals/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/), consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf?ua=1>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a resource for general physicians. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.1.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf?sequence=1), consultado el 1 de enero del 2021).
- Preventing suicide: a resource for primary health care workers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4.pdf?sequence=1), consultado el 1 de enero del 2021).

### Recursos externos

- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., Stanley, B. The zero suicide model: applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Front Psychiatry*. 2018;9:33. (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00033/full>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Care after a suicide attempt. Randwick, Australia: Black Dog Institute (<https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/careaftersuicideattempt02-09-15.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Establishing and sustaining a support group for people bereaved by suicide. European Union: European Regions Enforcing Action Against Suicide (<https://www.euregenas.eu/publications/>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Guidelines for integrated suicide-related crisis and follow-up care in emergency departments and other acute settings. Randwick, Australia: Black Dog Institute ([http://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/delphi-guidelines-clinical-summary\\_web.pdf?sfvrsn=0](http://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/delphi-guidelines-clinical-summary_web.pdf?sfvrsn=0), consultado el 1 de enero del 2021).
- Improving emergency and follow-up care for suicidal crisis. Randwick, Australia: Black Dog Institute ([https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/LifeSpan\\_Emergency\\_and\\_followup\\_care\\_Brochure.pdf?sfvrsn=6](https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/LifeSpan_Emergency_and_followup_care_Brochure.pdf?sfvrsn=6), consultado el 1 de enero del 2021).
- A systematic tailored assessment for responding to suicidality (STARS). Brisbane: Griffith University (<https://www.griffith.edu.au/griffith-health/australian-institute-suicide-research-prevention/systematic-tailored-assessment-for-responding-to-suicidality#:~:text=STARS%20is%20a%20person%2Dcentred,examination%20of%20suicidality%20as%20necessary>, consultado el 28 de enero del 2021).
- Recommended standard care for people at risk of suicide. Washington (D. C.): National Action Alliance for Suicide Prevention (<https://theactionalliance.org/resource/recommended-standard-care>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Resources for postvention support. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/comprehensive-approach/postvention>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Survivor Outreach Team training manual. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center, EUA (<http://www.sprc.org/resources-programs/survivor-outreach-team-training-manual>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Toolkit for the integration of mental health into general healthcare in humanitarian settings. Geneva & London: Mental Health Innovation Network (<https://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration-Toolkit>, consultado el 1 de enero del 2021).
- While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J. *et al.* Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379(9820):1005-12 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61712-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61712-1/fulltext), consultado el 1 de enero del 2021).
- Zero suicide. Education Development Center, EUA (<https://zerosuicide.edc.org/>, consultado el 1 de enero del 2021).

# Referencias

- Abbas, M. J., Alhemiary, N., Razaq, E. A., Naosh, S., Appleby, L. (2018). The Iraqi national study of suicide: Report on suicide data in Iraq in 2015 and 2016. *J Affect Disord.* 229:56-62.
- Ahern, S., Burke, L. A., McElroy, B., Corcoran, P., McMahon, E. M., Keeley, H. *et al.* (2018). A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 27(10):1295-304.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi.* 7(2).
- Bonvoisin, T., Utyasheva, L., Knipe, D., Gunnell, D., Eddleston, M. (2020). Suicide by pesticide poisoning in India: a review of pesticide regulations and their impact on suicide trends. *BMC Pub Health.* 20(1):251.
- Buckley, N. A., Fahim, M., Raubenheimer, J., Gawarammana, I. B., Eddleston, M., Roberts, M. S. *et al.* (2021). Case fatality of agricultural pesticides after self-poisoning in Sri Lanka: a prospective cohort study. *Lancet Glob Health* (en prensa).
- Burns, J. R., Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *J Adolesc.* 29(2):225-39.
- Chapman, S., Alpers, P., Agho, K., Jones, M. (2006). Australia's 1996 gun law reforms: faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings. *Injury Preven.* 12(6):365-72.
- Chibanda, D., Abas, M., Musesengwa, R., Merritt, C., Sorsdahl, K., Mangezi, W. *et al.* (2020). Mental health research capacity building in sub-Saharan Africa: the African Mental Health Research Initiative. *Glob Ment Health.* 7.
- Chowdhury, F. R., Dewan, G., Verma, V. R., Knipe, D. W., Isha, I. T., Faiz, M. A. *et al.* (2018). Bans of WHO class I pesticides in Bangladesh—suicide prevention without hampering agricultural output. *Int J Epi.* 47(1):175-84.
- Chung, Y. W., Kang, S. J., Matsubayashi, T., Sawada, Y., Ueda, M. (2016). The effectiveness of platform screendoors for the prevention of subway suicides in South Korea. *J Affect Disord.* 194:80-3.
- Cwik, M. F., Tingey, L., Maschino, A., Goklish, N., Larzelere-Hinton, F., Walkup, J. *et al.* (2014). Community-based surveillance and case management for suicide prevention: an American Indian tribally initiated system. *Am J Public Health.* 104(Suppl3):e18–23.
- Cwik, M. F., Barlow, A., Goklish, N., Larzelere-Hinton, F., Tingey, L., Craig, M. *et al.* (2016). Decreases in suicide deaths and attempts linked to the White Mountain Apache suicide surveillance and prevention system, 2001–2012. *Am J Public Health.* 106(12):2183–9.
- Dawson, A. H., Eddleston, M., Senarathna, L., Mohamed, F., Gawarammana, I., Bowe, S. J. *et al.* (2010). Acute human lethal toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. *PLoS Med.* 7(10):e1000357.
- Doran, C. M., Ling, R., Gullestrup, J., Swannell, S., Milner, A. (2016). The impact of a suicide prevention strategy on reducing the economic cost of suicide in the New South Wales construction industry. *Crisis.* 37(2):121-9.
- Fontanella, C. A., Warner, L. A., Steelesmith, D. L., Brock, G., Bridge, J. A., Campo, J. V. (2020). Association of timely outpatient mental health services for youths after psychiatric hospitalization with risk of death by suicide. *JAMA Network Open.* 3(8):e2012887.
- FAO, OMS (2016). Código Internacional de Conducta para la Gestión de Plaguicidas. Directrices sobre los Plaguicidas Altamente Peligrosos. Roma y Ginebra: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud (<http://www.fao.org/publications/card/es/c/CA2894ES>), consultado el 23 de febrero del 2021).
- Godoy Garraza, L., Kuiper, N., Goldston, D., McKeon, R., Walrath, C. (2019). Long-term impact of the Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program on youth suicide mortality, 2006-2015. *J Child Psychol Psychiatry.* 60(10):1142-7. doi:10.1111/jcpp.13058.
- Goldman-Mellor, S., Olsson, M., Lidon-Moyano, C., Schoenbaum, M. (2019). Association of suicide and other mortality with emergency department presentation. *JAMA Network Open.* 2(12):e1917571.

- Gullestrup, J. B., Lequertier, G., Martin (2011). MATES in construction: impact of a multimodal, community-based program for suicide prevention in the construction industry. *Int J Environ Res Pub Health*. 8(11):4180-96.
- Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S., Kapur, N. (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 34(2):433-42.
- Gunnell, D., Fernando, R., Hewagama, M., Priyangika, W. D. D., Konradsen, F., Eddleston, M. (2007). The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *Int J Epidemiol*. 36(6):1235-42.
- Gunnell, D., Knipe, D., Chang, S. S., Pearson, M., Konradsen, F., Lee, W. J. *et al.* (2017). Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 5(10):e1026-37.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N. *et al.* (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 7(6):468-71.
- Harris, F. M., Maxwell, M., O'Connor, R., Coyne, J. C., Arensman, E., Coffey, C. *et al.* (2016). Exploring synergistic interactions and catalysts in complex interventions: longitudinal, mixed methods case studies of an optimised multi-level suicide prevention intervention in four European countries (Ospi-Europe). *BMC Pub Health*. 16(1):268.
- Haw, C., Sutton, L., Simkin, S., Gunnell, D., Kapur, N., Nowers, M. *et al.* (2004). Suicide by gunshot in the United Kingdom: a review of the literature. *Med Sci Law*. 44(4):295-310.
- Hawton, K., Bergen, H., Simkin, S., Brock, A., Griffiths, C., Romeri, E. *et al.* (2009). Effect of withdrawal of co-proxamol on prescribing and deaths from drug poisoning in England and Wales: time series analysis. *BMJ*. 338:b2270.
- Hawton, K., Townsend, E., Deeks, J., Appleby, L., Gunnell, D., Bennewith, O. (2001). Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self-poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ*. 322(7296):1203-7. doi:10.1136/bmj.322.7296.1203.
- Heller, T. S., J. L. Hawgood, De Leo, D. (2007). Correlates of suicide in building industry workers. *Arch Suicide Res*. 11(1):105-17.
- Karunaratne, A., Gunnell, D., Konradsen, F., Eddleston, M. (2020). How many premature deaths from pesticide suicide have occurred since the agricultural Green Revolution?. *Clin Tox*, 58(4), 227-232.
- Kasal, A., Bechyňová, L., Daňková, Š., Melicharová, H., Winkler, P. (2019). Situation analysis of suicide prevention in the Czech Republic: a background document for the National Plan for Suicide Prevention 2020–2030 ([https://www.nudz.cz/files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic\\_december\\_2019\\_fin\\_1.pdf](https://www.nudz.cz/files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic_december_2019_fin_1.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- Khan, M. M., Reza, H. (1998). Gender differences in nonfatal suicidal behavior in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide Life Threat Behav*. 28(1):62-8.
- Knipe, D. W., Chang, S. S., Dawson A, Eddleston M, Konradsen F, Metcalfe C *et al.* (2017). Suicide prevention through means restriction: impact of the 2008-2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka. *PLoS One*. 12(3)-e0172893.
- Knipe, D. W., Gunnell, D., Eddleston, M. (2017). Preventing deaths from pesticide self-poisoning – learning from Sri Lanka's success. *Lancet Glob Health*. 5(7):e651-2.
- Kolves, K., Sisask, M., Värnik, P., Värnik, A., De Leo, D. (2021). *Advancing suicide research*. Göttingen: Hogrefe.
- Kreitman N (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. *Br J Prev Soc Med*. 30(2):86-93.
- Law, C., Svetcic, J., De Leo, D. (2014). Restricting access to a suicide hotspot does not shift the problem to another location. An experiment of two river bridges in Brisbane, Australia. *Aust N Z J Public Health*. 38(2):134–8.

- Lee, Y. Y., Chisholm, D., Eddleston, M., Gunnell, D., Fleischmann, A., Konradsen, F. *et al.* (2020). The cost-effectiveness of banning highly hazardous pesticides to prevent suicides due to pesticide self-ingestion across 14 countries: an economic modelling study. *Lancet Glob Health*. 17:S2214-109X(20)30493-9. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30493-9.
- Leong, Y. H., Ariff, A. M., Khan, H. R. M., Rani, N. A. A., Majid, M. I. A. (2018). Paraquat poisoning calls to the Malaysia National Poison Centre following its ban and subsequent restriction of the herbicide from 2004 to 2015. *J Forensic Leg Med*. 56:16-20. doi:10.1016/j.jflm.2018.03.007.
- Levintova, M. (2007). Russian alcohol policy in the making. *Alcohol*. 42(5):500-5.
- Liu, K. Y. (2009). Suicide rates in the world: 1950–2004. *Suicide Life Threat Behav*. 39(2):204-13.
- Lubin, G., Werbeloff, N., Halperin, D., Shmushkevitch, M., Weiser, M., Knobler, H. Y. (2010). Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study. *Suicide Life Threat Behav*. 40(5):421-4.
- Manuweera, G., Eddleston, M., Egodage, S., Buckley, N. A. (2008). Do targeted bans of insecticides to prevent deaths from self-poisoning result in reduced agricultural output? *Environ Health Perspect*. 116(4):492-5.
- Mew, E. J., Padmanathan, P., Konradsen, F., Eddleston, M., Chang, S. S., Phillips, M. R. *et al.* (2017). The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: systematic review. *J Affect Disord*. 219:93-104.
- Milin, R., Kutcher, S., Lewis, S. P., Walker, S., Wei, Y., Ferrill, N. *et al.* (2016). Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 55(5):383-91.
- Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia (2018). National Study on the Prevalence of and Interventions in Relation to Suicide in Namibia (<http://namibia.ngkerk.net/wp-content/uploads/sites/16/2019/04/FINAL-Suicide-Study-Report-V5-25-October-2018FINAL.pdf>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Niederkrotenthaler, T., Reidenberg, D. J., Till, B., Gould, M. S. (2014). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. *Am J Prev Med*. 47(3 Suppl 2):S235-43.
- Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M. *et al.* (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 368.
- Oliver, R. G., Hetzel, B. S. (1972). Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Med J Aust*. 2(17):919-23. PMID: 4639963.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional (Suicide mortality in the Americas. Regional report). Washington (D. C.): OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). Prevención de la conducta suicida (Prevention of suicidal behaviour). Washington (D. C.): OPS.
- Pearson, M., Zwi, A. B., Buckley, N. A. (2010). Prospective policy analysis: how an epistemic community informed policymaking on intentional self-poisoning in Sri Lanka. *Health Res Pol Syst*. 8(1):19.
- Pearson, M., Zwi, A. B., Buckley, N. A., Manuweera, G., Fernando, R., Dawson, A. H. *et al.* (2015). Policymaking “under the radar”: a case study of pesticide regulation to prevent intentional poisoning in Sri Lanka. *Health Policy Plan*. 30(1):56-67.
- Pearson, M., Metcalfe, C., Jayamanne, S., Gunnell, D., Weerasinghe, M., Pieris, R. *et al.* (2017). Effectiveness of household lockable pesticide storage to reduce pesticide self-poisoning in rural Asia: a community-based, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 390(10105):1863-72.
- Reifels, L., Mishara, B. L., Dargis, L., Vijayakumar, L., Phillips, M. R., Pirkis, J. (2019). Outcomes of Community-Based Suicide Prevention

- Approaches That Involve Reducing Access to Pesticides: A Systematic Literature Review. *Suicide Life Threat Behav*, 49(4):1019-1031.
- Reisch, T., Steffen, T., Habenstein, A., Tschacher, W. (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. *Am J Psychiatry*. 170(9):977-84.
- Roškar, S., Grum, A. T., Poštuvan, V., Podlesek, A., De Leo, D. (2017). The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in Slovenia (Priredba in implementacija strokovnih smernic za odgovorno novinarsko poročanje o samomoru v loveniji). *Slovenian J Pub Health*. 56(1):31-8.
- Sanchez Puerta, M. L., Valerio, A., Bernal, M. G. (2016). Taking stock of programs to develop socioemotional skills: A systematic review of program evidence. Washington (D. C.): Banco Mundial.
- Siau, C. S., Wee, L. H., Ibrahim, N., Visvalingam, U., Yeap, L. L. L., Wahab, S. (2018). Gatekeeper suicide training's effectiveness among Malaysian hospital health professionals: a control group study with a three-month follow-up. *J Contin Educ Health Prof*. 38(4):227-34
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*: 374(9686):315-23.
- Syed, E. U., Khan, M. M. (2008). Pattern of deliberate self-harm in young people in Karachi, Pakistan. *Crisis*. 29(3):159-63.
- Terpstra, S., Beekman, A., Abbing, J., Jaken, S., Steendam, M., Gilissen, R. (2018). Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health*. 18:637.
- Thomas, K., Chang, S. S., Gunnell, D. (2011). Suicide epidemics: the impact of newly emerging methods on overall suicide rates-a time trends study. *BMC Public Health*. 11(1):314.
- Tighe, J., Shand, F., Ridani, R., Mackinnon, A., De La Mata, N., Christensen, H. (2017). Ibobly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*. 7(1):e013518.
- Tighe, J., Shand, F., McKay, K., Mcalister, T. J., Mackinnon, A., Christensen, H. (2020). Usage and acceptability of the iBobbly App: pilot trial for suicide prevention in Aboriginal and Torres Strait Islander youth. *JMIR Ment Health*. 7(12):e14296.
- Tuangratananon, T., Wangmo, S., Widanapathirana, N., Pongutta, S., Viriyathorn, S., Patcharanarumol, W. *et al.* (2019). Implementation of national action plans on noncommunicable diseases, Bhutan, Cambodia, Indonesia, Philippines, Sri Lanka, Thailand and Viet Nam. *Bull World Health Organ*. 97(2).
- Victor, J., Koon, J. H. G., Govindaraju, G. M., Ling, T. P., Rajaratnam, U. D., Fong, Y. L. (2019). Media reporting of suicide: a comparative framing analysis of Malaysian newspapers. *SEARCH Journal of Media and Communication Research*. 11(2):73-88.
- Vijayakumar, L., Mohanraj, R., Kumar, S., Jeyaseelan, V., Sriram, S., Shanmugam, M. (2017). CASP - An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees. *Int J Soc Psychiatry*. 63(7):589-97.
- Vijayakumar, L. (2019). Media matters in suicide – Indian guidelines on suicide reporting. *Indian J Psychiatry*. 61(6):549.
- Vijayakumar, L., Pathare, S., Jain, N., Nardodkar, R., Pandit, D., Krishnamoorthy, S. *et al.* (2020). Implementation of a comprehensive surveillance system for recording suicides and attempted suicides in rural India. *BMJ Open*. 10(11):e038636.
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G. *et al.* (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 385(9977):1536-44.
- Wasserman, C., Postuvan, V., Herta, D., Iosue, M., Värnik, P., Carli, V. (2018). Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. *PLoS One*. 13(2):e0191843.

- Wasserman, D., Värnik, A., Eklund, G. (1994). Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand.* 89(5):306-13.
- Weiner, B. J. (2020). A theory of organizational readiness for change. En: Nilsen P, Birken SA, editores. *Handbook on implementation science*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J. *et al.* (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet.* 379(9820):1005-12.
- Organización Mundial de la Salud (2008a). *Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours*. Ginebra: OMS ([https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/pesticides\\_intoxication.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf), consultado el 1 de enero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2008b). *Preventing suicide: how to start a survivors' group*. Ginebra: OMS ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44801/9789241597067\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44801/9789241597067_eng.pdf?sequence=1), consultado el 1 de enero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Ginebra: OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>, consultado el 28 de enero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Preventing suicide: a resource for suicide case registration*. Ginebra: OMS ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf?sequence=1), consultado el 1 de enero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Building back better: sustainable mental health care after emergencies*. Ginebra: OMS ([https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/building\\_back\\_better/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/building_back_better/en/), consultado el 23 de febrero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Ginebra: OMS ([https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/), consultado el 23 de febrero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2015). *mhGAP humanitarian intervention guide (mhgap-hig): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. Ginebra: OMS ([https://www.who.int/mental\\_health/publications/mhgap\\_hig/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en/), consultado el 23 de febrero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2016a). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. Ginebra: OMS ([https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/attempts\\_surveillance\\_systems/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/attempts_surveillance_systems/en/), consultado el 23 de febrero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2016b). *Problem Management Plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity*. Ginebra: OMS ([https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/problem\\_management\\_plus/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/), consultado el 23 de febrero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017*. Ginebra: OMS (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258814/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf?sequence=1>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2018a). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Ginebra: OMS ([https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/national\\_strategies\\_2019/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/), consultado el 23 de febrero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *mhGAP operations manual (guide to scaling up mental health services in non-specialized health settings to achieve universal health coverage)*. Ginebra: OMS ([https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/operations\\_manual/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/operations_manual/en/), consultado el 23 de febrero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2018c). *Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line*. Ginebra: OMS. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf?ua=1>, consultado el 1 de enero del 2021)

- Organización Mundial de la Salud (2018d). Preventing suicide: a community engagement toolkit. Ginebra: OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/suicide-prevention-toolkit-for-engaging-communities>, consultado el 28 de enero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2018e). Global status report on alcohol and health 2018. Ginebra: OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>, consultado el 28 de enero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2019a). Prevención del suicidio: Un recurso para cineastas y otras personas que trabajan en el teatro, el cine y la televisión. Ginebra: OMS (<https://www.who.int/es/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>, consultado el 1 de enero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2019b). Guía de intervención mhGAP – Versión 2.0. Ginebra: OMS (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>, consultado el 23 de febrero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2019). Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. Ginebra y Roma: OMS, FAO (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326947>, consultado el 23 de febrero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2020). Helping adolescents thrive. Guidelines on promotive and preventive mental health interventions for adolescents. Ginebra: OMS (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf>, consultado el 24 de febrero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2021). Menu of cost-effective interventions for mental health. Ginebra: OMS (en prensa).
- Yip, P. S. F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S. S., Wu, K. C. C., Chen, Y. Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 379(9834):2393-9.
- Yip, P. S. F., Tang, L. (2021). Public health approach to suicide research. En: Kolves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D, editores. *Advancing suicide research*. Göttingen: Hogrefe.
- Zakiullah, N., Saleem, S., Sadiq, S., Sani, N., Shahpurwala, M., Shamim, A. *et al.* (2008). Deliberate self-harm: characteristics of patients presenting to a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *Crisis*. 29(1):32-7.



# VIVIR LA VIDA

---

## Fundaciones transversales:

Análisis de la situación

Colaboración multisectorial

Sensibilización

Creación de capacidad

Financiación

Vigilancia, seguimiento y evaluación

## Intervenciones clave y eficaces basadas en la evidencia:

Limitar el acceso a los medios de suicidio.

Interactuar con los medios de comunicación sobre informes responsables

Fomentar las habilidades para la vida de los jóvenes

Identifique y apoye temprano a todos los afectados

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



OFICINA REGIONAL PARA LAS

Organización  
Mundial de la Salud  
Américas

