

PREVENIR EL SUICIDIO, TAREA DE TODOS

La definición que ofrece la Real Academia de la Lengua¹ sitúa el suicidio como el acto voluntario por el cual una persona cesa voluntariamente con su vida

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)², identifica el suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y donde la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009)³ se establece la ideación y tentativas suicidas como fases previas al suicidio, destacando que existe un continuo desde los pensamientos hasta la acción, realizándose un acto intencionado y auto-infringido que amenaza la vida y con resultado de muerte.

Durkheim (1982)⁴ nos aproxima desde el ámbito teórico a una conceptualización del suicidio desde el plano sociológico, refiriéndolo como el acto que busca la muerte directa o indirectamente siendo consciente que va a producir ese resultado.

Es importante en este punto diferenciar los conceptos de “intento de suicidio” y “tentativa de suicidio”. En el primero la persona está decidida a consumar la autolisis y ejecuta una acción que terminará con su vida pero se ve truncada por algún elemento imprevisto ajeno a la voluntad del sujeto, que impide el desenlace esperado. En la segunda no existe verdadera voluntad de perder la vida y su objetivo es recabar atención sobre sí misma o sobre algún problema relacionado.

Nos queda aún un término en relación, el de los pensamientos suicidas, incluyendo comportamientos que pueden constituirse como una amenaza para la vida, aunque la Guía del National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004)⁵ las elimina, aun siendo considerados como conductas de riesgo autolítico. Estaríamos hablando de comportamientos asociados al consumo de alcohol, drogas, tabaco, negación a la ingesta de alimentos...

¹ Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo tercera Edición (2014). Real Academia Española. Disponible en <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>

² Clasificación Internacional de Enfermedades. Edición 10. Disponible en: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>

⁴ Durkheim, E. (1982). *El suicidio*. Madrid. Reus.

⁵ Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección e intervención de la conducta suicida (2010).

El suicidio según la OMS, es un suceso que se produce en las diferentes culturas y países, aunque no se presenta de la misma manera ni en todas las personas con los mismos parámetros. Así, las tasas de suicidio difieren de manera considerable entre las zonas rurales y urbanas, entre determinados grupos étnicos, entre distintas zonas continentales e incluso en diferentes zonas o regiones, dentro de un mismo país. También se observa que las tasas se incrementan con la edad en ambos géneros, siendo más elevadas en los hombres mayores de 60 años que en las mujeres.

El suicidio se considera, cada vez más, como uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. El índice de suicidios cometidos en todo el mundo se ha incrementado en un 60% en los últimos 50 años, especialmente en los países en vías de desarrollo. El suicidio es una de las tres principales causas de muerte en los individuos entre 15 y 34 años y la primera causa de muerte violenta, aunque la mayoría de los casos se dan en personas de más de 60 años. La enfermedad mental se constituye como el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre jóvenes y adultos (OMS, 2002)⁶.

Es necesario considerar que el 20% de las personas que cometen un primer acto suicida fallido, lo intentan nuevamente durante el año siguiente, y en el 10% de los casos el suicidio es finalmente consumado (Campos, 2009)⁷.

La OMS estima que para el año 2020, basándose en la tendencia actual, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio en ese año. Esto representa un promedio de una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos si tenemos en cuenta que por cada suicidio cometido con éxito, se llevan a cabo otros 20 no consumados, pero que terminan con lesiones, hospitalización y graves secuelas emocionales, tanto para el suicida como para su familia y amigos (Berlote, 2002)⁸. No cabe duda que nos encontramos ante una situación de relevancia en cuanto a salud pública y consumo de recursos.

⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>

⁷ Campos, R. (2009). Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores *de Riesgo Suicida en Adolescentes*. Universidad de Costa Rica.

⁸ Berlote JM. (2002). A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide. *Suicidology*.

En España a 31 de enero de 2014, el Instituto Nacional de Estadística⁹ hizo públicas las Estadísticas de Defunciones, por causas de muerte de 2012, entre las que se encuentran los suicidios, alcanzando la cifra de 3.539 personas, de las que 2.724 son hombres y 815 mujeres.

Numerosos estudios destacan que el comportamiento suicida es un fenómeno complejo y no existe una única causa que lo explique y, al igual que en otros problemas relacionados con la salud, existen factores que predisponen y factores que desencadenan el comportamiento. Y como realidad compleja requiere de actuaciones que impliquen a gran número de agentes sociales. Es cierto que en el ámbito de la salud pública recae un porcentaje elevado de esta responsabilidad y dentro de ella la salud mental, pero es necesario acudir a los grupos de riesgo y a los factores implicados para comprender que es un problema de todos los ámbitos y no sólo del de la salud.

Y en este sentido es importante, una vez detectados los distintos parámetros que pueden incidir en la conducta suicida, establecer planes de información y formación para poder detectarlos y en consecuencia poder establecer estrategias de prevención. Es fundamental para ello acceder a información que claramente los determine y no dejarnos guiar por aquellos que podrían derivarse de fuentes no científicas ni epistemológicas.

Es por ello que introducimos el concepto de los llamados “falsos mitos” del suicidio y nos remitimos para ello a Marta de la Torre (2013)¹⁰. Los mitos son criterios culturalmente aceptados, que no avala ningún argumento científico. Se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio y que deben ser desechados.

⁹ Instituto Nacional de Estadística (INE) (2012). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft18%2Fp427&file=inebase&L=0>

¹⁰ De la Torre Martí, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la conducta suicida. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.

Los mitos sobre el suicidio, el suicida y a aquellos que intentan el suicidio¹¹ constituyen obstáculos para la prevención de dicha conducta, por lo que se impone que sean divulgados y junto a ellos los criterios científicos para que la población tenga más recursos para enfrentar a los individuos en riesgo.

Mito	Criterio científico
Las personas que hablan reiteradamente sobre suicidarse probablemente no lo harán.	Hablar sobre el suicidio puede ser una petición de ayuda. Ignorar que hablan sobre el tema puede desencadenar suicidio. Es la última señal en la progresión hacia el suicidio.
Si alguien quiere matarse no hay nada que se pueda hacer para evitarlo.	Los suicidios pueden prevenirse y evitarse. Las crisis suicidas tienen una “vida corta”. Animarles a hablar y hacer planes sobre su futuro puede ayudarles. La mayoría de las personas quieren vivir desesperadamente.
Si lo han intentado una vez, probablemente no lo volverán a hacer.	Es más probable que el nivel de peligro aumente con cada intento. El 80% realiza más de un intento y estos otros intentos son más probables en los 3 meses siguientes a la mejoría.
Los suicidas son enfermos mentales.	Aunque están realmente desesperanzados, no tienen por qué ser enfermos mentales. El suicidio puede ocurrir a cualquiera.
Hablar sobre el suicidio o preguntarles si están pensando en ello les anima a hacerlo.	Hablar les ayuda y les proporciona la oportunidad de comunicarse, aunque hay que manejarlo cuidadosamente.
Una persona suicida, lo será siempre.	La falta de esperanza, el sentimiento de depresión tienen un tiempo limitado. Si recibe la ayuda necesaria podrá tener una vida productiva.
El suicidio ocurre más en las clases bajas.	Todos los grupos económicos están representados proporcionalmente.
No se les debe tomar en serio, son llamadas de atención.	Muchos suicidas proporcionan claves y señales sobre sus intenciones. El suicidio es un acto que se decide después de una larga consideración.
Las intervenciones eficaces sólo pueden llevarse a cabo por profesionales.	Muchas veces los operadores de salas de emergencia pueden facilitar apoyo emocional y derivar a familiares.

¹¹ Portal de Salud Mental. Mitos sobre el suicidio. Disponible en: <http://www.portaldesaludmental.com.ar/index.php/psicologia-naranjas/124-mitos-suicidio.html>

Está por tanto justificada la necesidad de programas de prevención sobre todo en determinadas poblaciones jóvenes y adolescentes donde los índices de suicidio se han incrementado de manera significativa y preocupante en las últimas décadas.

Definimos la prevención como el conjunto de estrategias que reducen la probabilidad de algún riesgo o disminuye el impacto negativo de ciertas conductas. Con ella se pretende disminuir la probabilidad que aparezcan ciertos fenómenos interviniendo en el momento sobre elementos que pueden considerarse causas o alentadores de esas conductas futuras.

Chávez (2008)¹² abunda en la idea que la prevención del suicidio va más allá del acto suicida, debiendo fijar su objetivo primordialmente en la atención de las manifestaciones del comportamiento suicida: ideación, amenazas, gestos suicidas y/o tentativas de suicidio. Para esto se recomienda reducir los factores de riesgo y a la vez reforzar los factores de protección, siendo ambos una consecuencia de la interacción entre elementos familiares, sociales y ambientales.

A nivel mundial, la prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido básicamente a la falta de sensibilización sobre la importancia de ese problema y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello.

Es evidente que la prevención del suicidio requiere también la intervención de sectores distintos del de la salud y exige un enfoque innovador, con la participación tanto de este sector como de otros, en concreto, policías, bomberos y otros servicios de emergencias, agentes sociales: docentes y responsables de actividades lúdicas y recreativas... que son con frecuencia un instrumento de primera línea para ayudar a las personas con conductas suicidas.

Las estrategias de prevención de suicidio se pueden clasificar atendiendo a cada uno de los tres niveles de intervención según la población a la que se dirijan. El modelo USI (Universal-Selectiva-Indicada) define tres niveles de prevención (Gordon 2003¹³ y Nordentoft, M. 2011¹⁴):

¹² Chávez, A., et all. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*; 31:197-203.

¹³ Gordon, R.S. (2003). *An operational classification of disease prevention*. Geneva: WHO

¹⁴ Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in euroPsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853

- ✓ Prevención universal (primaria): dirigida a toda la población.
- ✓ Prevención selectiva (secundaria): dirigida a población con un alto índice de riesgo de conducta suicida, con el objetivo de formar a sectores sociales en el reconocimiento de síntomas.
- ✓ Prevención indicada (terciaria): dirigida a personas afectadas ya de un intento de suicidio.

Para asegurar la eficacia de la política de prevención, se recomienda implantar medidas en los tres niveles, promoviéndola desde un abordaje multisectorial e implicando varias actividades en los distintos niveles de intervención. El Plan Europeo de Acción Nacional de Prevención incluye todas estas estrategias.

Es importante conocer cuáles son los factores de riesgo para poder incidir sobre ellos en las pautas preventivas. Destacamos para ello el programa SUPRE¹⁵ (Suicide Prevention) de la OMS, enfocado a recabar información acerca de los factores de riesgo, la identificación de intervenciones específicas y adecuadas y la prevención de manera global. Este programa ha determinado la necesidad de realizar programas que abarquen tres objetivos fundamentales:

- ✓ Establecer programas educativos durante la infancia y adolescencia.
- ✓ Realizar un tratamiento adecuado de los trastornos mentales.
- ✓ Controlar los factores de protección de manera multidimensional: biológico, psicológico y sociocultural.

Coleman & O'Halloran, (2004)¹⁶ clasifica los factores de riesgo en:

- ✓ Factores sociodemográficos.
- ✓ Patrones familiares y situaciones negativas durante la niñez.
- ✓ Presencia de trastornos psiquiátricos.

¹⁵ Programa Prevención del Suicidio (SUPRE). Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1

¹⁶ Coleman L, & O'Halloran S. (2004). Preventing youth suicide through gatekeeper training. A resource book for gatekeepers. USA: Published by authors.

El suicidio se puede prevenir, como cualquier otro accidente, y para ello son necesarias políticas y programas de prevención bajo los siguientes indicadores:

- ✓ Que incidan en la población adolescente y anciana.
- ✓ Que proporcionen pautas prácticas de actuación a educadores, familiares, cuidadores y profesionales sanitarios.
- ✓ Que a través de ellos se difunda información veraz, científica, disminuyendo el oscurantismo y el estigma asociados históricamente al suicidio.

En la actualidad existen diferentes modelos de prevención del suicidio que han demostrado su eficacia. Tras el análisis de los mismos, se ha determinado, que el programa denominado Gatekeeper o “guardianes” es uno de los más efectivos contando con el entrenamiento de una amplia gama de población: personal militar, personal de la escuela pública, personal clínico, red de atención socio-cultural... (Isaac, Elias, Katz, Shay, Deane & Enns, 2009)¹⁷.

La primera iniciativa de este modelo surge en los años 70, estableciendo como objetivo principal enseñar y desarrollar en grupos poblacionales específicos, habilidades para identificar personas con alto riesgo suicida. Se trabaja la detección de indicadores asociados a factores de riesgo, signos y señales de alarma, de manera que puedan ser referidas oportunamente para su tratamiento.

Los guardianes deben ser personas que tienen contacto primario con grupos poblacionales con alto riesgo de suicidio. No son entrenados para intervenir sino para dar apoyo y reconocimiento a las personas en riesgo.

Para desarrollar las funciones de “guardianes” deben tener una formación específica y un entrenamiento mediante el que se desarrollen habilidades y destrezas para detectar signos de conductas suicidas y adquieran estrategias para abordar la situación en esos primeros momentos.

Isaac et al (2009) establecieron los cinco componentes clave en un programa de entrenamiento y que se refieren a continuación:

- ✓ **Preparación:** referida a las normas y expectativas de la experiencia de aprendizaje.

¹⁷ Isaac, M., Elias, B., Katz, L., Shay-Lee, B., Deane, F., Enns, M., et al. (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260-268.

- ✓ **Conexión:** donde se debaten las actitudes hacia el suicidio y su impacto en el proceso de intervención.
- ✓ **Comprensión:** donde se realiza una revisión de las necesidades de intervención de acuerdo al riesgo, incluyendo conocimientos, factores claves y desarrollo del plan de ayuda.
- ✓ **Asistencia:** presentación del modelo efectivo para la prevención del suicidio, y simulación que refuerce los conocimientos.
- ✓ **Trabajo en redes:** consistente en proporcionar información sobre los recursos de la comunidad y la utilización de dichos recursos.

En los últimos años se han introducido modificaciones en este planteamiento inicial haciendo hincapié en el desarrollo de habilidades de observación y peritaje dentro de la misma población en riesgo, por lo cual no se utilizan instancias diferentes a la propia comunidad (Walker, Ashby, Hoskins & Greene, 2009)¹⁸;

La formación en prevención del suicidio debería estar focalizada en dos ámbitos bien diferenciados:

- **Los profesionales sanitarios**, incluyendo personal asistencial y de servicios de atención primaria, especialistas en Salud Mental, médicos y personal de enfermería de las plantas de hospitalización y personal sanitario de los servicios de urgencias y prehospitalarios. La mayoría de los médicos han tenido contacto con pacientes en riesgo de suicidio y, de hecho, el 75% de las personas que han intentado suicidarse han contactado con su médico de atención primaria el año anterior al suceso. Ello hace necesario que estos profesionales tengan una adecuada formación sobre la evaluación y el manejo de la ideación y la conducta suicida.

Desde la década de los 60 ya la OMS recomendaba que este tipo de formación referente a todo lo relacionado con el suicidio se incluyera en los planes de estudio de las Facultades de Medicina.

En 2004 la Guía elaborada por el NICE (National Institute for Health and Care Excellence) y su posterior actualización en 2011 recomendaba que tanto

¹⁸ Walker, R., Ashby, J., Hoskins, O., & Greene, F. (2009). Peer-support suicide prevention in a non-metropolitan U.S. community. *Adolescence*; 44(174): 335-346

personal sanitario como no sanitario con posibilidad de estar en contacto con personas con conducta suicida o con alto riesgo tuviese acceso a formación y entrenamiento para poder dar respuesta a estas personas. Esta formación debería incluir la evaluación, el tratamiento y el manejo de la conducta suicida y sensibilización sobre el estigma y la discriminación que generalmente se asocia con estas personas. Además, realiza una serie de recomendaciones con respecto a dicha formación:

- Debería estar orientada específicamente a mejorar la calidad de la atención a las personas en riesgo de suicidio.
- Debería involucrar a las personas en riesgo de suicidio en la planificación y ejecución de la formación.
- Deberían usar como medida de resultado la información sobre la atención percibida por los pacientes.
- Debería considerar el impacto emocional del suicidio en el profesional y su capacidad para ejercer de manera competente y empática.

La Guía de la EPA¹⁹ (European Psychiatric Association) de tratamiento y prevención del suicidio de 2011 establece la necesidad de la mejora de las habilidades médicas para abordar estas situaciones de suicidio y considera que la formación tanto de médicos como de otro personal de salud sería un método eficaz para la prevención.

En este sentido el programa STORM (Skills-based Training On Risk Management) y de Nuremberg de prevención del suicidio, está dirigido a médicos generales, a especialistas en salud mental y al resto de profesionales sanitarios.

La duración de los programas y sus formatos son variados, yendo desde las 3-4 horas a los dos días, en modalidad presencial, o mixto con formación online de 35 horas y presencial de ocho. Todos ellos abordan la formación mediante conferencias y role-playing o análisis de casos, siendo los resultados obtenidos distintos debido a la disparidad de sus metodologías.

¹⁹ Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida (2011). Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado08/medidas%20prevencion.html

Los programas deberían incluir información sobre epidemiología, factores de riesgo y protección y aquellas señales de advertencia que más frecuentemente aparecen en las personas con ideación y conducta suicida. En los programas formativos para profesionales de salud mental, en la formación específica sobre el suicidio, merece especial atención la evaluación del riesgo de suicidio justo antes del alta médica

- **Profesionales no sanitarios**, incluyendo profesionales de centros educativos, de servicios sociales y a la comunidad, personal de emergencia y seguridad... En este sentido la OMS recomienda la formación teórico-práctica para poder aumentar la conciencia y comprensión del riesgo de suicidio y adquirir habilidades y recursos tanto para la comprensión del suicidio, como para su prevención y afrontamiento. Estos programas de formación deben estar dirigidos a aumentar las habilidades de comunicación sobre cuestiones relativas al suicidio, mejorar la capacidad para identificar síntomas depresivos y conducta suicida y aumentar el conocimiento sobre los recursos disponibles. Son extensivos a los denominados gatekeeper o “guardianes” que en el caso de los centros educativos podrían ser los propios profesores y compañeros, los orientadores psicopedagógicos, los monitores de actividades extraescolares, y otros miembros del personal del centro. Esta formación presenta variabilidad en su formato respecto al número de horas, yendo desde 32-36 horas hasta 5 días, siendo lo habitual, dos días.

Es importante para que estas actuaciones sean implementadas en los centros educativos, cuenten con el apoyo de la dirección de los centros, se ofrezcan al inicio del curso, sean breves y estén destinadas a todo el personal de la institución escolar. Hay bastantes expectativas que si estos programas se desarrollan en escuelas, universidades o centros de menores, se lograrán mejoras significativas en la confianza, percepción de habilidades y en un mayor conocimiento de la conducta suicida. Los resultados mostraron que esta formación puede ayudar a que el personal de estos centros y el alumnado en general se sientan mejor preparados para apoyar a jóvenes en riesgo de conducta suicida.

Para profesionales de otros ámbitos y tipos de centros como pudieran ser los penitenciarios, la formación debería contemplar contenidos como:

- Factores de riesgo, señales, síntomas de advertencia y períodos de mayor riesgo.
- Conocimiento de las situaciones que favorecen la conducta suicida en un centro penitenciario.
- Actitudes del personal acerca del suicidio y políticas de prevención del centro.

La OMS publicó en 2009 un documento titulado “Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea”²⁰, debido a que estos grupos pueden ser los primeros mediadores en conflictos con personas que presentan problemas de salud mental, emocionales, abuso de sustancias y/o conducta suicida. Es necesario, por tanto, desarrollar la capacitación de estos profesionales en diferentes tareas y crear estrategias y protocolos para el manejo de crisis. Las instituciones deben garantizar que estos profesionales estén capacitados para reconocer señales y síntomas de trastornos mentales, así como identificar riesgos de suicidio y entender la legislación local en salud mental. Además, esta capacitación debería realizarse mediante situaciones de la vida real en grupos de discusión dirigidos por un profesional de salud mental. Estos grupos se reunirían regularmente, debatirían situaciones de la vida real y realizarían simulaciones donde los participantes pondrían en práctica diferentes formas de comunicación dependiendo de la naturaleza de la crisis (role-playing).

Por último hay un colectivo importante constituido por los voluntarios comunitarios, en la prevención del suicidio. Para este colectivo los programas de sensibilización del suicidio suelen tener entre 60 y 90 minutos de duración, mostrando una mejora en los conocimientos y la predicción de situaciones de riesgo suicida. Se ha detectado, además, que los voluntarios son capaces de desempeñar un papel eficaz en la búsqueda de ayuda de profesionales.

²⁰ Organización Mundial de la Salud (2009). Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_responders_spanish.pdf

Es necesario destacar que los programas de prevención y formación que se han implementado en distintos contextos y con diversos sectores de población han sido escasamente evaluados y en aquellos casos que se ha realizado una valoración de los mismos se ha podido comprobar que no ha habido modificación en las tasas de suicidio aunque sí ha servido para conseguir en la población entrenada, un aumento de conocimientos, la mejora en la detección y cambios positivos en las actitudes, disminuyendo tabúes y estigmas sobre el suicidio.

En el momento actual y en Andalucía existe una preocupación de parte de las Administraciones Públicas por implementar programas de prevención integrales en los que intervengan personal y servicios que puedan abordar la prevención desde los ámbitos de la educación, la salud, agentes sociales... estando en fase de diseño un programa integral de información a la población general y de formación a “guardianes” y a profesionales de la salud, la emergencia y la seguridad coordinado desde la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) y la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Bibliografía.

- ¹ Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo tercera Edición (2014). Real Academia Española. Disponible en <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>
- ² Clasificación Internacional de Enfermedades. Edición 10. Disponible en: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf
- ³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>
- ⁴ Durkheim, E. (1982). *El suicidio*. Madrid. Reus.
- ⁵ Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección e intervención de la conducta suicida (2010).
- ⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- ⁷ Campos, R. (2009). Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes. Universidad de Costa Rica.
- ⁸ Berlot JM. (2002). A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide. *Suicidology*.
- ⁹ Instituto Nacional de Estadística (INE) (2012). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft18%2Fp427&file=inebase&L=0>
- ¹⁰ De la Torre Martí, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la conducta suicida. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.
- ¹¹ Portal de Salud Mental. Mitos sobre el suicidio. Disponible en: <http://www.portaldesaludmental.com.ar/index.php/psicologia-naranjas/124-mitos-suicidio.html>
- ¹² Chávez, A., et all. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*; 31:197-203.
- ¹³ Gordon, R.S. (2003). An operational classification of disease prevention. Geneva: WHO
- ¹⁴ Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in neuroPsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853
- ¹⁵ Programa Prevención del Suicidio (SUPRE). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1
- ¹⁶ Coleman L, & O'Halloran S. (2004). Preventing youth suicide through gatekeeper training. A resource book for gatekeepers. USA: Published by authors.
- ¹⁷ Isaac, M., Elias, B., Katz, L., Shay-Lee, B., Deane, F., Enns, M., et al. (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260-268.
- ¹⁸ Walker, R., Ashby, J., Hoskins, O., & Greene, F. (2009). Peer-support suicide prevention in a non-metropolitan U.S. community. *Adolescence*; 44(174): 335-346
- ¹⁹ Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida (2011). Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado08/medidas%20prevencion.html
- ²⁰ Organización Mundial de la Salud (2009). Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_responders_spanish.pdf