



Archivos de Medicina (Col)
ISSN: 1657-320X
ISSN: 2339-3874
cim@umanizales.edu.co
Universidad de Manizales
Colombia

Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes en atención primaria

Socha-Rodríguez, María-Alejandra; Hernández-Rincón, Erwin-Hernando; Guzmán-Sabogal, Yahira-Rossini; Ayala-Escudero, Alejandra; Moreno-Gómez, María-del-Mar
Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes en atención primaria

Archivos de Medicina (Col), vol. 21, núm. 1, 2021
Universidad de Manizales, Colombia

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273865670014>


DOI: <https://doi.org/doi.org/10.30554/archmed.21.1.3781.2021>

Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes en atención primaria

Prevention of suicidal behavior in children and adolescents
from primary care

María-Alejandra Socha-Rodríguez
mariasro@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana, Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-0839-7482>

Erwin-Hernando Hernández-Rincón
erwinhr@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana, Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-7189-5863>


Yahira-Rossini Guzmán-Sabogal
yahira.guzman@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana, Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-5902-255X>

Alejandra Ayala-Escudero alejandraayes@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana, Colombia

 <https://orcid.org/0000-0003-4777-0021>

María-del-Mar Moreno-Gómez
mariamorgo@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana, Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-6003-2886>

Archivos de Medicina (Col), vol. 21,
núm. 1, 2021

Universidad de Manizales, Colombia

Recepción: 29 Abril 2020

Corregido: 13 Julio 2020

Aprobación: 01 Septiembre 2020

DOI: <https://doi.org/doi.org/10.30554/archmed.21.1.3781.2021>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273865670014>

Resumen: **Objetivo:** el suicidio es un grave problema de salud pública, con una mayor incidencia en niños y adolescentes. No obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, por lo cual se considera fundamental encontrar y elegir programas de prevención de suicidio en estos grupos etarios desde la atención primaria en salud. **Metodología:** se revisó la literatura sobre la prevención del suicidio desde atención primaria en documentos oficiales y artículos en las bases de datos Web of Science, Clinicalkey, PubMed y Science Direct. Se seleccionaron 35 documentos y se organizaron en 4 categorías: familia, entorno, personal de salud y prevención en atención primaria. **Resultados:** se encontraron programas enfocados en la familia, que ayudan a mejorar la relación padre-hijo e informan a los padres sobre métodos letales y cómo restringir su acceso. Por otro lado, hay documentos en donde se capacita al personal de salud para identificar, diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades mentales o las situaciones que predisponen las conductas suicidas; y así mismo, se interviene a aquellos que están en riesgo o han tenido intentos de suicidio previos. **Conclusión:** existen múltiples estrategias e intervenciones para reconocer y responder a las señales de advertencia de suicidio. Es importante que el personal de salud de atención primaria identifique y se capacite para el manejo inicial de pacientes con riesgo de suicidio y pueda brindar educación a la red de apoyo del menor sobre las estrategias para afrontar estas conductas.

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, prevención primaria, atención primaria de salud, niño, adolescent.

Abstract: **Objective:** suicide is a serious public health problem which has a higher incidence in children and adolescents; however, it is preventable through timely interventions; therefore, it is essential to find suicide prevention programs in these age groups from Primary Health Care. **Methodology:** a review of the literature about suicide prevention from primary care was carried out by searching official documents and articles in the Web of Science, Clinicalkey, PubMed and Science Direct databases. 35 documents were selected and organized into 4 categories: family, environment, health personnel and prevention in primary care. **Results:** through the review were found family-focused programs that help improve the parent-child relationship and teach parents about lethal practices and how to restrict their access. On the other hand, there are interventions where health personnel are trained to identify, diagnose and timely treat mental illnesses or situations that predispose to suicidal behavior; and likewise, those who are already at risk or have previous suicide attempts are intervened. **Conclusion:** there are multiple strategies and interventions to recognize and respond to warning signs of suicide. Therefore, it is important that primary care health personnel identify and have the capacity to carry out the initial management of patients at risk of suicide and can provide education to the minor's support network regarding strategies to deal with these behaviors.

Keywords: suicide, suicide attempt, primary health care, child, adolescent.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio se define como la acción intencional de quitarse la vida [1]. Este es un problema relevante en salud pública, pues a pesar de ser prevenible mediante intervenciones oportunas [2], se calcula que en el mundo unas 800 mil personas se suicidan cada año, y que esta cifra podría incrementar hasta llegar a 1,5 millones a partir de 2020 [3].

El suicidio es mayor en países de ingreso medio y bajo; la incidencia aumenta en poblaciones con pobreza, marginalización y desventaja social, [4] lo cual ha causado preocupación en regiones como América Latina; según el último informe de muertes por suicidio en la región de las Américas, en el año 2014 ocupó el 12,4% de las causas externas de muerte, en América Latina y el Caribe se ha observado un aumento gradual de las tasas de suicidio [5]. Colombia no ha sido la excepción y según el último reporte de Forensis de 2017, la tasa general de suicidio en Colombia para el 2013 fue del 5,72 por 100.000 habitantes [6].

Es importante resaltar que la conducta suicida en niños y adolescentes se ha incrementado en las últimas décadas [7], y en las Américas para el grupo de edad entre los 10 y 24 años, constituye la tercera causa de muerte con un total de 220.000 muertes por año [8]. Esta población es altamente vulnerable debido a que enfrenta múltiples cambios biológicos y psicológicos que pueden llevar a conductas de riesgo de suicidio en momentos de estrés [9], por tanto los sistemas de salud de salud deben prestarle especial atención a esta población.

Existen múltiples factores biológicos, sociales, económicos y culturales que aumentan el riesgo de suicidio [7]; en los niños y adolescentes los más comunes son los problemas familiares como violencia y abuso sexual; problemas en el entorno escolar, tanto en relación con las bajas

calificaciones como el matoneo o acoso escolar a través de burlas y agresiones [10]. En adolescentes, es también importante el riesgo de imitación o modelamiento, que se observa cuando, luego de una conducta suicida en colegios o después de una nota periodística, jóvenes susceptibles presentan conductas similares en días posteriores al suicido consumado [11]. Finalmente, hay que prestar especial atención a los intentos de suicidio previos [10].

La gran mayoría de niños y adolescentes pueden estar expuestos a estos factores de riesgo, por lo que es importante enfatizar en su prevención; sin embargo, a nivel mundial existe un déficit de especialistas médicos que traten el tema, lo que aumenta la brecha de inequidad en la atención en pacientes con trastornos mentales [1].

Por todo lo anterior, se han creado múltiples programas de salud que buscan facilitar el conocimiento y acceso a estrategias de prevención del suicidio desde la atención primaria de salud (APS), las cuales sitúan al personal de salud de APS como líder en el proceso de prevención desde la educación hasta la intervención temprana de esta condición. Un ejemplo de esto, es el programa de Acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP), el cual se creó con el objetivo de entrenar a los médicos no especialistas en la prevención y tratamiento de las principales patologías mentales que presenta la población; sin embargo, es necesario que este tipo de programas se difundan en el personal médico [1].

El objetivo del presente estudio ha sido revisar la literatura sobre los programas de prevención de suicidio en niños y adolescentes que se han desarrollado en el contexto de la Atención Primaria de Salud.

Metodología

Se revisó la literatura sobre los programas de prevención de suicidio en niños y adolescentes en el contexto de la Atención Primaria de Salud, mediante la búsqueda bibliográfica de documentos oficiales y de artículos en diversas bases de datos (Web of Science, Clinicalkey, PubMed y Science Direct). El criterio de búsqueda fue basado en los descriptores MeSH: “suicide” OR “suicide attempt” AND “primary health care” AND “children and adolescents” AND “Primary Prevention” OR “Preventive Health Services”. Se filtraron artículos de libre acceso, con texto completo, publicados en los últimos 15 años, escritos en inglés o español. En total fueron 195 artículos y documentos encontrados (Ver figura 1).

De los artículos encontrados, se revisaron los títulos y resúmenes y se eliminaron duplicados. El criterio de inclusión se basó en los elementos PICO (problema, intervención, comparación, resultados) por lo cual se excluyeron artículos que no incluyeran la temática de prevención y destinados a la población adulta o adulta mayor. Así, un total de 63 artículos y documentos fueron incluidos dentro de la revisión del texto completo; con ellos se confeccionó una tabla en Excel con sus datos completos: título, autores, año de publicación, tipo de estudio o de artículo, revista en donde fue publicado, resumen y datos relevantes.

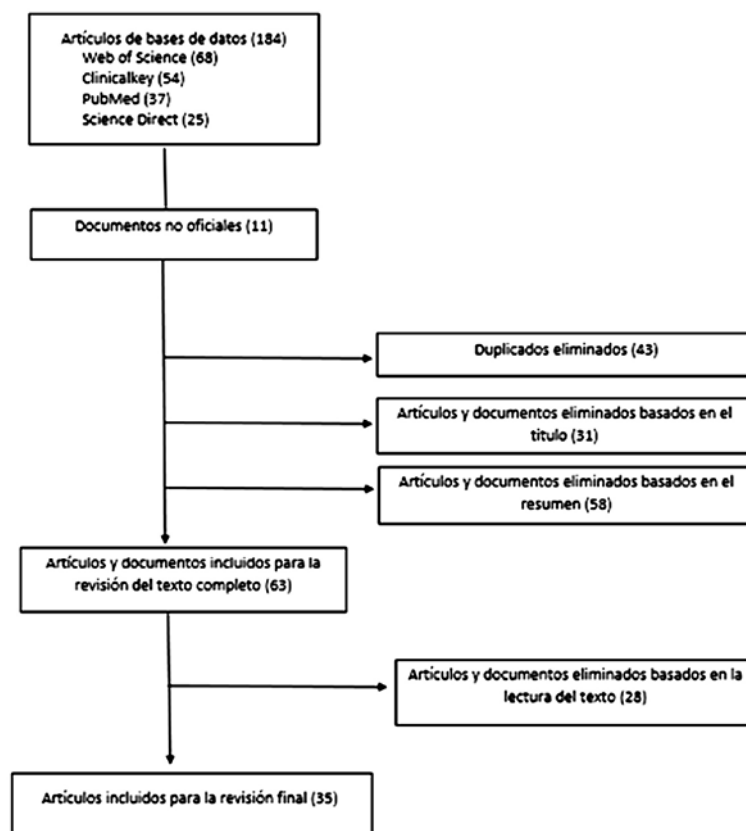


Figura 1
Diagrama de flujo para la inclusión de estudios
elaboración propia

Luego del análisis de contenido de cada uno, se escogieron 35 artículos y documentos para la revisión final, los cuales contenían datos relevantes de suicidio e intentos de suicidio en niños y adolescentes orientados a la prevención desde atención primaria, que incluye el contexto familiar, los contextos escolar y social, y el rol del personal de salud.

Finalmente, la información se organizó en 4 categorías de análisis: rol de la familia en la prevención del suicidio, prevención desde el ambiente escolar y la comunidad, rol del personal de salud, y atención primaria en salud para prevención del suicidio. En este orden, se organizaron y redactaron los resultados basados en el análisis crítico de la literatura por medio de los elementos PRISMA (preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis)

Resultados

Rol de la familia en la prevención del suicidio en niños y adolescentes

La familia es el eje fundamental de todo ser humano, ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros; por ende, desde el núcleo familiar se desprenden tanto factores protectores como factores de riesgo predisponentes para mitigar o aumentar el riesgo de suicidio [12].

Es imprescindible que las familias conozcan los factores de riesgo para tomar acciones y buscar ayuda de manera inmediata. Estos son algunos de los factores de riesgo: déficit de atención, consumo de sustancias psicoactivas, hipoxia perinatal, abuso físico, verbal o sexual, bajas calificaciones, dificultades en torno a la identificación sexual, intentos previos de suicidio, depresión, uso patológico de internet [13]. Algunos estudios han mostrado que tres meses antes de la muerte se presentaron conflictos familiares y se pudo documentar aislamiento social o ruptura de una relación, en este grupo poblacional [14,15].

Uno de los factores de riesgo más común y relacionado con la conducta suicida ha sido el maltrato infantil. El maltrato parece transmitir a largo plazo cambios neuronales, algunos de estos cambios que son difíciles de prevenir, se asocian con impulsividad y la alteración de la regulación emocional. Adicionalmente se ha reportado que adultos con síntomas depresivos y con antecedente de maltrato en la infancia, tienen mayor dificultad para responder a los tratamientos instaurados. Por otro lado, el maltrato por sí solo está relacionado al desarrollo de síntomas o trastornos psiquiátricos en un 40%, lo cual aumenta también el riesgo de conductas suicidas [16].

Aunque las conductas suicidas, en general, son fenómenos multifactoriales y multidimensionales, en este grupo de edad es clara su relación con estresores situacionales como la pobreza, violencia intrafamiliar y matoneo, además, de las habituales en otros grupos de edad, como son la enfermedad física o mental y el abuso de sustancias psicoactivas por padres o cuidadores. Según la literatura los estresores situacionales en la adolescencia se relacionan con conductas suicidas hasta en un 80% [16,17].

Actualmente existen programas de intervenciones preventivas en la familia basados en la evidencia para reducir el riesgo de maltrato infantil, y por ende las experiencias adversas en la infancia, lo que encamina a la reducción del riesgo de suicidio en niños y adolescentes. Un punto clave que influye sobre el riesgo de psicopatología del niño es la calidad de la relación padre-hijo. Existen intervenciones centradas en la formación de los padres, con programas de crianza que han demostrado reducir la tasa de maltrato infantil en diferentes comunidades (Ver Tabla 1, tabla 1b) [16, 17,18].

<ol style="list-style-type: none"> 1. Un dominio clave que tiene una profunda influencia sobre el riesgo de psicopatología del niño es la calidad de la relación padre-hijo, que puede amortiguar el impacto negativo de la adversidad temprana. 2. La crianza positiva (por ejemplo, calidez, disciplina constante) se ha demostrado que reduce el riesgo de desórdenes e intentos de suicidio. Por el contrario, el bajo control de los padres y la disciplina inconsistente son factores de riesgo para abuso de alcohol y sustancias en adolescentes y problemas de externalización. 3. La discordia familiar también se informa con frecuencia como un riesgo para intento de suicidio. Recientemente, los investigadores han examinado ideación o conducta suicida como resultado de intervenciones preventivas familiares. En esta tabla se describen intervenciones familiares diseñadas inicialmente para prevenir la externalización. 4. Trastornos y abuso de alcohol y sustancias también se ha demostrado que tiene un efecto sobre la ideación y conducta suicida. 	
La terapia de interacción entre los padres y el niño	Ayuda a los padres a mejorar la calidad de la relación con sus hijos, reducir el comportamiento coercitivo, aumentar la disciplina eficaz y crianza positiva; se ha demostrado que reduce la incidencia del maltrato en familias que ya han sufrido de abuso. Por otro lado, se ha demostrado que la crianza positiva, por ejemplo, calor, disciplina constante, ha demostrado reducir los intentos de suicidio; por el contrario, bajo control de los padres y la falta de disciplina son factores de riesgo para consumo de alcohol y abuso de sustancias.
Programas de destrezas de crianza y relaciones familiares.	Estos programas les proporcionan apoyo a las personas que están a cargo de niños, y tienen el objetivo de reforzar las destrezas de crianza, mejorar las interacciones padre-hijo positivas y mejorar las destrezas y habilidades comportamentales y emocionales de los niños. Este tipo de programa, por lo general, se diseña para los padres o personas a cargo de los niños de un rango de edad específico y puede ser autodirigido o impartido a familias de manera individual o en grupos de familias. Los enfoques de capacitación en destrezas de crianza y familiares han demostrado tener un efecto prometedor en la prevención de factores de riesgo claves asociados al suicidio.
El programa Años Increíbles (Incredible Years, IY)	Es un programa de capacitación integral en grupo para padres, maestros y niños que tiene el objetivo de reducir los problemas de conducta y de abuso de sustancias (dos importantes factores de riesgo de suicidio en los jóvenes) al mejorar los factores de protección como, por ejemplo, las interacciones y relaciones padre-maestro-niño positivas y receptivas, la autorregulación emocional y la competencia social (todos, factores de protección contra el suicidio). El programa consta de entre 9 y 20 sesiones que se ofrecen en un entorno comunitario (por ejemplo, en centros religiosos, de recreación, de tratamiento de salud mental y hospitales). Numerosos análisis demuestran el efecto del programa IY en la disminución de síntomas como la ansiedad y la depresión, y de los problemas de conducta en los niños. Este programa también se asoció a un mejoramiento en la capacidad de resolver problemas y de manejar conflictos; estas destrezas se mantuvieron en el seguimiento de 1 año. El programa, además, demostró producir mayores beneficios con relación a los síntomas de internalización en los niños, según evaluaron las madres, en comparación con el grupo de control de aquellos en lista de espera, cuando se incluyeron los componentes de padre, niño y maestro.

Tabla 1
Intervenciones preventivas familiares

Fortalecimiento de las Familias, 10-14 (Strengthening Families 10-14)	El programa implica sesiones para los padres, los jóvenes y las familias con la meta de mejorar las destrezas de los padres para disciplinar a sus hijos, manejar las emociones y los conflictos, y comunicarse con sus hijos; promover las destrezas interpersonales y de resolución de problemas de los jóvenes; y crear actividades familiares que forjen cohesión e interacciones positivas entre padres e hijos. La premisa del programa es que el desarrollo de estas destrezas, tanto en los padres como en los hijos, reducirá los comportamientos de internalización y el abuso de sustancias en la adolescencia, los cuales son dos importantes factores de riesgo de suicidio. El programa Fortalecimiento de las Familias ha demostrado reducir significativamente los comportamientos de externalización, como la agresión o el consumo de alcohol y drogas entre los participantes jóvenes, y también la depresión y el consumo de alcohol y drogas entre las familias participantes.
The Family Checkup (FCU)	Esta técnica es una intervención progresiva que invita a una capacitación para padres que tengan dificultades parentales. En un estudio de seguimiento, de 5 a 15 años después de la intervención, los que recibieron el FCU, disminuyeron la ideación y los intentos de suicidio.
Familias Unidas	Familias Unidas es un programa diseñado para ayudar a las familias latinas con conflictos familiares. Esta intervención, que promueve la crianza positiva, demostró que la comunicación y el monitoreo reducen la tasa de intentos de suicidio 30 meses después del final del programa en aquellos jóvenes quienes tenían una menor conexión con sus padres.
Programa de duelo familiar (FBP por sus siglas en inglés The Family Bereavement Program)	El Programa de Duelo Familiar (FBP) fue diseñado para familias donde uno de los padres había fallecido. El FBP tenía grupos paralelos en los que hacían parte el padre y en el otro grupo los hijos. Los grupos de padres se enfocaron en crianza positiva, disciplina consistente y efectiva, monitoreo y supervisión. Los grupos infantiles promovían afrontamiento adaptativo. De seis a 15 años después de la intervención, el FBP resultó en una reducción de 3 a 6 veces en la ideación suicida o intento en jóvenes en duelo parental. Este estudio demuestra que el aumento de los recursos de la familia y el niño y la capacidad de recuperación pueden amortiguar el impacto de la adversidad en riesgo suicida.
Programas de normas de semejantes	Estos programas tienen el objetivo de normalizar los factores de protección contra el suicidio, como buscar ayuda, acercarse y hablar con un adulto de confianza y promover la conexión con semejantes. Al aprovechar las cualidades de liderazgo y la influencia social de los semejantes, estos enfoques se pueden usar para modificar las creencias a nivel de grupo y promover un cambio positivo a nivel social y comportamental. Estos enfoques están más dirigidos a los jóvenes y se implementan en entornos escolares, pero también se pueden implementar en entornos comunitarios.

Tabla 1b
elaboración propia, información tomada de: [16,17,18]

Estas intervenciones basadas en la familia han mostrado cierto control en los factores de riesgo y aumento en los factores protectores, respecto a otras intervenciones aisladas [19].

Por otro lado, los jóvenes con padres deprimidos están en mayor riesgo de desarrollar depresión e ideación suicida; las intervenciones psicosociales, incluyendo la terapia cognitiva conductual familiar, y el adecuado tratamiento de la depresión materna, ha demostrado reducción de los síntomas en los niños [16,20].

Otro punto importante es aconsejar a las familias sobre la seguridad de los medicamentos, armas de fuego y plaguicidas, es decir, el asesoramiento sobre medios letales, para así, reducir la exposición de los niños y adolescentes a elementos utilizados para llevar a cabo el suicidio, los cuales se describirán en la Tabla 2 [17,19,21].

Prevención del suicidio desde el ambiente escolar y la comunidad

Las buenas prácticas de orientación han de iniciarse donde el niño nace y recibe los primeros procesos de interacción y comunicación compartida [22] por esto, es clave que, en las instituciones educativas, maestros y orientadores conozcan los factores de riesgo y, los factores protectores para predecir y en algunos casos prevenir desenlaces fatales.

Los estudios han demostrado que la disponibilidad de medios letales en el hogar aumenta el riesgo hasta 3 veces de suicidio consumado. Se ha demostrado la eficacia potencial de este enfoque	
Asesoramiento de medios letales para padres de jóvenes que buscan atención de emergencia por suicidio	Fue un estudio que se realizó en Colorado, el cual incluía formación en línea 1,5 horas de asesoramiento a las familias (padres o tutores) de niños que asistían a urgencias psiquiátricas, en el cual se daban sugerencias sobre cómo hablar con los adolescentes sobre los sentimientos suicidas, y entregando folletos y cajas de seguridad gratuitas para almacenar medicamentos y armas de fuego como prevención de la conducta suicida. A continuación, se realizaban llamadas para monitorización, en las siguientes 2 a 5 semanas posteriores al alta hospitalaria en donde se incluían diferentes tipos de preguntas para evaluar si había sido acogida la iniciativa. En el estudio se encontró que los padres realizaron cambios en el almacenamiento de medicamentos y armas de fuego después de la orientación, sin embargo, encuestas de revisiones de cuadros retrospectivos indicaron que muchos no practican habitualmente las recomendaciones.
Prácticas de almacenamiento seguro	Tener los medicamentos, las armas de fuego y otros productos domésticos guardados en un lugar seguro puede reducir el riesgo de suicidio al crear una separación entre las personas vulnerables y el fácil acceso a medios letales. Dichas prácticas podrían incluir educación y consejería en torno al almacenamiento de las armas de fuego bajo llave en un lugar seguro (por ejemplo, en una caja fuerte o una caja de seguridad para armas), no cargadas y por separado de las municiones y al mantenimiento de los medicamentos en un armario bajo llave o en otro lugar seguro alejado de las personas que podrían estar en riesgo o que hayan intentado suicidarse.
Restricción a la disponibilidad de plaguicidas	Es necesaria restringir la disponibilidad de plaguicidas para reducir los suicidios en los países donde este método de suicidio es frecuente. La retirada de los pesticidas más tóxicos, las medidas relacionadas con la disminución de la absorción de sustancias tóxicas, y el almacenamiento seguro de los plaguicidas es otro enfoque prometedor para la prevención del suicidio.

Tabla 2

Asesoramiento sobre métodos letales

Elaboración propia, información tomada de: [17,18,21].

Se ha documentado que los enfoques de participación en la comunidad reducen el riesgo de suicidio, que incluyen las actividades sociales tales como los grupos religiosos, deportivos, de jardinería, etc. Los investigadores hallaron reducciones en los niveles de ansiedad y en síntomas depresivos, que son factores reconocidos para conductas suicidas [17].

También existen una serie de programas de prevención para conductas suicidas basados en las instituciones educativas que han avanzado como formas de mejorar la detección y reducir el riesgo entre los estudiantes (ver Tabla 3, tabla 3b) [16,17,23,24,25,26,27].

Capacitación de personal de primera línea	Esta capacitación tiene el objetivo de instruir a maestros, entrenadores, sacerdotes, personal de respuesta a emergencias, proveedores de atención médica primaria, y a otras personas de la comunidad en identificar a las personas que podrían estar en riesgo de suicidio y responder de manera eficaz, e incluso facilitarles servicios de búsqueda de tratamiento y de apoyo.
Preguntar, persuadir y referir	También conocido como entrenamiento de adultos que puedan entrar en contacto con estudiantes en riesgo de suicidio en la evaluación y remisión, el cual tiene componentes: Preguntar, Persuadir y Referir (QPR). Un ensayo aleatorizado comparó el programa QPR versus la atención habitual, el cual demostró que el QPR no fue mejor que la práctica habitual para identificar a los jóvenes en riesgo de suicidio. Este estudio también demostró que solo uno de cada cinco jóvenes con riesgo de suicidio se acercaría a un adulto en busca de ayuda, lo que quiere decir que es importante hacer énfasis en las intervenciones que animen a los jóvenes a divulgar y buscar apoyo.

Tabla 3
Intervenciones desde la escuela

Signos importados: detección temprana	Establecido recientemente por la Fundación Estadounidense para la prevención del suicidio. Este programa en línea educa a los maestros y a los miembros del personal de la escuela desde el jardín infantil hasta el 12° grado sobre los signos asociados con el riesgo de suicidio, los comportamientos típicos presentados en un entorno escolar para estudiantes que luchan con problemas de salud mental y los pasos necesarios para seguir si se detectan signos. Este programa es prometedor y espera una evaluación adicional de su efectividad.
Signos de alerta Suicidio	Hay dos programas de prevención basados en señales de suicidio, diseñado para reducir el estigma sobre la enfermedad mental y para aumentar la búsqueda de ayuda, a saber, signos de suicidio (SOS) y jóvenes conscientes de la salud mental (YAM) [16]. SOS tiene tres componentes. Primero enseña a los estudiantes que el suicidio no solo proviene de "mucho estrés", sino que está relacionado con trastornos mentales, que luego se describen claramente para el alumno. Segundo, enseña a los estudiantes cómo responder a la depresión y los pensamientos suicidas en otros y en sí mismos. Tercero, los jóvenes realizan un autoinforme de depresión. Los participantes de este programa tuvieron un mejor conocimiento sobre la conducta suicida, y disminuyó los intentos suicidas. YAM es una intervención planificada para aumentar el conocimiento, buscar ayuda, y formas de enfrentar la sintomatología depresiva y la conducta suicida. Fue desarrollado para adolescentes de 14 a 16 años y usa el diálogo interactivo y representaciones de roles para enseñarles sobre los factores de riesgo y de protección asociados con el suicidio (incluido el conocimiento acerca de la depresión y la ansiedad), y a mejorar sus destrezas de resolución de problemas para afrontar los eventos adversos de la vida, el estrés, y otros problemas. Los jóvenes del grupo del programa YAM tuvieron probabilidades significativamente menores de realizar intentos de suicidio o de tener ideación suicida estructurada en el seguimiento de los 12 meses en comparación con los de las escuelas de control que recibieron materiales educativos y la atención habitual.
Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)	Ensayo aleatorizado de prevención escolar centrado en la intervención preventiva de suicidio. Realizado con 11.100 estudiantes de 168 escuelas, en las cuales fueron asignadas de 1 a 4 condiciones: (1) QPR; (2) Screen and Refer (que evaluó para factores de riesgo de suicidio y remitió a aquellos jóvenes en quienes se detectó el riesgo para tratamiento especializado); (3) jóvenes conscientes de la salud mental (YAM); o (4) condición de control. La tasa de conducta suicida fue valorada a los 3 y 12 meses después de la intervención. No hubo diferencias grupales a los 3 meses después de la intervención, pero a los 12 meses, la tasa de intentos e ideación severa en YAM estuvo en la mitad de los que estaban en la condición de control.

Tabla 3b

Fuente: Elaboración propia, información tomada de: [16,17,23,24,25,26,27]

Adicionalmente, debido a que los problemas interpersonales son un factor desencadenante para el suicidio, enfocarse en el desarrollo de habilidades interpersonales para resolver problemas y desarrollar habilidades emocionales e interpersonales positivas en la primera infancia pueden ser dos enfoques útiles en la prevención de conductas suicidas en niños y adolescentes (ver Tabla 4)[18,28,29,30,31]. Estos enfoques generalmente se imparten a todos los estudiantes de un grado o escuela en particular, o algunos programas se centran en grupos de estudiantes considerados en alto riesgo de conductas suicidas. Las oportunidades para practicar y reforzar las destrezas son una parte importante de los programas eficaces [17].

Por otro lado, es esencial realizar intervenciones en lugares que puedan facilitar conductas suicidas como precipicios, balcones, techos, las vías del tren y los lugares aislados, como los parques. Los esfuerzos para prevenir

el suicidio en estos lugares incluyen colocar barreras o limitar el acceso a ellos, e instalar carteles y teléfonos para fomentar la solicitud de ayuda a quienes se encuentren en riesgo suicida [17].

Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)	PATHS, es un plan de estrategias de pensamiento alternativo diseñado para mejorar la competencia social de los niños y reducir el comportamiento problemático. Veinte aulas en dos comunidades de Pennsylvania participaron en el estudio. Los maestros en las 10 aulas de intervención implementaron lecciones semanales y actividades de extensión en un período de 9 meses. Las evaluaciones de los niños y los informes de los maestros y los padres sobre las evaluaciones del comportamiento de los niños se recopilaron al principio y al final del año escolar. Los niños asignados a la intervención tuvieron mayores habilidades de conocimiento emocional y fueron calificados por los padres y maestros como socialmente más competentes en comparación con sus compañeros. Además, los maestros calificaron a los niños de intervención como menos retraídos socialmente al final del año escolar en comparación con los controles.
El juego del buen comportamiento (GBG Good Behavior Game)	Es una intervención de gestión del comportamiento basada en la escuela primaria que enseña a los niños cómo cooperar entre ellos, autorregularse y mantener el autocontrol para trabajar hacia objetivos valiosos. El Juego del Buen Comportamiento es un programa para niños de 6 a 10 años que se imparte en la clase. El programa usa una estrategia de manejo del comportamiento en equipos, que promueve el buen comportamiento al establecer una expectativa clara de buen comportamiento y consecuencias para el comportamiento desadaptativo. El objetivo del programa GBG es crear un sistema social integrado en la clase, que apoye la capacidad de aprender de todos los niños, con pocas manifestaciones de comportamiento agresivo o disruptivo. Con respecto a los resultados distales relacionados con conductas suicidas, un análisis de los resultados del programa GBG indicó que las personas de la primera cohorte asignadas en el programa GBG cuando estaban en primer grado, reportaron la mitad de las probabilidades ajustadas de ideación suicida y de intentos de suicidio al momento de la evaluación aproximadamente 15 años después (cuando tenían entre 19 y 21 años), en comparación con aquellas que habían estado en el entorno escolar estándar.

Tabla 4.

Desarrollo de habilidades interpersonales

elaboración propia, información tomada de: [18,24,29,30,31].

Rol del personal de salud en la prevención del suicidio

El personal de salud juega un papel importante para la identificación, correcto manejo y prevención de suicidio en niños y adolescentes.

Algunos estudios muestran que la prevención del suicidio en la infancia se centra en la identificación y el tratamiento de la depresión como un medio de mitigar el riesgo de suicidio. Adicionalmente, el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad fue el trastorno de salud mental más frecuente en niños suicidas, por lo cual es necesario un enfoque dirigido aplicable a la población con estos diagnósticos [24]. Sin embargo, una de las dificultades en la prevención consiste en que muchas de las personas no son pacientes y dado que no tiene síntomas como para acudir a servicios de salud oportunamente, la detección del riesgo se dificulta; de hecho, muchos, aunque han tenido sintomatología depresiva, no configuran un trastorno como tal.

A toda persona mayor de 10 años de edad que presente alguna de las siguientes afecciones se les debe preguntar acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes, y sobre actos de autolesión en el último año: depresión, psicosis, epilepsia, dolor crónico, alteraciones emocionales agudas [1] (ver Figura 2). Así se pueden identificar síntomas de diferentes enfermedades mentales o ideación suicida y realizar intervención preventiva; al identificar el riesgo se debe estar en la capacidad de evaluarlo remitir para la valoración especializada, y así determinar su grado y optar por el manejo ambulatorio u hospitalario [16]

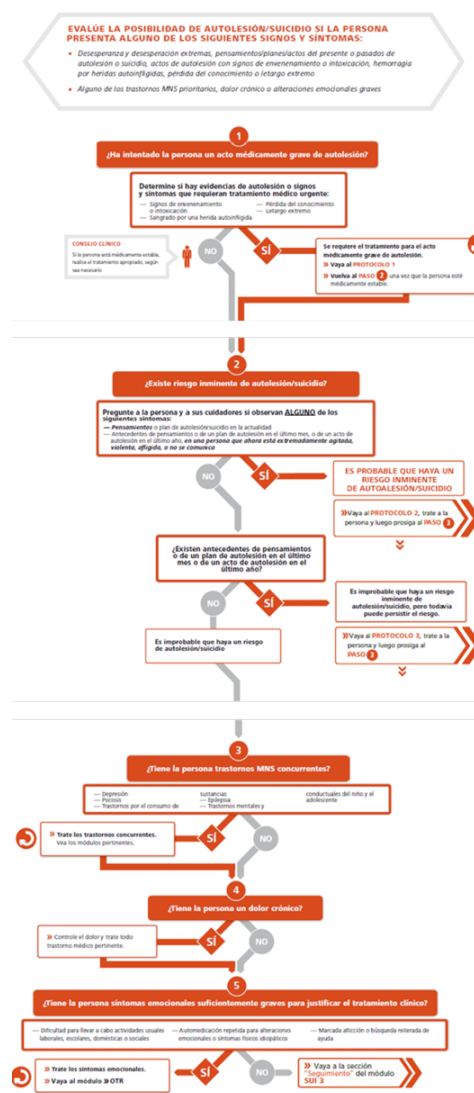


Figura 2.
Algoritmo de evaluación y seguimiento
gráfica tomada de: [1]

Ya se mencionó que los jóvenes cuyos padres diagnosticados con una depresión mayor tienen más riesgo de desarrollar síntomas depresivos y en consecuencia presentar ideación suicida [1]; las intervenciones psicosociales, incluida la terapia cognitivo- conductual familiar y grupal, realizada por expertos en salud mental, podría prevenir la aparición de síntomas depresivos ellos, aunque en algunos estudios, el impacto preventivo de la intervención disminuye considerablemente cuando el trastorno depresivo mayor ocurre en la madre [32]. El tratamiento de la depresión materna reduce los síntomas de externalización e internalización en los niños, mediado en parte por el impacto de la mejora del estado de ánimo materno en la calidad de las interacciones entre padres e hijos [16].

Según diversos estudios, en casi todas las poblaciones se ha demostrado que uno de los métodos más empleados es el envenenamiento. En Inglaterra antes del año 2014 las sustancias más comunes involucradas

en intoxicación en los niños entre 10 a 24 años fueron el paracetamol, alcohol, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), antidepresivos y opioides. Por tal razón, es indispensable que médicos, personal de salud, farmaceutas y familiares conozcan el riesgo al prescribir y vender medicamentos para guardar en casa sin supervisión. [33, 34, 35].

Los síntomas emocionales marcados deben manejarse con intervenciones combinadas, que pueden incluir en principio, modalidades de intervención psicoterapéutica realizadas por expertos en salud mental; estas intervenciones pueden ser individuales o grupales, dependiendo del caso. Los tratamientos que emplean la terapia colaborativa (entre el paciente y el terapeuta) o la terapia integrada (vinculación entre la atención médica primaria y la de salud del comportamiento) pueden ayudar a animar a los pacientes y motivar su participación en la terapia y, por lo tanto, aumentar su retención y reducir su riesgo de conductas suicidas [17].

Otro enfoque es la psicoterapia básica, brindando servicios de apoyo y remisión, que generalmente consisten en conectar a la persona en crisis (o a un amigo o familiar de la persona que está en riesgo) con un voluntario capacitado o personal profesional mediante una línea telefónica de ayuda, chat en línea, mensajes de texto o en persona. Tienen el objetivo de impactar factores de riesgo para conductas suicidas, que incluyen depresión y desesperanza, reduciendo el número de consultas en servicios de salud mental. De manera similar a la reducción en el acceso a métodos suicidas, las intervenciones en crisis pueden reducir el paso de ideación de muerte o suicidio a intento de suicidio [17,36].

Otro enfoque consiste en contactos de seguimiento y el uso de diversas modalidades implementadas por diversos profesionales de la salud (visitas domiciliarias, correo, teléfono, correo electrónico) para motivar la participación de los sobrevivientes de un intento de suicidio reciente en intervención para prevenir los nuevos intentos de suicidio. El manejo puede centrarse en mejorar las destrezas de superación, la conciencia plena y otras destrezas de regulación emocional, y puede incluir tanto visitas domiciliarias para mejorar la adherencia al tratamiento y la continuidad de la atención médica, como terapia interpersonal individual o en grupo [1].

Prevención del suicidio desde la atención primaria en salud

La Atención Primaria en Salud (APS), concebida como la atención sanitaria al alcance de todas las personas y sus familias de la comunidad, es una de las estrategias promovida por la OMS, pues es la puerta de entrada para la gran mayoría de pacientes. La APS incluye un amplio espectro de elementos fundamentales para su adecuado desarrollo, en este caso se enfatiza salud mental, para personas con conductas suicidas; debe prestarse dentro de un sistema que apoye la prevención del suicidio y la seguridad del paciente a través de un sólido liderazgo, la identificación y evaluación del riesgo de suicidio, la implementación de tratamientos basados en la evidencia, la continuidad de la atención y el mejoramiento continuo de la calidad [17].

Recapitulando, diversos estudios destacan la relevancia de acciones de prevención secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) de la depresión para reducir los suicidios. Primero, las tasas regionales de suicidio están inversamente relacionadas con las tasas de prescripción de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en todo el rango de edad [38]. En segundo lugar, las intervenciones que proporcionan capacitación para mejorar la capacidad de los médicos generales para detectar y tratar la depresión han demostrado reducciones en las tasas de suicidio. En tercer lugar, la intervención psicoterapéutica en trastornos depresivos ha demostrado reducir la presentación de desenlaces [16,39,40].

También, la atención colaborativa, que generalmente involucra la ubicación conjunta de especialistas en salud mental en entornos de atención primaria, mejora el acceso a la atención y el resultado del manejo [41,42].

La estrategia de prevención en atención primaria en salud denominada Zero Suicide (ZSI) en Estados Unidos, ha logrado una reducción en la tasa de suicidios, lo cual se relacionó con la implementación de las siguientes prácticas: adherencia a las pautas de tratamiento de la depresión; una política clara sobre la transferencia de servicios de salud mental de adolescentes a adultos; disponibilidad de servicios de diagnóstico dual; disponibilidad de equipos de salud en el hogar / respuesta a crisis; y llevar a cabo una revisión multidisciplinaria de los casos de suicidio consumado repasa los hallazgos con los familiares sobrevivientes. El impacto de estas innovaciones en la prestación de servicios fue mayor en los sistemas de salud mental con menores tasas de rotación de personal [43,44].

Así mismo, la implementación de políticas comunitarias para la reducción del consumo excesivo de alcohol es una intervención prometedora, dado que particularmente en adolescente el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los factores de riesgo importantes en este grupo de edad. Se ha hallado que el consumo excesivo de alcohol se asocia con más de una tercera parte de los suicidios consumados con aproximadamente el 40 % de los intentos de suicidio [17].

Para finalizar, estudios resaltan el importante papel del profesional de atención primaria para el abordaje integral del suicidio, desde la educación (prevención primaria), la detección de riesgos e intervención temprana (prevención secundaria), y el seguimiento y monitorización de la población en riesgo; para esto, los profesionales de la salud responsables de la atención en salud (médicos especialistas, médicos generales y otros profesionales) deben fortalecer sus competencias y trabajar articuladamente para realizar un manejo clínico consistente y seguimiento adecuado para la prevención de autolesiones en niños y adolescentes [45,46] (ver Figura 2).

Se ha documentado que los enfoques de participación en la comunidad reducen el riesgo de suicidio, que incluyen las actividades sociales tales como los grupos religiosos, deportivos, de jardinería, etc. Los investigadores hallaron reducciones en los niveles de ansiedad y en

síntomas depresivos, que son factores reconocidos para conductas suicidas [17].

También existen una serie de programas de prevención para conductas suicidas basados en las instituciones educativas que han avanzado como formas de mejorar la detección y reducir el riesgo entre los estudiantes (ver Tabla 3, tabla 3b) [16,17,23,24,25,26,27].

La atención primaria en la población de niños y adolescentes es un primer contacto ideal para explorar ideación y conductas suicidas. Más del 80% de los jóvenes visitan a su servicio de salud de atención primaria al menos una vez al año, y un porcentaje similar de los jóvenes que fallecen por suicidio fueron examinados por un profesional médico en el año anterior a su muerte. Sin embargo, lo más probable es si a los jóvenes con conductas de riesgo suicida no se les explora directamente al respecto, es posible que no hablen de ella. El uso de herramientas de detección de riesgo de conductas suicidas por parte de los pediatras se asocia con un aumento de 4 veces en la detección de riesgo de suicidio en los jóvenes, sin sobrecargar la capacidad de los servicios asistenciales y equivale a una referencia adicional de salud mental por semana. La implementación de la detección universal en entornos de atención primaria podría ayudar a capturar a los jóvenes en riesgo y aumentar el acceso a servicios de salud mental para disminuir la probabilidad de presentar conductas suicidas. Las pruebas de detección también brindan a los pediatras la oportunidad de alertar a los padres sobre posibles riesgos y discutir importantes señales de advertencia; sin embargo, es importante comprender que el diagnóstico certero sólo se puede realizar con entrevista estructurada por un experto en salud mental (ver Figura 2) [24,36,37,38].

Así mismo, mejorar el acceso a la atención en salud, se basa en dos supuestos relacionados: al mejorar el acceso a la atención, pueden más personas con trastornos mentales obtener tratamiento, y [1] aumentar la exposición al tratamiento en la población ayuda al control de algunos trastornos mentales y así a reducir las conductas suicidas [16].

Recapitulando, diversos estudios destacan la relevancia de acciones de prevención secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) de la depresión para reducir los suicidios. Primero, las tasas regionales de suicidio están inversamente relacionadas con las tasas de prescripción de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en todo el rango de edad [38]. En segundo lugar, las intervenciones que proporcionan capacitación para mejorar la capacidad de los médicos generales para detectar y tratar la depresión han demostrado reducciones en las tasas de suicidio. En tercer lugar, la intervención psicoterapéutica en trastornos depresivos ha demostrado reducir la presentación de desenlaces [16,39,40].

También, la atención colaborativa, que generalmente involucra la ubicación conjunta de especialistas en salud mental en entornos de atención primaria, mejora el acceso a la atención y el resultado del manejo [41,42].

La estrategia de prevención en atención primaria en salud denominada Zero Suicide (ZSI) en Estados Unidos, ha logrado una reducción en la tasa

de suicidios, lo cual se relacionó con la implementación de las siguientes prácticas: adherencia a las pautas de tratamiento de la depresión; una política clara sobre la transferencia de servicios de salud mental de adolescentes a adultos; disponibilidad de servicios de diagnóstico dual; disponibilidad de equipos de salud en el hogar / respuesta a crisis; y llevar a cabo una revisión multidisciplinaria de los casos de suicidio consumado repasa los hallazgos con los familiares sobrevivientes. El impacto de estas innovaciones en la prestación de servicios fue mayor en los sistemas de salud mental con menores tasas de rotación de personal [43,44].

Así mismo, la implementación de políticas comunitarias para la reducción del consumo excesivo de alcohol es una intervención prometedora, dado que particularmente en adolescente el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los factores de riesgo importantes en este grupo de edad. Se ha hallado que el consumo excesivo de alcohol se asocia con más de una tercera parte de los suicidios consumados con aproximadamente el 40 % de los intentos de suicidio [17].

Para finalizar, estudios resaltan el importante papel del profesional de atención primaria para el abordaje integral del suicidio, desde la educación (prevención primaria), la detección de riesgos e intervención temprana (prevención secundaria), y el seguimiento y monitorización de la población en riesgo; para esto, los profesionales de la salud responsables de la atención en salud (médicos especialistas, médicos generales y otros profesionales) deben fortalecer sus competencias y trabajar articuladamente para realizar un manejo clínico consistente y seguimiento adecuado para la prevención de autolesiones en niños y adolescentes [45,46] (ver Figura 2).

Conclusiones

Es importante que se eduque al personal sanitario de APS sobre las estrategias de prevención del suicidio en niños y adolescentes desde la atención médica y el entorno familiar, escolar y comunitario, para que se aprenda a potencializar los factores protectores y responder a las señales de alerta de riesgo de suicidio. Para eso, en la literatura existe una gran cantidad de intervenciones preventivas realizadas mediante estrategias y programas que ayudan a disminuir los pensamientos e intentos de suicidio, que demuestran reducir a corto y largo plazo el riesgo de suicidio en niños y adolescentes. Aunque, muchas de estas intervenciones han sido aplicadas en pocos países, han demostrado tener resultados significativos independiente de raza, sexo y grupo etario.

En atención primaria lo más importante es establecer si existe riesgo para conducta suicida y determinar las características de la ideación suicida, cuando se detecta. Si se trata de un intento de suicidio, realizar todo el manejo de la condición médica del paciente y determinar el riesgo. Posteriormente la graduación del riesgo y el nivel de atención serán definidos por el experto en salud mental (psiquiatra), ya sea ambulatorio u hospitalario, y detectar el riesgo y realizar el manejo inicial, posterior a lo cual, la definición del nivel de atención dependerá de la graduación

del riesgo por personal de salud experto con el fin de decidir si el paciente requiere un manejo ambulatorio, o si para su protección requiere hospitalización en una unidad de salud mental.

Por último, son necesarias todas las medidas que puedan ayudar a mejorar calidad de vida, estilos de vida saludable, resiliencia, relaciones sociales óptimas, corrección de factores que favorezcan la disfunción familiar, apoyo académico para evitar fracaso escolar, pero principalmente para enseñar a los jóvenes a enfrentar el “fracaso”, a tener mayor tolerancia a la frustración, con un mejor manejo de las emociones. Todo lo anterior es de obligatoria ejecución en atención primaria, lo cual redundará en prevención de factores de riesgo para conductas suicidas y desenlaces fatales.

Conflictos de interés: los autores del presente artículo no tienen ningún tipo de conflicto de interés en relación con la temática tratada.

Fuentes de financiación: ninguna

Literatura citada

1. World Health Organization. **Guía de intervención Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Versión 2.0.** Washington, D.C.: World Health Organization; 2016.
2. World Health Organization. **Preventing suicide, a global imperative.** Geneva: World Health Organization; 2014.
3. Corona-Miranda B, Hernández-Sánchez M, García Pérez R. **Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores.** *Rev Haba Cienc Méd.* 2016; 15(1):90–100.
4. Fleischmann A, Arensman E, Berman A, Carli V, De Leo D, Hadlaczky G, et al. **Overview evidence on interventions for population suicide with an eye to identifying best-supported strategies for LMICs.** *Glob Ment Heal.* 2016; 3(e5):1–8. DOI: 10.1017/gmh.2015.27
5. Pan American Health Organization. **Suicide Mortality in the Americas: Regional Report.** Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2014.
6. Moreno-Lozada LS, Canesto-Arenas DE, De la Hoz-Bohorquez GA, Forero-Díaz CA, Hernández-Cardozo HW, Insuasty-Mora JR, et al. **Forensis 2017 datos para la Vida.** Bogotá D.C: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2017.
7. Cabra O, Infante D, Sossa F. **El Suicidio Y Los Factores De Riesgo asociados en niños y adolescentes.** *Rev Med Sanitas.* 2010;13(2):28–35.
8. Quinlan-Davidson M, Sanhueza A, Espinosa I, Escamilla-Cejudo JA, Maddaleno M. **Suicide Among Young People in the Americas.** *J Adolesc Heal.* 2014; 54(3):262–268. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.012
9. Iglesias-Diz JL. **Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales.** *Pediatr Integr.* 2013; 17(2):88–93.
10. Hernández-Soto PA, Villareal-Casate RE. **Algunas especificidades en torno a la conducta suicida.** *Medisan.* 2015; 19(8):1051–1058.
11. Hawton K, Hill NTM, Gould M, John A, Lascelles K, Robinson J. **Clustering of suicides in children and adolescents.** *Lancet Child Adolesc Heal.* 2019; 4(1):58–67. DOI: 10.1016/S2352-4642(19)30335-9

12. Oliva-Gómez E, Villa-Guardiola VJ. **Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización.** *Justicia Juris.* 2014; 10(1):11–20. DOI: 10.15665/rj.v10i1.295
13. Molina MJ, Restrepo D. **Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿cuál es la conexión?** *Pediatría.* 2018; 51(2):30–9. DOI: 10.14295/PEDIATR.V51I2.109
14. Rodway C, Tham SG, Ibrahim S, Turnbull P, Windfuhr K, Shaw J, et al. **Suicide in children and young people in England: a consecutive case series.** *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(8):751–759. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30094-3
15. Lopez-Carmen V, McCalman J, Benveniste T, Askew D, Spurling G, Langham E, et al. **Working together to improve the mental health of indigenous children: A systematic review.** *Child Youth Serv Rev.* 2019; 104(104408):1-11. DOI: 10.1016/j.childyouth.2019.104408
16. Brent DA. **Master Clinician Review: Saving Holden Caulfield: Suicide Prevention in Children and Adolescents.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2019; 58(1):25–35. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.05.030
17. Stone D, Holland K, Bartholow B, Crosby A, Shane D, Wilkins N. **Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices.** *Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control;* 2017. <http://dx.doi.org/10.15620/cdc.44275>
18. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. **Suicide prevention strategies: A systematic review.** *J Am Med Assoc.* 2005; 294(16):2064–74. DOI: 10.1001/jama.294.16.2064
19. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. **Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review.** *The Lancet Psychiatry.* 2016; 3(7):646–59. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X
20. Asarnow JR, Hughes JL, Babeva KN, Sugar CA. **Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017; 56(6):506-514. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.03.015
21. Runyan CW, Becker A, Brandspigel S, Barber C, Trudeau A, Novins D. **Lethal means counseling for parents of youth seeking emergency care for suicidality.** *West J Emerg Med.* 2016; 17(1):8–14. DOI: 10.5811/westjem.2015.11.28590
22. Cano-González R, Casado-González M. **Escuela y familia. Dos pilares fundamentales para unas buenas prácticas de orientación educativa a través de las escuelas de padres.** *Rev Electrónica Interuniv Form del Profr.* 2015; 18(2):15–28. DOI: 10.6018/reifop.18.2.224771
23. Wyman PA, Brown CH, Inman J, Cross W, Schmeelk-Cone K, Guo J, et al. **Randomized Trial of a Gatekeeper Program for Suicide Prevention: 1-Year Impact on Secondary School Staff.** *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76(1):104–15. DOI: 10.1037/0022-006X.76.1.104
24. Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, Felts A, Fontanella CA, Campo J V., et al. **Suicide in elementary school-aged children and early adolescents.** *Pediatrics.* 2016; 138(4):1-12. DOI: 10.1542/peds.2016-0436
25. Aseltine RH, DeMartino R. **An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program.** *Am J Public Heal.* 2004; 94(3):446–51. DOI: 10.2105/AJPH.94.3.446

26. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. **School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial.** *Lancet*. 2015;385(9977):1536–44. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61213-7
27. Schiro T. **A Culture of Caring: A Suicide Prevention Guide for Schools (K-12).** London: ed. Rowman & Littlefield; 2020.
28. Wilcox HC, Wyman PA. **Suicide Prevention Strategies for Improving Population Health.** *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016; 25(2):219–233. DOI: 10.1016/j.chc.2015.12.003
29. Hammerton G, Zammit S, Mahedy L, Pearson RM, Sellers R, Thapar A, et al. **Pathways to suicide-related behavior in offspring of mothers with depression: The role of offspring psychopathology.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(5):385–393. DOI: 10.1016/j.jaac.2015.02.006
30. Compas BE, Forehand R, Thigpen J, Hardcastle E, Garai E, Mckee L, et al. **Efficacy and moderators of a family group cognitive-behavioral Preventive Intervention for Children of Depressed Parents.** *J Consult Clin Psychol*. 2015; 83(3):541–553. DOI: 10.1037/a0039053
31. Tyrrell EG, Kendrick D, Sayal K, Orton E. **Poisoning substances taken by young people: A population-based cohort study.** *Br J Gen Pract*. 2018; 68(675):e703–e710. DOI: 10.3399/bjgp18X698897
32. Hawton K, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W, et al. **Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: Interrupted time series analyses.** *BMJ*. 2013; 346(7895):1–9. DOI: 10.1136/bmj.f403
33. Gould MS, Munfakh JLH, Kleinman M, Lake AM. **National suicide prevention lifeline: Enhancing mental health care for suicidal individuals and other people in crisis.** *Suicide Life Threat Behav*. 2012; 42(1):22–35. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2011.00068.x
34. Wintersteen MB. **Standardized screening for suicidal adolescents in primary care.** *Pediatrics*. 2010; 125(5):938–44. DOI: 10.1542/peds.2009-2458
35. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. **The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide.** *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(2):165–172. DOI: 10.1001/archpsyc.62.2.165
36. Rutz W. **Preventing suicide and premature death by education and treatment.** *J Affect Disord*. 2001; 62(1–2):123–129. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00356-6
37. Goldston DB, Walrath CM, McKeon R, Puddy RW, Lubell KM, Potter LB, et al. **The Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program.** *Suicide Life-Threatening Behav*. 2010; 40(3):245–256. DOI: 10.1521/suli.2010.40.3.245
38. Walrath C, Garraza LG, Reid H, Goldston DB, McKeon R. **Impact of the Garrett Lee Smith youth suicide prevention program on suicide mortality.** *Am J Public Health*. 2015; 105(5):986–993. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302496
39. Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, et al. **Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: A randomized controlled trial.** *J Am Med Assoc*. 2005; 293(3):311–319. DOI: 10.1001/jama.293.3.311

40. Wright DR, Haaland WL, Ludman E, McCauley E, Lindenbaum J, Richardson LP. **The costs and cost-effectiveness of collaborative care for adolescents with depression in primary care settings: A randomized clinical trial.** *JAMA Pediatr.* 2016; 170(11):1048–1054. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2016.1721
41. Kapur N, Ibrahim S, While D, Baird A, Rodway C, Hunt IM, et al. **Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: A before-and-after study.** *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(6):526–534. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00063-8
42. Hampton T. **Depression care effort brings dramatic drop in large HMO population's suicide rate.** *JAMA Psychiatry.* 2010; 303(19):1903–1905. DOI: 10.1001/jama.2010.595
43. Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA, et al. **Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: Cohort study in primary care.** *BMJ.* 2017; 359:1-9. DOI: 10.1136/bmj.j4351
44. Greenberg MT, Kusche CA, Cook ET, Quamma JP. **Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum.** *Dev Psychopathol.* 1995; 7(1):117–136. DOI: 10.1017/S0954579400006374
45. Kellam SG, Mackenzie ACL, Brown CH, Poduska JM, Wang W, Petras H, et al. **The good behavior game and the future of prevention and treatment.** *Addict Sci Clin Pr.* 2011; 6(1):73–84.
46. Embry DD. **The Good Behavior Game: A best practice candidate as a universal behavioral vaccine.** *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2002; 5(4):273–297. DOI: 10.1023/A:1020977107086

Enlace alternativo

<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3781> (html)