



FACTORES DE ÉXITO EN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

SUCCESS FACTORS IN THE PREVENTION SUICIDE PROGRAMS

Hugo Alejandro Arias López*

Fundación SERÉ

RESUMEN

El suicidio ha cobrado vital importancia como problemática de salud pública dada la tasa de mortalidad que se encuentra, aún más teniendo en cuenta el subregistro de los intentos fallidos de suicidio y la reincidencia una vez estos ocurren. Así, se han implementado numerosos programas de prevención del suicidio atendiendo a esta demanda, para que estos generen impacto es necesario determinar los factores que se relacionan con el éxito de dichos programas. En el presente artículo de revisión, se exponen las experiencias que refieren ser exitosas en la prevención del suicidio. Entre las conclusiones se encontró que la delimitación de poblaciones con características específicas, la utilización de estrategias psicoeducativas respecto a factores de riesgo y protección, la utilización de estrategias combinadas y de la intervención en diferentes niveles de prevención son las características que mejor se relacionan con el éxito de dichos programas.

Palabras claves: Suicidio, prevención secundaria (consultadas en DeCS).

ABSTRACT

Suicide has gathered importance as a public health issue given the mortality rate found considering the under registration of suicide unsuccessful attempts and its recurrence when these occur. In this manner, numerous suicide prevention programs have been implemented in response to this demand, for these to generate impact it is necessary to determine their success factors. In this revision article the successful experiences in suicide prevention are exposed. Among the conclusions, it was found that the delimitation of population with specific characteristics, the use of psycho-educative strategies regarding risk and protection factors, the use of combined strategies and the intervention in different prevention levels are the characteristics that relate the most with these programs success.

Key words: Suicide, prevention, health promotion (consultadas en MeSH).

*Hugo Alejandro Arias López es Psicólogo, Magíster en Psicología, investigador vinculado al grupo de investigación del Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanas de la Fundación Seré, Bogotá D.C. (Colombia).

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse al e-mail alejoariaslo@gmail.com

ARTÍCULO DE REVISIÓN. RECIBIDO: 10 de febrero de 2013 APROBADO: 1 de marzo de 2013

INTRODUCCIÓN

El Suicidio ha sido definido por la Real Academia de la Lengua (RAE, 2005) como el acto

voluntario por el cual una persona cesa voluntariamente con su vida; Durkheim (1982) realiza una definición del mismo acto desde un enfoque de corte más sociológico, refiriéndola

como el acto que busca la muerte directa o indirecta de sí mismo, y con el conocimiento que este debía de producir ese resultado; dicha definición sigue siendo la retomada comúnmente para diversos fines. El presente artículo de revisión empírica tiene como objetivo establecer qué factores se han visto relacionados con el éxito de programas de prevención del suicidio, encontrando que la delimitación de la población y la intervención en diferentes niveles, va a promover el éxito del programa de prevención.

Para iniciar, la tasa de mortalidad por causa de la conducta suicida ha sido una de las problemáticas que más ha requerido abordaje en los últimos años, debido a las consecuencias que tiene dicho comportamiento sobre su contexto (Freeman & Reinecke, 1995). Aún más importante cuando se encuentra que el suicidio se hace presente en las diferentes culturas y espacios geográficos del mundo de manera exponencial (OMS, 2002).

Durante el año 2000 se registraron más de 800000 muertes por suicidio en el mundo, siendo aproximadamente la mitad de todas muertes por actos violentos, a su vez la decimotercera causa de muerte en el mundo, representando así el 28.8 por cada 100000 habitantes (OMS, 2002). En Colombia el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- refiere tasas de mortalidad por suicidio de 4 por cada 100000 habitantes (Macana, 2012).

Sin embargo, el suicidio no es un fenómeno que se presente de la misma manera en todo el mundo, ni en todas las personas; así las tasas de suicidio difieren considerablemente entre áreas rurales y urbanas, entre grupos étnicos y raciales, y entre zonas geográficas continentales e

incluso dentro de los mismos países. Así se encuentra por ejemplo que en el pacífico occidental las tasas de suicidio sextuplican las de homicidio, mientras en África y América las tasas de suicidio son triplicadas por las de homicidio; de la misma manera se observa que las tasas de suicidio se incrementan con la edad en ambos géneros, siendo la más elevada en los hombres de más de 60 años (44.9 por 100000) duplicando a las mujeres en el mismo rango de edad (22.1 por 100000), aunque dicha diferencia es considerablemente menor en grupos de mejor edad (15.6 por 100000 en hombres entre 15 y 29 años, mientras las mujeres se encuentra una tasa de 12.2 por 100000 en el mismo rango de edad) (OMS, 2002).

Los datos anteriores deben ser tenidos en consideración, sin embargo es importante tener en cuenta que dichos datos se refieren sólo al registro de intentos suicidas efectivos, pero no se cuenta con suicidios fallidos y gestos suicidas. Sólo una pequeña minoría de quienes realizan un comportamiento suicida cumple con su cometido; se calcula que aproximadamente un suicidio consumado entre mayores de 65 años corresponde a tres intentos fallidos y así mismo en la población de menos de 25 años se calcula en aproximadamente 150 intentos fallidos por cada suicidio consumado (Campos, 2009).

En esta misma línea es importante tener en cuenta 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). Ello resalta la inutilidad de las estrategias para la prevención de los intentos suicidas.

En correspondencia con lo anterior, durante los últimos años se han puesto en marcha ingentes esfuerzos para la prevención del suicidio, en donde se resalta el programa SUPRE (Suicide Prevention) de la OMS, el cual está en marcha desde 1999 enfocado en la recolección de datos sobre factores de riesgo y protección de manera global, así como en la identificación de intervenciones específicas y adecuadas (OMS, 2002b).

El programa SUPRE ha logrado determinar la necesidad de realizar programas de prevención que apunten a varios objetivos primordiales que inician en procesos educativos adecuados durante la infancia y la adolescencia, el tratamiento adecuado de los trastornos mentales, el control de los factores de riesgo y la potencialización de los factores de protección (DHHS, 2001; OMS, 2001), en los cuales se deben atender los orígenes multidimensionales (biológicos, psicológicos y socioculturales) (OMS, 2002b).

Como resultado del programa SUPRE y del NSFSP (National Strategy for Suicide Prevention) se han logrado identificar plenamente los principales factores de riesgo y de protección; así la necesidad de trabajar en pro del manejo adecuado de los primeros, resaltando dentro de estos factores sociodemográficos (bajo estatus socioeconómico, bajo nivel educativo y desempleo familiar), patrones familiares y eventos negativos durante la niñez (enfermedades psiquiátricas, abuso de alcohol/SPA, familia violenta y conducta antisocial en la familia; padres poco cuidadores, separados, con conflictos permanentes o fallecimiento de estos o los

cuidadores; padres o cuidadores rígidos, sobreexigentes o autoritarios; familias adoptivas y antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio); estilos cognitivos y personalidad disfuncionales (caracterizados por agresividad e inestabilidad afectiva, impulsividad, tendencia a la irrealidad, rigidez de pensamiento, problemas relacionados con identidad u orientación sexual y pobres habilidades para solucionar problemas); y la presencia de trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, abuso de alcohol y/o spa, trastornos alimenticios o psicóticos e intentos previos de suicidio) (Coleman & O'Halloran, 2004; DHHS, 2001; OMS, 2001).

Así mismo se han logrado identificar factores de protección que se deben reforzar, especialmente los relacionados con familias funcionales y que se evidencian en relaciones de apoyo; estilos cognitivos y de personalidad caracterizado por equilibrio entre los locus de control interno y externo (habilidades sociales adecuadas, manejo realista de los logros y habilidades, facilidad para buscar ayuda y apoyo social de ser necesario, receptividad frente a nuevas experiencias y conocimientos); y factores sociales culturales y sociodemográficos (participación en grupos sociales, deportes y grupos religiosas, vinculación con figuras de autoridad) (DHHS, 2001; OMS, 2001).

Se hace importante entonces no sólo concebir qué cosas se deben trabajar como estrategias de prevención del suicidio, también las estrategias, herramientas y procedimientos adecuados para que los programas propuestos, sean efectivos y tengan un impacto considerable.

Para ello, se realizó una revisión de algunos de los artículos publicados entre 2000 y 2011, los cuales reportaron ser experiencias exitosas en mayor o menor medida, o que a pesar de no cumplir con el objetivo principal pueden promover el éxito en la prevención del suicidio. Dichos artículos fueron analizados a la luz de los criterios que han sido estipulados como elementos clave de un programa de prevención y factores relacionados con el éxito de dichos programas (Álvira, 1999; Londoño & Vinaccia, 2005), los cuales son descritos a continuación:

- Sustento teórico y empírico explicativo de las estrategias a utilizar y la problemática a prevenir.
- Definición del programa, consistente en actividades, acciones y/o procedimientos.
- Objetivos del programa delimitados al problema a abordar, es decir conductas o fenómenos concretos que se relacionan de manera específica con otros fenómenos o factores.
- El programa debe estar ajustado a una población específica, teniendo en cuenta la especificidad del fenómeno y sus relaciones.
- La intervención se debe realizar en diferentes niveles para generar mayor impacto.
- Se debe promover el desarrollo de relaciones grupales que propicien el mantenimiento y divulgación de los alcances del programa.
- El programa de prevención debe incluir métodos de enseñanza centrados en orientar al individuo acerca de cómo debe

ocurrir el cambio, en qué dirección y cuando.

- Propiciar el incremento en la percepción de vulnerabilidad de la población general.
- Utilización del programa en el momento oportuno; y con el manejo adecuado de las estrategias (intensidad, duración, calidad, cantidad y tiempo).
- Sistema de información adecuado para el desarrollo y evaluación del programa en relación al impacto.

Tras la revisión de las experiencias identificadas se encontró que el modelo denominado como *Gatekeeper* (*guardianes*) ha sido comprobado por investigaciones estructuradas y amplias revisiones como uno de los más efectivos y eficientes en una amplia gama de poblaciones como personal militar, personal de la escuela pública, personal clínico y aborígenes (Isaac, Elias, Katz, Shay, Deane & Enns, 2009).

La primera iniciativa de este modelo surge en la década de los 70's (Snyder, 1971); a partir de allí se ha ido perfeccionando, estableciendo como objetivo principal enseñar y desarrollar en grupos poblacionales específicos habilidades para identificar personas con alto riesgo suicida por medio de la educación sobre factores de riesgo, signos y señales de alarma, de manera que puedan ser referidas oportunamente para su tratamiento; los gatekeepers o guardianes deben ser personas que tienen contacto primario con grupos poblacionales con alto riesgo de suicidio. Su desarrollo histórico se realizó inicialmente con la implementación de la estrategia en uno de dos grupos, designados o emergentes, siendo los primeros personal capacitado para ofrecer ayuda

adecuada y oportuna, mientras los emergentes se integran a partir de la red de apoyo y la comunidad, los cuales no son entrenados para intervenir pero si para brindar apoyo y reconocimiento oportuno de las personas en riesgo, donde cabe recalcar los altos niveles de efectividad que ha presentado (Scouller & Smith, 2002; Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003; Coleman & O'Halloran, 2004; Scherff, Eckert & Miller, 2005; Cross, Matthieu, Cerel & Knox, 2007; Wyman et al, 2008; Isaac et al, 2009; Miller, Eckert & Mazza, 2009; Tompkins & Witt, 2009).

Isaac et al (2009) establecieron los cinco componentes clave en un programa de entrenamiento; en primer lugar la preparación, referida a las normas y expectativas de la experiencia de aprendizaje; la conexión, en donde se discuten las actitudes hacia el suicidio y su impacto en el proceso de intervención; la comprensión, en donde se realiza una revisión de las necesidades de intervención de acuerdo al riesgo, incluyendo conocimientos, factores claves y el desarrollo del plan de ayuda; la asistencia, donde la presentación del modelo efectivo para la prevención del suicidio, y una simulación-observación que refuerce los conocimientos; y finalmente el trabajo en redes, que consiste en proporcionar información sobre los recursos de la comunidad y la utilización de dichos recursos. Se debe tener en cuenta que estos elementos claves se presentan de manera sistemática y ordenada temporalmente de acuerdo a cada población, sin embargo todos los elementos deben ser trabajados.

Algunas modificaciones más recientes del modelo, aunque siguen incluyendo los cinco elementos clave, varían en la forma en la que se aborda la población; en esta medida la principal modificación que se ha evidenciado es 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, quienes son los que remiten a las personas identificadas (Walker, Ashby, Hoskins & Greene, 2009); ello no ha dejado en detrimento la efectividad del programa de prevención, pues se siguen observando indicadores que demuestran su efectividad a pesar de las modificaciones.

En esta misma línea de investigaciones con guardianes dentro del grupo de riesgo, se han visto los esfuerzos más relevantes y visibles en Latinoamérica con experiencias en México y Costa Rica, centrando su actividad en el entrenamiento de personas dentro de los perfiles de riesgo para la identificación de posibles suicidas, generando impacto tanto en la adquisición de conocimientos, el uso adecuado de estos para realizar intervenciones de calidad y oportuna, así como en la red de apoyo y el abordaje desde los profesionales correspondientes. Campos et al (2001) diseñaron un taller que además de la prevención de conductas suicidas apunta al manejo de conductas autodestructivas, teniendo en cuenta características particulares y necesidades específicas de las mismas que propician la obtención de resultados positivos tras la identificación de personas en alto riesgo que son intervenidas de manera individual y atendiendo a la necesidades particulares, por lo cual refieren la necesidad de considerar la

intervención grupal inicialmente y la individual de manera oportuna para propiciar mayor impacto de la intervención.

El modelo anterior ha sido replicado también México, teniendo en cuenta de la misma manera las variables y produciendo resultados igualmente positivos, que permitieron un mejor manejo no sólo del riesgo suicida, también de la conducta e incluso de la ideación (Chávez, Medina & Macías, 2008).

La gran mayoría de programas que se encontraron son variaciones del modelo resumido anteriormente, que se diferencian en la manera de realizar la divulgación del conocimiento acerca del suicidio, así como el establecimiento de las instancias adecuadas para buscar apoyo y la posterior evaluación del programa implementado.

En todos los programas referenciados sin excepción se encuentra una fase de sensibilización frente a la problemática, dicha fase fue realizada de diversas maneras, siendo generalmente propiciada de acuerdo a las condiciones propias de cada población, encontrando en términos generales estrategias efectivas en la utilización de videos para el desarrollo de la sensibilización (Aseltine & DeMartino, 2004; Bryan, Dhillon-Davis & Dhillon-Davis, 2009; Bagley, Munjas & Shekelle, 2010), y la realización de grupos de trabajo específicos ya sea con la población objetivo (Dedic & Panic, 2007; Ono et al, 2008; Walker et al, 2009), la intervención con personas clave para que el programa tenga impacto sobre el grupo en riesgo (Ramberg & Wasserman, 2004; Martin, Ghahramanlou, Lou & Tucciarone, 2009), o la utilización de estrategias combinadas y la intervención en varios niveles (Knox, Litts, Talcott, Feig & Caine, 2003; Hegerl et al, 2009;

Ulrich, Wittenburg, Arensman, Van Audenhove, Coyne & McDaid, 2009).

Dentro de todos los programas se encuentran algunas experiencias que cuentan con altos indicadores de efectividad e impacto, cabe resaltar que todas ellas implican la combinación de estrategias diferentes (incluyendo los gatekeeper) y la intervención en diferentes niveles.

En Europa se está realizando una intervención con estas características de manera simultánea en diferentes regiones del continente (Irlanda, Portugal, Hungría y Alemania) y con estrategias en diversos niveles, los cuales son determinados por la efectividad comprobada de estrategias que en experiencias anteriores referían éxito comprobado de manera independiente; en primer lugar, la utilización de sesiones de entrenamiento que permitan brindar apoyo a los médicos en la atención primaria; en segundo lugar, es importante que las campañas de divulgación de la información a través de diferentes medios de comunicación permitan generar el impacto que se espera con la información y la estrategia para impartirla; en tercer lugar, la capacitación de gatekeepers comunitarios; y en cuarto, la utilización de actividades de extensión y apoyo a las personas que se encuentran en alto riesgo (líneas de atención, grupos de apoyo y autoayuda, entre otras); con dicha intervención se abordó una población cercana al millón de personas, cuyo objetivo principal fue recabar datos que permitan transferir los resultados a otros contextos; a partir de las estrategias a utilizar y del sustento de estas se proyecta una reducción considerable de las

estadísticas de suicidio e intentos suicidas (Ulrich et al, 2009).

Los demás programas analizados que incluían intervenciones integradas por varias estrategias de prevención fueron implementados en fuerzas armadas de diferentes lugares del mundo. Gordana y Milivoje (2007) realizaron la implementación de un programa de prevención del suicidio en el ejército de Serbia y Montenegro (anteriormente Yugoslavia), dicho modelo realizaba actividades relacionadas con la intervención primaria, secundaria y terciaria en relación directa los servicios de salud mental; dicha intervención se daba en primer lugar en relación al sujeto en riesgo o su red de apoyo más cercana (amigos, compañeros), en la cual se realizaba el entrenamiento para el reconocimiento de los signos de pre-suicidio y se les motivaba a reportar el riesgo propio o de los demás; en segundo lugar, el personal que ingresaba debía asistir al siguiente día del ingreso al chequeo por el servicio de salud mental; el siguiente nivel de atención consiste en la atención del equipo del centro médico militar (incluido psiquiatra y médico), quienes evalúan y estiman las capacidades de los soldados y el resto del personal para el servicio militar; y finalmente la intervención terciaria que consiste en la supervisión y direccionamiento de la intervención de quienes es necesario que lleguen a este nivel. Esta intervención posterior a dos años de seguimiento demostró beneficios estadísticamente significativos, teniendo en cuenta que los indicadores previos referían una tasa de 13 por cada 100000, y posterior al seguimiento se registraron tasas de 5 por cada 100000.

La experiencia que reporta mejores resultados fue implementada en la fuerza aérea de los Estados Unidos a través de un programa integrado por once iniciativas clave que apuntaban a diferentes niveles (Knox, Litts, Talcott, Feig & Caine, 2003): 1. Participación de los líderes, 2. Educación militar profesional, 3. Directrices para los comandantes sobre el uso de los servicios de salud mental, 4. Servicios preventivos comunitarios, 5. Educación y entrenamiento comunitario, 6. Implementación de entrevista de investigación, 7. Manejo de estrés en incidentes críticos, 8. Sistema integrado de servicios de prevención, 9. Limitación de los privilegios del paciente, 10. Encuesta sobre conducta saludable, y 11. Sistema de vigilancia y epidemiología.

Para la implementación de estas once iniciativas se contó con el total de la población (más de cinco millones de personas), además de un seguimiento durante los seis años posteriores a la intervención, fue posible identificar el impacto en la conducta suicida, reduciendo la tasa de 13.5 por cada 100000 a 9.2 después de la intervención; adicional al resultado en la disminución de la tasa de suicidios se encontraron beneficios secundarios que se asocian al programa, como la reducción en violencia doméstica, el homicidio y la muerte accidental (Knox et al, 2003).

Bagley, Munjas y Shekelle (2010) realizaron una revisión de siete experiencias de programas de prevención del suicidio, características particulares de estos programas son la inclusión de combinaciones en cuanto a estrategias y niveles de intervención; aún más importante, todos estos programas se han realizado en fuerzas armadas de diferentes países

y continentes del mundo y han mostrado resultados positivos. Se encontró tras el análisis de dichas experiencias que todas se centran en la utilización de factores empíricos y/o teóricos, para generar después estrategias de manejo adecuado; aunque todos presentan considerables reducciones en las tasas de suicidios, se presentó lo mismo (aunque en menor proporción) con la población general, por lo cual se deben realizar análisis profundos que evidencien la efectividad del programa realizado.

Los estudios anteriormente mencionados muestran los alcances de diferentes modelos de prevención del suicidio, todos ellos cumplen con condiciones asociadas a la estipulación de poblaciones específicas, el desarrollo y potenciación de los factores protectores, tanto a nivel individual como comunitario, pues los modelos orientados al cambio de normas sociales, la identificación del riesgo y el manejo adecuado de otros factores tanto de riesgo como protectores, no sólo permiten la prevención del suicidio, pues además impactan en la promoción y prevención de la salud mental en general (Knox, Litts, Talcott, Feig & Caine, 2003).

CONCLUSIONES

La identificación de factores de riesgo y de protección es clave en la prevención del suicidio; sin embargo, los primeros deben ser manejados con precaución para que no se generen sobre-reportes de posibles suicidas y sobrecarguen los sistemas de apoyo profesional.

La formación de gatekeepers o guardias tiene éxito comprobado en la transmisión de conocimientos, desarrollo de habilidades y cambio actitudinal hacia el fenómeno, sin embargo la

mayoría de estos programas no son evaluados en relación a su mantenimiento, y en el mejor de los casos se evalúa la adquisición de conocimientos como indicador indirecto de la disminución en tasas de suicidio, pues según Berman (2009) el incremento en el conocimiento no necesariamente se relaciona la percepción subjetiva de riesgo, por lo cual se debe aclarar si esta estrategia tiene efecto directamente sobre la conducta suicida.

Es necesario establecer medidas adecuadas para el impacto de los programas de intervención, que permitan establecer cambios directos sobre el fenómeno de manera clara y económica.

Las condiciones idiosincráticas y culturales son importantes en el desarrollo de programas de prevención suicida; sin embargo las condiciones sociohistóricas no suelen ser tenidas en cuenta y momentos de crisis o reducción de estresores pueden relacionarse de diferentes maneras con los resultados del programa implementado.

La inversión en el material y personal capacitado permite generar programas de intervención autosostenibles a posteriori, reduciendo los costos y la pérdida de vidas en el proceso de manejo.

La inversión en equipos, personal y medios adecuados para el desarrollo de programas de prevención del suicidio posibilitan mejores resultados.

El diseño de programas con características específicas para cada población objetivo es imprescindible, teniendo en cuenta la variabilidad de factores influyentes, y el manejo diferencial de factores de riesgo y protección en cada población.

Finalmente, los programas que involucran intervenciones en distintos niveles, y con diferentes estrategias presentan mejores resultados, los cuales hasta el momento se han mantenido en el tiempo, y son constatados con medidas directas sobre el fenómeno.

REFERENCIAS

- Alvira, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas*. España: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Aseltine, R., & DeMartino, R. (2004). An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 94(3): 446-451.
- Bagley, S., Munjas, B., & Shekelle, P. (2010). A systematic review of suicide prevention programs for military or veterans. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(3), 257-265.
- Berman, L. (2009). School-Based Suicide Prevention: Research Advances and Practice Implications. *School Psychology Review*, 38(2): 233-238.
- Bryan, C., Dhillon-Davis, L., & Dhillon-Davis, K. (2009). Emotional impact of a video-based suicide prevention program on suicidal viewers and suicide survivors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(6), 623-632.
- Campos, R., Valerio, J., Padilla, S., Lobo, H., Cruz, C., Monge, M., et al. (2001). Publicación del Programa de Atención Integral de la Adolescencia. Caja Costaricense del Seguro Social. 3 (1-2): 27-63.
- Campos, R. (2009). Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes Costarricenses. Investigación para optar por el grado de psiquiatría, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Coleman L, & O'Halloran S. (2004). Preventing youth suicide through gatekeeper training. A resource book for gatekeepers. USA: Published by authors.
- Cross, W., Matthieu, M., Cerel, J., & Knox, K. (2007). Proximate Outcomes of Gatekeeper Training for Suicide Prevention in the Workplace. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(6): 659-670.
- Chávez, A., Medina, M., & Macías, L. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*; 31:197-203
- DANE (2005). *Estadísticas vitales*. Colombia: DANE.
- Dept. of Health and Human Services of US, Public Health Service – DHHS. (2001). *NSFSP (National Strategy for Suicide Prevention). Goals and objectives for action*. Rockville: Autores.
- Dedic, G., & Panic, M. (2007). Suicide prevention program in the Army of Serbia and Montenegro. *Military Medicine*, 172(5), 551-555.
- Durkheim, E. (1982). *El suicidio*. Madrid: Reus.

- Freeman, A., & Reinecke, M. (1995). *Terapia Cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Desclee de Brower: Bilbao.
- Gordana, D., & Milivoje, P. (2007). Suicide prevention program in the army of Serbia and Montenegro. *Military Medicine*, 172: 551-555.
- Gould, M. A., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
- Hegerl, U., Wittenburg, L., Arensman, E., Van Audenhove, C., Coyne, J., McDaid, D., et al. (2009). Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*, 9: 428.
- 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.
- Knox, K., Litts, D., Talcott, G., Feig, J., & Caine, E. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327(7428), 1376.
- Londoño, C., & Vinaccia, F. (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: Lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y salud*, 15(2): 241-249.
- Macana, N. (2012). *Comportamiento del suicidio en Colombia*, 2011. Bogotá: Forensis
- Martin, J., Ghahramanlou-Holloway, M., Lou, K., & Tucciarone, P. (2009). A Comparative Review of U.S. Military and Civilian Suicide Behavior: Implications for OEF/OIF Suicide Prevention Efforts. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(2), 101
- Miller, D., Eckert, T., & Mazza, J. (2009). Suicide Prevention Programs in the Schools: A Review and Public Health Perspective. *School Psychology Review*, 38(2): 168-188.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra: autor.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2002b). Multisite intervention study on suicidal behaviors – SUPRE-MISS. Génova: autor.
- Ono, Y., Awata, S., Iida, H., Ishida, Y., Ishizuka, N., Iwasa, H., et al. (2008). A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health*, 8: 315
- Ramberg, I., & Wasserman, D. (2004). Suicide-preventive activities in psychiatric care:

- Evaluation of an educational programme in suicide prevention. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(5), 389-394.
- Real Academia de la Lengua (2005). *Diccionario de la lengua española: suicidarse*. España: Espasa.
- Scherff, A., Eckert, T., & Miller, D. (2005). Youth suicide prevention: a survey of public school superintendents' acceptability of school-based programs. *Suicide Life-Threatening Behavior*. 35(2):154-169.
- Scouller, K., & Smith, D. (2002). Prevention of youth suicide: How well informed are the potential gatekeepers of adolescent in distress?. *Suicide Life-Threatening Behavior*. 32(1):67-79.
- Snyder, J.A. (1971). The use of gatekeepers in crisis management. *Bull Suicidology*, 8, 39-44.
- Tompkins, T., & Witt, J. (2009). The short-term effectiveness of a suicide prevention gatekeeper training program in a college setting with residence life advisers. *Journal of Primary Prevention*. 30(2): 131-149.
- Ulrich, H., Wittenburg, L., Arensman, E., Van Audenhove, C., Coyne, J., McDaid, D., et al. (2009). Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*. 9:428
- 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.
- Wyman, P., Brown, H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk, K., Guo, M., & Bena, J. (2008). Randomized Trial of a Gatekeeper Program for Suicide Prevention: 1-year Impact on Secondary School Staff. *J Consult Clin Psychol*. 76(1): 104-115.