

ADIPA

Más allá de las estadísticas:

¿Cómo abordar el fenómeno del suicidio?



Índice

Introducción: Comprendiendo el fenómeno del suicidio	1
Capítulo 1: Epidemiología	2
Promedio total de muertes por suicidio	3
Tasa de mortalidad por suicidio según sexo	3
Mortalidad por suicidio según grupo etario	3
Métodos de suicidio	4
Capítulo 2: Medición de riesgo y maniobras iniciales	5
Instrumentos de evaluación	6
Capítulo 3: Estrategias de prevención	11
Lineamientos de la OMS	12
Nuevas perspectivas	13
Conclusión	14
Referencias	15
Sobre Adipa	16

Introducción:

Comprendiendo el fenómeno del suicidio.

El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial que ha sido objeto de estudio en diversas disciplinas, como la psicología, la sociología, la medicina y la filosofía. A pesar de haber sido ampliamente estudiado por años, sigue siendo un **problema de salud pública** a nivel mundial.

Actualmente, empleamos el concepto de '**espectro del suicidio**' para abordar los diferentes elementos que forman parte de este fenómeno. Comprenderlo es fundamental para prevenirlo y abordarlo de manera efectiva. ¿Cuáles son los conceptos fundamentales?

Se entiende como **suicidio** la acción fatal deliberada de dar término a la propia vida (Cha et al., 2017), siendo este hecho determinado por un médico forense. Es importante destacar que corresponde a una **acción intencional** y no un accidente o una consecuencia no deseada de otras acciones.

Por otra parte, el **intento de suicidio** es una acción destinada a terminar deliberadamente con la propia vida (Cha et al., 2017). Es un comportamiento autoinfligido, potencialmente dañino con un **resultado no fatal** para el cual hay evidencia (explícita o implícita) de la intención de morir (Wasserman et al., 2012).

La **ideación suicida** es un tipo de conducta suicida no letal, donde surge una **consideración del deseo de terminar con la propia vida**. Normalmente va desde la línea de ideación relativamente pasiva (por ejemplo, querer estar muerto) hasta la ideación activa; por ejemplo, querer matarse o pensar en un método específico sobre cómo hacerlo (Cha et al., 2017).

La **autolesión deliberada** (DSH, por sus siglas en inglés), es definida como una intoxicación o autolesión autoinfligida intencional, independiente de la motivación y **no requiere** para su uso el establecimiento de la **intención suicida** (Wasserman, 2012). Por otra parte, algunos autores distinguen el concepto de **autolesión no suicida** (NSSI, por sus siglas en inglés), como "la destrucción directa y deliberada del propio tejido corporal en ausencia de un intento suicida" (Nock et al., 2008).

El suicidio es considerado como un fenómeno multifactorial o multicausal, existiendo variadas dimensiones que se consideran **factores de riesgo** y **factores protectores** relacionados con dicha conducta (Corona, Hernández y García, 2016).

En cuanto a los **factores de riesgo**, predominan la presencia de depresión o de síntomas depresivos (Barriga & Villalta, 2019), la ideación suicida (Morales-Vives & Dueñas, 2018; Secundino-Guadarrama et al., 2021) y los intentos de suicidio (Val & Míguez, 2021).

Reducir la pérdida de vidas por suicidio se ha convertido en una meta prioritaria de salud mental internacional, siendo la detección oportuna y la prevención del suicidio, las principales estrategias para combatir este problema.

Desde esa perspectiva, este ebook busca plasmar el panorama actual sobre el suicidio en Latinoamérica, otorgando lineamientos clave para el abordaje y la prevención.

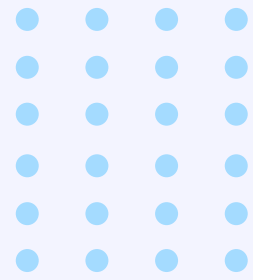


Aparentemente, fue el médico y filósofo **Thomas Browne** quien utilizó el término suicidio por primera vez en su obra *Religio Medici* en 1642, distinguiendo entre el hecho de matar a otra persona y el "homicidio de uno mismo" (MINSAL, 2013).

Actualízate con conocimientos basados en la evidencia científica.
¿Ya viste este seminario?



Capítulo 1



Epidemiología



Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), revelan que **el total mundial de muertes por suicidio ha disminuido** desde el año 2016, de casi 800.000 a poco más de 700.000 en 2019. La tasa bruta de muerte por suicidio disminuyó un 29% durante ese período, de 13,0 muertes por cada 100.000 habitantes a 9,2 muertes por cada 100.000 habitantes.

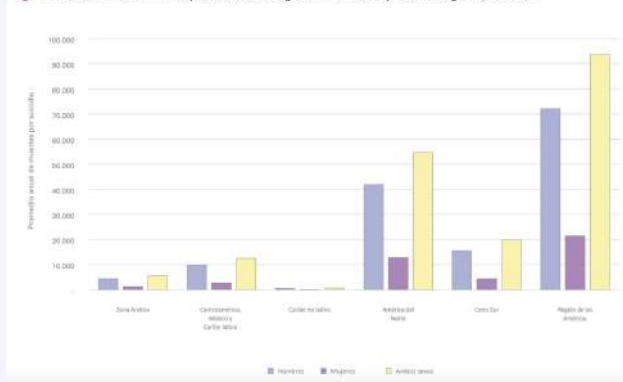
Si bien las tasas de suicidio cayeron hasta un 37% en la Región del Pacífico Occidental y un 42% en Europa entre 2000 y 2019, **en todo el continente Americano experimentó un aumento del 28%**, con tasas que aumentaron un 26% en hombres y un 38% en mujeres, respectivamente.

Situándonos en el escenario local, el último Informe Regional de Mortalidad por Suicidio en la Región de las Américas del período 2015-2019 (2022), revela las siguientes cifras:

Promedio total de muertes por suicidio.

En el período 2015-2019 hubo en promedio **93.737 muertes por suicidio al año en la Región** de las Américas, la mayoría en América del Norte (promedio anual de 54.766 muertes por suicidio; 41.928 hombres y 12.839 mujeres), seguida del Cono Sur (20.046; 15,623 hombres y 4.422 mujeres). La subregión con el menor número de muertes por suicidio fue la del Caribe no Latino, con un promedio anual de 695 (546 hombres y 149 mujeres). Esta clasificación de las subregiones según su tasa de mortalidad por suicidio ha permanecido relativamente estable en los últimos cinco años.

Figura 1. Promedio anual de muertes por suicidio en la Región de las Américas y en las subregiones, 2015-2019



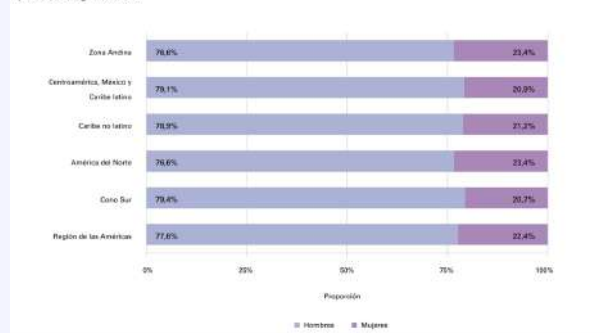
Periodo 2015-2019

Tasa de mortalidad por suicidio según sexo.

Al año 2019, en la Región de las Américas y en todas las subregiones, **la proporción de muertes por suicidio en los hombres fue mayor que en las mujeres**, y las proporciones fueron semejantes en todas las zonas. Específicamente, la proporción de muertes por suicidio en los hombres fue de 77,6% en la Región y se situó entre 76,6% y 79,4% en las subregiones.

Se estima que, en general, en el 2019 hubo alrededor de **3,5 muertes por suicidio en los hombres por cada muerte por suicidio en las mujeres** en la Región, observando una razón hombre-mujer similar en todas las subregiones.

Figura 4. Proporción por sexo del total de las tasas de mortalidad por suicidio ajustadas según la edad en la Región de las Américas y en las subregiones, 2019



Mortalidad por suicidio según grupo etario.

La tasa de mortalidad por suicidio más alta en el 2019 correspondió a las **personas mayores de 85 años** (20,1 por 100.000 habitantes), seguidas de las personas de 80 a 84 años (16,6 por 100.000 habitantes) y de 75 a 79 años (14,9 por 100.000 habitantes).

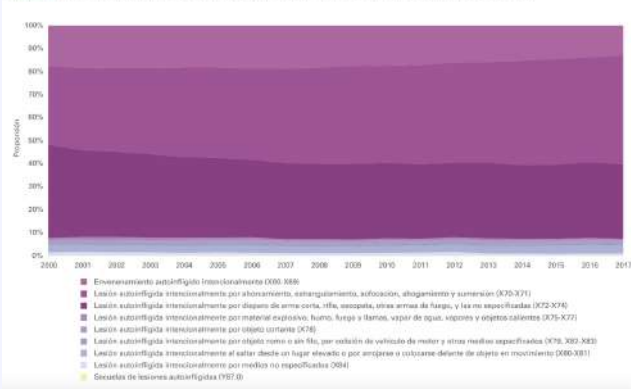
En general, los adultos de mediana edad (40 a 69 años) representaron la mayor proporción (38,0%) de los suicidios en la Región de las Américas, seguidos de las personas mayores (mayores de 70 años; 32,8%), los adultos jóvenes (20 a 39 años; 24,5%) y los adolescentes (10 a 19 años; 4,6%).

Al año 2019, el suicidio fue la causa de 432,3 años de vida perdidos por 100.000 habitantes (hombres: 668,5 por 100.000 habitantes; mujeres: 201,0 por 100.000 habitantes) (OPS, 2022)

Métodos de suicidio.

La gran mayoría de los suicidios en personas de ambos sexos en la Región de las Américas se observaron en las categorías envenenamiento autoinfligido intencionalmente; lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación, ahogamiento y sumersión; y lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta, rifle, escopeta, otras armas de fuego; y las no especificadas.

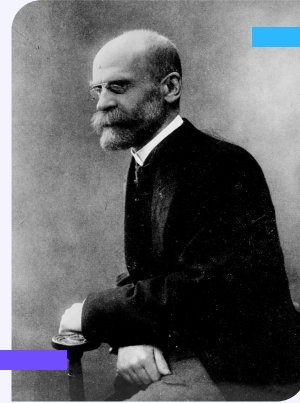
Figura 9. Método de suicidio, ambos sexos, como porcentaje del total en la Región de las Américas, 2000-2017



A pesar de que el envenenamiento, asfixia y lesiones por arma de fuego representaron los métodos de suicidio más comunes en personas de ambos sexos en la Región, las proporciones difieren entre hombres y mujeres. Específicamente, el envenenamiento autoinfligido intencionalmente representa una proporción mayor de los suicidios en las mujeres, mientras que la lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta, rifle, escopeta, otras armas de fuego, y las no especificadas representa una proporción mayor de los suicidios en los hombres.



Primeras aproximaciones



La perspectiva científica de este tema se inicia en el en el siglo XIX, con **Émile Durkheim**, sociólogo positivista y autor de *El suicidio*, libro en el que sostiene que el acto suicida es un **fenómeno social** que va **más allá del individuo**. Él fue el primero en emplear las estadísticas para estudiarlo, pues no olvidemos que la epidemiología actual es heredera directa de Durkheim (Campillo y Gajardo, 2021).

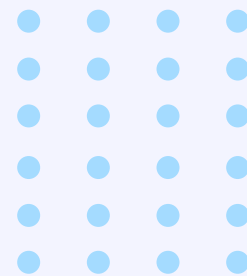
La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales problemáticas en la adolescencia. Conoce más al respecto en este blog.

¿Qué hay detrás de la salud mental adolescente?

NOTICIAS

Cuando hablamos de salud mental nos referimos a un estado de bienestar, que permite que las personas...

Capítulo 2



Medición de riesgo y maniobras iniciales



Instrumentos de evaluación.

Diversos protocolos y planes de manejo del riesgo suicida plantean que, una vez identificado, es necesario que el paciente sea evaluado y reciba atención psiquiátrica a la brevedad. Sin embargo, comprendemos que el proceso inicial de recibir atención de un psiquiatra puede resultar complicado, debido a la disponibilidad limitada y el alto costo económico.

Por ello, la atención primaria en salud respondería a esta necesidad de atención oportuna y accesible. En este contexto, es posible implementar **evaluaciones estandarizadas** para medir el nivel de riesgo suicida, y realizar la derivación correspondiente a atención psiquiátrica, priorizando a quienes se encuentran en mayor riesgo.

Cabe mencionar que, si bien estas escalas se pueden usar como instrumento de medición para evaluar una conducta en un paciente con riesgo suicida, **éstas no reemplazan la entrevista clínica.**

Rangel-Garzón, Suárez-Beltrán y Escobar-Córdoba (2015) plantean que "otra limitación de las escalas es que ninguna logrará predecir el riesgo suicida en los pacientes con una sensibilidad y especificidad del 100%, pues no es posible crear un ítem que evalúe la variabilidad en la toma de decisiones de los humanos y las diferentes situaciones de la vida que pueden hacer que se modifiquen estas"

¿Qué instrumentos pueden administrarse en atención primaria?

En una revisión sistemática de escalas de evaluación del riesgo suicida, Abarca, Gheza, Coda y Elicer (2018) identifican 4 de gran relevancia, por la consistencia en los estudios analizados y tiempo de aplicación:

1 SAD PERSONS

Consiste en un acrónimo en inglés correspondiente a 10 factores a evaluar en la anamnesis del paciente (sexo masculino, edad menor a 20 o mayor a 45 años, diagnóstico activo de depresión, intento previo de suicidio, abuso de alcohol, ausencia de pensamiento racional, apoyo social insuficiente o inadecuado, plan de suicidio elaborado, que no tenga pareja, presencia de problemas de salud).

Por cada elemento presente se suma un punto y se define conducta sobre la base del puntaje obtenido (0 a 2: alta y seguimiento ambulatorio; 3 a 4: seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso; 5 a 6: se sugiere ingreso; 7 a 10: ingreso forzoso).

Pese a ser ampliamente utilizado en salud pública en muchos países, la evidencia indica que sobrestimaría el riesgo suicida y la necesidad de hospitalización, y no predice el riesgo de suicidio mejor que el azar.

2 Escala de desesperanza de Beck.

Escala auto aplicable de respuestas dicotómicas (verdadero/falso) que consta de 20 preguntas. Un puntaje mayor o igual a nueve traduce un grado considerable de desesperanza, que se correlacionaría con ideación suicida. Los creadores se apoyan en que la escala identificaría a un grupo potencial de alto riesgo, más que una conducta en sí (en su estudio inicial Beck -año 1990- da once veces más riesgo al grupo positivo para la evaluación). Un estudio que siguió pacientes depresivos durante un año, mostró que la severidad de la depresión a través del inventario de depresión de Beck predecía intento suicida, no así la escala de desesperanza de Beck.

3 Escala de Ideación suicida de Beck.

Investiga la severidad de la ideación suicida a través de 19 preguntas que se califican entre 0 y 3, con un puntaje total entre 0 y 38. A esto se agregan dos preguntas (20 y 21) que tienen sólo valor descriptivo. Se ha estudiado en adolescentes, adultos, pacientes hospitalizados y ambulatorios. En el estudio inicial de Beck, sólo el ítem desesperanza se correlacionaría en forma predictiva con algún grado de ideación suicida y no el puntaje total. No existe punto de corte para clasificar al paciente como de alto riesgo, ni promover una intervención específica, aunque si muestra un gradiente de ideación.



4 **Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).**
Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio.

Escala destinada a evaluar severidad de la ideación y la conducta suicida durante el último mes en pacientes con doce años o más, además de enlazar el grado de severidad a un nivel de apoyo inmediato que la persona necesitaría. Característicamente evalúa cuatro grandes ítems: severidad de la ideación, intensidad de la ideación, comportamiento suicida y grado de letalidad del intento, asignando un puntaje variable a cada ítem. Existen distintas versiones de la escala dependiendo del contexto en el cual se desee emplear (evaluación inicial en servicios de urgencia, tamizaje para atención primaria, instituciones militares, control de pacientes con antecedente de riesgo suicida, evaluación inicial en colegios, entre otros).

Los creadores de la escala, el grupo The Columbia Lighthouse Project, entregan en su página web las distintas versiones con posibilidad de descarga gratuita según contexto (salud, colegios, fuerzas armadas o uso general), población objetivo (adultos y adolescentes, niños, población con deterioro cognitivo) e idioma (inglés o español).

Posee una versión completa y otra abreviada para uso en atención primaria y se encuentran disponibles tanto para pacientes que nunca han tenido ideación suicida como para los que tienen historial de ello. Además, su versión abreviada ha sido exitosamente utilizada en redes de salud asistencial.

Si bien se muestra como una herramienta simple, fácil de aplicar y con un pensamiento teórico lógico, esta versión breve no ha sido validada prospectivamente, siendo incierto la correcta categorización de los pacientes y la adecuación de las intervenciones. Faltan estudios prospectivos aplicando su versión breve, pero se vislumbra como una herramienta prometedora.

¿Quieres conocer estos instrumentos en profundidad? Revisa este seminario



Escala

Ventajas

Desventajas

SAD PERSONS

- Breve.
- No requiere capacitación.
- Gratuita.
- Fácil de recordar.
- Incluye indicaciones de conducta según puntaje obtenido.

- No predice intento de suicidio ni suicidio.
- Considera factores de riesgo ambientales / contextuales y no necesariamente elementos asociados a la intención suicida en sí misma.
- Sobrestima riesgo suicida y necesidad de hospitalización.

Escala de desesperanza de Beck

- Existencia de sutios que permiten cálculo rápido del puntaje y estimación del riesgo suicida.
- Tiempo de aplicación breve.

- Requiere aplicación por personal entrenado.
- Sensibilidad, especificidad variable.
- Pobre poder predictivo.
- Desesperanza no predice con certeza riesgo de intento suicida ni suicidio, sería sólo un factor de riesgo más.

Escala de ideación suicida de Beck

- Se acerca a la medición de ideación suicida.
- Tiempo de aplicación breve.

- Requiere aplicación por personal entrenado.
- Medición más bien caracterológica más que categorial.
- Pobre poder predictivo.
- Sin puntos de corte que permitan clasificar según riesgo y promover intervenciones.
- Tiende a sobrestimar riesgo.

Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

- Considerada por algunos como el *gold standard* en la evaluación del riesgo suicida. Predictiva en adolescentes y adultos.
- Cuenta con versión breve diseñada para uso en APS.
- Validada para población latinoamericana.
- Fácil acceso.
- Puede ser aplicada por personal no especializado.
- Incluye intervenciones según puntaje obtenido.
- Predictiva en adolescentes y adultos jóvenes.
- Validada en población adolescente y adulto joven hispanohablante (Argentina).

- Controversia en torno a la medición completa del espectro suicida.
- Aún en proceso de validación en Chile.

Intervención en crisis

En un artículo de 2020, el psiquiatra Alejandro Koppmann propone algunos lineamientos para la intervención. Respecto de la intervención en crisis, la divide en dos etapas:

- Una **primera etapa** cuyos objetivos son facilitar la expresión emocional, activar las redes de apoyo (familia, amigos, pareja), no dejar a la persona sola y no permitirle acceso o retirarle aquellos medios con los que pudiera dañarse a sí misma hasta poder establecer su adecuada derivación sin romper la llamada cadena de cuidado.
- Una **segunda etapa** más tardía dirigida a la integración de la crisis a la vida de la persona, la toma de decisiones y el restablecimiento del equilibrio emocional o conductual producto de la crisis. Esta etapa se conoce como *terapia de crisis* y es llevada adelante por profesionales de salud mental.

Otros aspectos relevantes a tener en consideración al momento de intervenir:

Establecer contacto: identificarse, llamar al paciente por su nombre, mostrar interés genuino, ofrecer **asistencia y contención**.

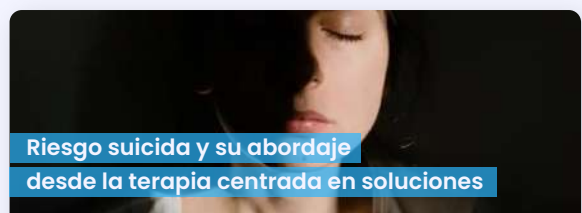
Escuchar: prestar atención, validar ideas y sentimientos como legítimos, y **adoptar una escucha activa**. Evitar interrupciones de teléfono o llamados, y no restringir la expresión emocional de rabia o llanto, como un signo de respeto hacia el malestar del otro.

Negociar: poco a poco, y con los datos disponibles, ir evaluando las desventajas de morir y las desventajas de vivir, las **posibles alternativas y estrategias** para enfrentarse a las consecuencias de seguir con vida, y las razones que fueron importantes para elegir la vida en el pasado y que pueden seguir teniendo sentido en el presente.

En caso de atención a pacientes con intentos de suicidio recientes o ideación suicida actual, se recomienda:

- 1 No dejar al paciente solo, y evitar que disponga de cualquier elemento potencialmente dañino a su alcance.
 - 2 Evaluar si el intento fue planificado o impulsivo, las características del método utilizado, las posibilidades de ser o no rescatado, la reacción ante la sobrevivencia y las características del ambiente en busca de factores precipitantes.
 - 3 Evaluar la necesidad de hospitalización o desintoxicación.
 - 4 En caso de considerar un manejo ambulatorio:
- Prescribir fármacos potencialmente seguros en caso de sobredosis, envasados con el menor número de comprimidos posible.
 - Explicar a los familiares la necesidades de control y administración de la medicación, así como de su custodia.
 - Acompañamiento constante por parte de familiares, así como restricción de acceso a métodos letales.
 - Aceptación por parte del paciente y su familia del seguimiento y derivación a servicio de salud mental.

Descubre un modelo de abordaje en este artículo



NOTICIAS

La importancia de la salud mental y la prevención del suicidio son ideas cada vez más establecidas en la...

¿Cuándo derivar?

Derivación inmediata a Salud Mental

- Presencia de trastorno mental grave.
- Conducta autolesiva grave reciente.
- Plan de suicidio elaborado.
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista.
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo.
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

Derivación necesaria pero no urgente a Salud Mental

- Alivio tras la entrevista.
- Intención de control de impulsos suicidas.
- Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas.
- Apoyo sociofamiliar efectivo.

Derivación a Servicio de Urgencia

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser tratadas en atención primaria.
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).

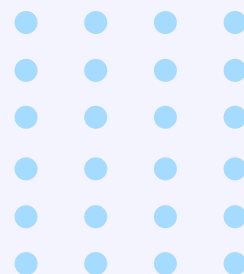
(Koppmann, 2020)

Las autopsias psicológicas reconstruyen la conducta de las personas fallecidas por suicidio los días previos a su muerte. Estas han mostrado que antes del evento hubo mensajes o avisos de alerta, que no fueron debidamente captados por las personas circundantes, incluidos médicos y personal de salud. Diferentes estudios demuestran que entre el 30 y el 50% de los suicidas había estado en contacto con algún médico o psiquiatra (Campillo y Guajardo, 2021).

¡Dejemos atrás el tabú!



Capítulo 3



Estrategias de prevención



Lineamientos de la OMS

En la guía “Vivir la vida: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países” (2021), la Organización Mundial de la Salud describe cuatro intervenciones eficaces de alcance nacional, basadas en la evidencia, para prevenir el suicidio:

- Limitar el acceso a medios de suicidio (por ejemplo, barreras de seguridad en el metro, restricciones de adquisición a armas de fuego).
- Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio.
- Desarrollar en los adolescentes las aptitudes socioemocionales para la vida.
- Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas.

La OMS, además, menciona que más allá de dichas estrategias, un programa nacional integral para la prevención del suicidio debería comprender estos seis pilares fundamentales:

- 1 Análisis de la situación con respecto al suicidio y su prevención en el país.
- 2 Colaboración multisectorial entre distintos ámbitos de la administración pública, con grupos no gubernamentales y de la sociedad civil.
- 3 Actividades de concientización y promoción de la causa, dirigidas al público con un proceso de comunicación organizado.
- 4 Aumento de la capacidad mediante la promoción de cursos sobre la prevención del suicidio.
- 5 Financiamiento de actividades de prevención del suicidio, incluidos fondos para organizar y proporcionar servicios, así como la formulación y ejecución de políticas, estrategias y planes.
- 6 Vigilancia para proveer con regularidad datos sobre el suicidio y las lesiones autoinflingidas que sirvan de fundamento para la adopción de medidas.

‘Quédate’: El nuevo programa pionero en Latinoamérica para la prevención del suicidio

Este programa surge desde la colaboración multisectorial y la participación de la sociedad civil a través de diversas fundaciones y la Gobernación de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Tiene un enfoque preventivo y comunitario, que abarca todas las etapas del curso de vida, considerando la ejecución de talleres en cada comuna de la región dirigido a profesionales del área de la salud, organizaciones sociales, establecimientos educacionales y equipos municipales. Además, Quédate dispone de una plataforma digital que contará con un chat en línea que brindará orientación y realizará derivaciones a la red de salud en los casos que corresponda.



Nuevas perspectivas

Pese a lo anterior, un estudio menciona que las campañas de prevención del suicidio basadas en la sensibilización podrían no reducir significativamente el riesgo suicida. Esto requeriría una mayor inversión de tiempo y una atención personal más profunda de lo que pueden ofrecer las campañas breves, así como cambios sistémicos desde una **perspectiva de política de salud pública** (Pashak et al., 2022).

Un ejemplo de ello es el programa **ACTION-J**, puesto en marcha en Japón, uno de los países con la tasa de mortalidad por suicidio más altas del mundo (Okamura et al., 2021).

Este modelo de intervención fue diseñado para ser implementado con pacientes que acuden a servicios de urgencia por intentos de suicidio, generando una serie de **acciones individualizadas**, que comprenden evaluación, planificación, estímulo y coordinación. ACTION-J permite adaptar un protocolo estandarizado a la realidad de cada paciente, recurriendo a sus redes de apoyo y a organismos comunitarios.

En 2016, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón adoptó esta modalidad de manejo de casos para personas con intentos de suicidio, incorporándolo a sus programas de salud pública (Kawashima et al., 2020).



Lo que este programa denomina **manejo asertivo de casos**, comprende 7 elementos clave:

- 1 Entrevistas periódicas con pacientes
- 2 Recogida de información sobre antecedentes personales y estado del tratamiento de los pacientes
- 3 Fomento de tratamientos psiquiátricos a los pacientes
- 4 Coordinación de atenciones con psiquiatras y médicos de atención primaria
- 5 Promoción de la adherencia a tratamientos psiquiátricos, en pacientes que dejaron de recibir atención
- 6 Derivación a instituciones y/o organizaciones comunitarias, realizando un trabajo en conjunto
- 7 Psicoeducación

Diversos estudios encontraron que esta propuesta redujo el número de episodios de autolesiones e intentos de suicidio en los pacientes, graficando cómo **una política pública puede generar mejoras significativas y salvar vidas**.

Se hace necesario que, además impulsar estrategias a nivel nacional desde el Estado, cada organismo administrativo local también debe formular medidas detalladas de prevención del suicidio y trabajar en estrecha colaboración con las instituciones médicas y otras organizaciones relacionadas para reducir aún más el número de suicidios, según la realidad de cada comuna o región.

Conclusión

Es recurrente escuchar a los expertos mencionar que, con las herramientas y políticas públicas adecuadas, es posible detectar a tiempo aquellas personas en alto nivel de riesgo suicida, y por ende, salvar sus vidas.

Más allá de esta realidad, es necesario que asumamos la tarea de prevenir el suicidio como sociedad, ya que todas las personas podemos contribuir a esta causa.

La campaña del Día Mundial para la Prevención del Suicidio del año 2021, impulsada por la International Association for Suicide Prevention (IASP) plasmó esta idea bajo el lema 'Creating Hope Through Action' - 'Creando Esperanza a Través de la Acción'.

Esta frase busca inspirar confianza y luz en todos nosotros; que nuestras acciones, sin importar cuán grandes o pequeñas sean, puedan brindar esperanza a quienes están pasando por un momento emocionalmente complejo. A través de la acción, podemos marcar la diferencia para alguien en sus momentos más oscuros: como miembro de la sociedad, como niño/a, como madre o padre, como amigo, como colega o como vecino. Todos podemos desempeñar un papel en el apoyo a quienes experimentan una crisis suicida (IASP, 2021).

En muchas culturas, el suicidio se ve como un acto de debilidad, egoísmo o incluso de pecado, lo que hace que las personas que experimentan pensamientos suicidas se sientan avergonzadas, estigmatizadas y aisladas. Sin embargo, estos prejuicios sólo contribuyen a perpetuar el problema, ya que hacen que las personas se sientan menos propensas a buscar ayuda o hablar abiertamente sobre sus emociones.

Debemos esforzarnos por crear comunidades compasivas y comprensivas, en las que podamos apoyarnos mutuamente en tiempos de necesidad. Juntos, podemos marcar una gran diferencia en la vida de aquellos que luchan contra el dolor emocional.

Fomentar la esperanza como alternativa a la narrativa actual y los estigmas sobre el suicidio puede contribuir a la construcción una cultura más empática en la que aquellos que necesitan ayuda se sientan más inclinados a buscarla. Trabajar por una sociedad donde se aborde el suicidio y se tomen medidas preventivas es una responsabilidad compartida que todos podemos asumir.

No olvidemos nunca que cada vida es valiosa, y que todos merecemos amor, apoyo y comprensión en nuestra lucha contra el sufrimiento emocional. El llamado es a recordarnos permanentemente, que no debemos hacernos indiferentes ante el dolor del otro. A través de la educación, la conciencia y la compasión, podemos ayudar a prevenir el suicidio y crear un mundo más empático para todos y todas.

Te podría interesar este curso:

Salud Mental en adolescentes:
evaluación y manejo inicial de
autolesiones, suicidio y regulación
emocional



Referencias

- Abarca C, Gheza C, Coda C & Elicer B. (2018). Revisión de literatura para identificar escalas estandarizadas de evaluación del riesgo suicida en adultos usuarios de atención primaria de salud. *Medwave*, 18(5). Doi: 10.5867/medwave.2018.05.7246
- Barriga, L., & Villalta, M. (2019). Análisis de la conversión: Psicoterapia de los adolescentes depresivos con intento de suicidio en contexto hospitalario. *Terapia Psicológica*, 37(1), 39-51. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000100039>
- Campillo, C., & Fajardo, G. (2021). Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gaceta médica de México*, 157(5), 564-569. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000205>
- Cha, C., Franz, P., M. Guzmán, E., Glenn, C., Kleiman, E., & Nock, M. (2017). Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 59(4), 460-482. doi: 10.1111/jcpp.12831
- Corona, B., Hernández, M., & García, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100.
- Kawashima, Y., Yonemoto, N., Kawanishi, C., Otsuka, K., Mimura, M., Otaka, Y., Okamura, K., Kinoshita, T., Shirakawa, O., Yoshimura, R., Eto, N., Hashimoto, S., Tachikawa, H., Furuno, T., Sugimoto, T., Ikeshita, K., Inagaki, M., & Yamada, M. (2020). Two-day assertive-casemanagement educational program for medical personnel to prevent suicide attempts: A multicenter pre-post observational study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(6), 362-370. <https://doi.org/10.1111/pcn.12999>
- Koppmann, A. (2020). Aspectos generales del riesgo suicida en la consulta del médico general. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 163-168.
- Ministerio de Salud (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación.
- Morales-Vives, F., & Dueñas, J. M. (2018). Predicting suicidal ideation in adolescent boys and girls: The role of psychological maturity, personality traits, depression and life satisfaction. *The Spanish Journal of Psychology*, 21(10), 1-12. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.12>
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. y Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), p.145. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- Okamura, K., Ikeshita, K., Kimoto, S., Makinodan, M. & Kishimoto, T. (2021). Suicide prevention in Japan: Government and community measures, and high-risk interventions. *Asia Pac Psychiatry*. 2021;e12471. <https://doi.org/10.1111/appy.12471>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>.
- Organización Panamericana de la Salud (2022). Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019.
- Pashak, T., Percy, C., Trierweiler, E., Bradley, S., Conley, M. & Weaver, J. (2022). Awareness isn't saving lives: An experimental exploration of suicide risk reduction methods for emerging adults. *Suicide Life Threat Behav* 52(4):740-751. doi: 10.1111/sltb.12857. Epub 2022 Mar 25. PMID: 35334144.
- Rangel-Garzón, Claudia Ximena, Suárez-Beltrán, María Fernanda, & Escobar-Córdoba, Franklin. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 707-716. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>
- Val, A. y Míguez, M. C. (2021). La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica (En línea)*, 39(1), 145-162. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000100145>
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., & Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European psychiatry*, 27(2), 129-141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>
- Secundino-Guadarrama, G., Veytia-López, M., Guadarrama-Guadarrama, R., & Míguez, M. C. (2021). Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal ideation in Mexican adolescents. *Salud Mental*, 44(1), 3-10. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.002>
- World Health Organization (2022). World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.