

Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura

Suicide prevention programs for adolescents in schools: a review

Francisco Bustamante V.¹ y Ramón Florenzano U.²

The suicide deaths increased worldwide and also in Chile in the last decade. Therefore, preventive programs are needed. This paper reviews the literature on school suicide prevention programs. Results show that few programs center in suicide as the primary target, and most do on related factors such as major depression. Nevertheless, some of them lower suicide ideation and behavior in the studied sample especially when they target several objectives and perform two or more interventions.

Key words: Suicide, prevention, adolescents.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2013; 51 (2): 126-136

Introducción

El suicidio corresponde a un importante problema de salud pública¹, siendo una de las veinte primeras causas de muerte² y de carga de enfermedad (AVISA) para todas las edades globalmente, y ocupa el octavo lugar como causa de muerte en el grupo de individuos entre 15 y 44 años³.

A nivel mundial, la tasa de suicidio ha aumentado progresivamente en esta última década¹. Nuestro país no ha estado ajeno a ello ya que entre los años 1995 y 2010 la tasa aumentó en forma considerable, casi medio punto por cada 100.000 habitantes en la década de los noventa^{4,5}. Pese a los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud para disminuir dicha cifra, como por ejemplo la imple-

mentación del programa GES para tratamiento de la depresión⁶ y la creación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio⁷, no se cumplió el objetivo sanitario propuesto para la década 2000-2010⁵, esto es, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio en un 10%. Es difícil dilucidar las causas que explican este aumento ya que el suicidio es una conducta entendida multifactorialmente⁸.

Si bien en Chile contamos con varios estudios que han tratado de evaluar la magnitud de la mortalidad por suicidio así como su tendencia^{4,9-11}, sus resultados no siempre son coincidentes. El estudio de Trucco analiza la tendencia del suicidio entre 1971 y 1990 sin encontrar grandes cambios en ésta⁹, aunque Retamal y cols, para la década de los 80, encontraron una disminución progresiva¹⁰. Por

Recibido: 6/03/2013

Aceptado: 14/06/2013

Este trabajo ha sido subsidiado con fondos de ayuda a la investigación otorgados por la Universidad de los Andes (FAI IN0GTO 201150 CLI-PSI) y por el Fondo de Desarrollo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Proyecto 1100731).

¹ Universidad de los Andes, Escuela de Psicología y Grupo DBT Chile.

² Universidad de los Andes, Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo, Facultad de Psicología.

otro lado, Mazzei y Cavada aprecian un aumento significativo a partir de 1997 y que progresa aún más a partir del 2000⁴; Méndez, Opgaard y Reyes, analizando solamente la segunda región del país, observaron una asimetría intrarregional: una declinación en Antofagasta y un aumento en Calama¹¹. Finalmente, Baader y cols, analizando las muertes por suicidio registradas en el Servicio Médico Legal de Valdivia, consignan un aumento sostenido en la tasa de suicidio regional entre 1996 y el 2008¹².

Con respecto a la tasa de muertes por suicidio en población adolescente en nuestro país, esta es cercana a la del resto de las edades (Figura 1)¹³, sin embargo, posicionan a Chile en el quinto lugar entre los países de la OECD (*Organisation for Economic Co-Operation and Development*) con la más alta tasa de suicidio en la población comprendida entre los 15 a 19 años de edad¹⁴.

Para poder prevenir el suicidio en forma efectiva, existe un consenso generalizado de que hay que implementar prácticas basadas en la evidencia, las cuales se clasifican en tres niveles^{15,16}:

- Nivel indicado: para aquellos individuos que presentan un alto riesgo de cometer suicidio. Las intervenciones en este nivel son individuales y altamente especializadas, muchas de ellas con evidencia probada acerca de su efectividad como la farmacoterapia, la terapia cognitivo conductual o la terapia conductual dialéctica¹⁷⁻²⁰ entre otros.
- Nivel selectivo: se dirige a determinados subgrupos poblacionales que pueden estar en un mayor riesgo, como por ejemplo, adolescentes escolares.
- Nivel universal: se dirige a toda la población por igual.

Se han publicado bastantes estudios acerca de intervenciones efectivas dirigidas al nivel indicado. Sin embargo, las intervenciones de prevención validadas para los niveles selectivos y universales son menos^{21,22}, ya sea por falta de políticas públicas dirigidas a la prevención, o por falta de criterios basados en la evidencia para el diseño de la intervención²³.

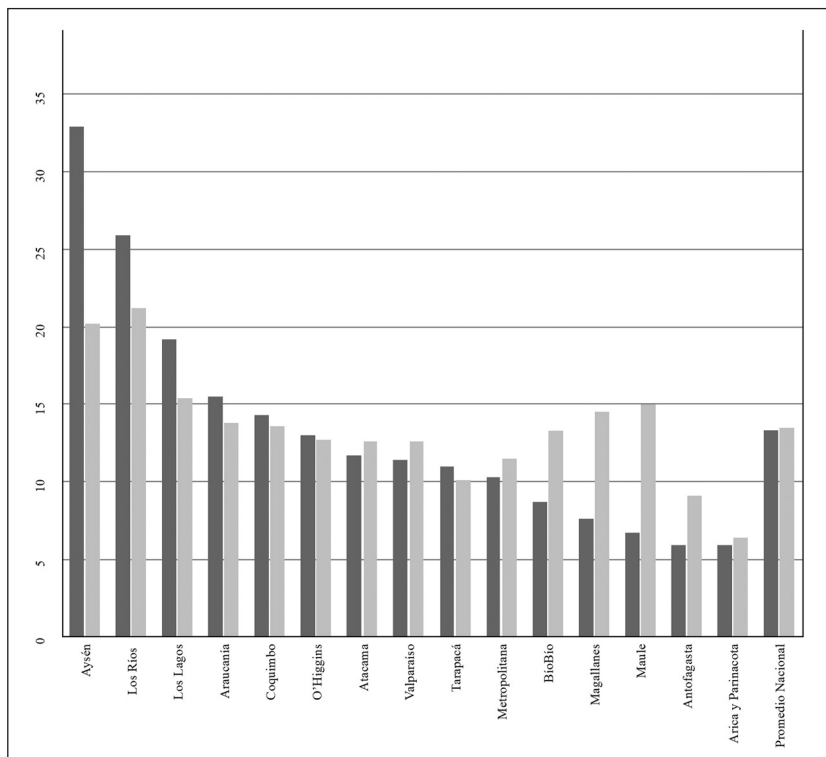


Figura 1. Tasa de mortalidad regional por suicidio en Chile por cada 100.000 habitantes, 2009 (adaptado de referencia 13), comparativa entre adolescentes de 15 a 19 (gris oscuro) y todas las edades (gris claro).

Con respecto a la prevención del suicidio en adolescentes escolares (nivel selectivo), a los aspectos antes mencionados, se agrega el hecho que son pocos los adolescentes que piden ayuda por ideación suicida, ya sea a un adulto (padres, familiares, médicos, psicólogos) o a sus propios pares²⁴⁻²⁶, lo cual no ocurre en la vida adulta²⁴⁻²⁸. Se dificulta así la detección y el tratamiento oportuno de aquellos jóvenes en riesgo de morir por esta causa.

Se estima que más del 60% de los adolescentes que requieren atención en salud mental no la reciben, por lo que es de suma importancia su detección precoz en los colegios. Esto ha llevado a que, en Estados Unidos, la *President's New Freedom Commission on Mental Health* y la *Children's Mental Health Screening and Prevention Act*, recomiende utilizar instrumentos de *screening* de ideación suicida en los colegios^{26,30,31} existiendo cierto consenso de que ésta es la alternativa más eficaz para prevenir el suicidio en los adolescentes³².

El objetivo del presente estudio es realizar una revisión simple de los programas de prevención del suicidio para adolescentes escolares que cuenten con estudios para evaluar su impacto sobre dicha conducta.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en *Pub-Med*, *Medline* y *Scielo* utilizando las siguientes palabras claves: "SUICIDE PREVENTION", "SCHOOL PROGRAM", "ADOLESCENT SUICIDE". Además, se realizó un filtro de búsqueda que incluyera las publicaciones solamente comprendidas desde el año 2000 en adelante.

De los resultados, solamente se incluyeron estudios prospectivos y/o que demostraran algún tipo de efecto (favorable o desfavorable) del programa estudiado.

Resultados

Los programas que realizan prevención en establecimientos educacionales pueden clasificarse en tres tipos de acuerdo a su intervención principal²¹:

- 1) Programas que incorporan psico-educación sobre depresión y/o suicidio en los currículos escolares: su finalidad es que los adolescentes tomen conciencia (*awareness*) de la relación entre las enfermedades mentales y otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida, de modo que puedan pedir ayuda en forma efectiva cuando la necesiten.
- 2) Entrenamiento a profesores o escolares en detectar adolescentes en riesgo, los llamados "gatekeepers": los "gatekeepers" corresponden a representantes del establecimiento educacional, ya sean profesores, personal administrativo o algunos de los mismos alumnos, que reciben una capacitación específica para poder ayudar a adolescentes en riesgo suicida. Estos últimos conocen quiénes son los "gatekeepers" y saben que pueden recurrir a ellos. A su vez, los "gatekeepers" derivan al adolescente en riesgo a establecimientos o profesionales especializados ya previamente definidos.
- 3) Programas de pesquisa o *screening* para la detección de riesgo suicida: su objetivo es detectar, en los mismos establecimientos educacionales, a los adolescentes con patología mental o en riesgo suicida a través de instrumentos de tamizaje diseñados *ad-hoc*. Una vez identificados, son derivados a un especialista en salud mental.

Existen varios programas de prevención de suicidio que, por lo general, incorporan una o más de las intervenciones señaladas. Desafortunadamente, no todos cuentan con una evaluación sistemática de su efecto sobre el número de suicidios o bien sobre la conducta suicida: la gran mayoría evalúa el efecto del programa sobre los factores asociados (por ejemplo la depresión) o el grado de conocimiento acerca de la temática de suicidio.

A continuación se presentan los programas que cuentan con evidencia científica respecto a la medición de alguna de las variables antes señaladas y que se encuentran resumidos en la Tabla 1:

"Surviving the Teens"

Es un programa para prevenir suicidio en adolescentes del Cincinnati Children's Hospital.

Tabla 1. Resumen de los principales programas para prevenir conductas suicidas y suicidio en adolescentes escolares

Programa	Tipo de intervención	Población intervenida	Variable estudiada	Resultados
<i>Adolescents Depression Awareness Program (ADAP)</i>	Psicoeducación sobre depresión	Escolares, profesores y padres	Conocimiento y actitudes sobre la depresión y el suicidio	Aumento de conocimientos y actitudes sobre la depresión y el suicidio
<i>Care, Assess, Respond, Empower (CARE)</i>	Screening y sesiones de consejería a jóvenes en riesgo	Escolares	Conocimiento y actitudes factores de riesgo de suicidio y abuso de drogas	Aumento de conocimiento sobre factores de riesgo de suicidio y abuso de drogas
<i>Gatekeepers (Canadá)</i>	Capacitación a determinados escolares como gatekeepers	Escolares	Conocimiento y actitudes factores de riesgo de suicidio	Aumento de conocimiento sobre factores de riesgo de suicidio
<i>National Youth Suicide Prevention Strategy (Australia)</i>	Campaña nacional de multinivel	Escolares y adolescentes hasta 25 años	Se evaluó el impacto a nivel nacional por tasa de mortalidad por suicidio	Disminución de la tasa de mortalidad por suicidio en aproximadamente un 50%
Programa de Prevención del Suicidio (Finlandia)	Campaña nacional de multinivel	Población general y especialmente trabajadores de la salud y adolescentes entre 15 a 25 años	Se evaluó el impacto a nivel nacional por tasa de mortalidad por suicidio	Disminución de la tasa de mortalidad por suicidio en un 40% después de 15 años
<i>Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)</i>	Gatekeepers, psicoeducación y screening	Escolares	Ideación y conducta suicida entre otras variables	Psicoeducación (<i>awareness</i>) disminuyó conducta suicida a los 3 y 12 meses; gatekeepers y screening a los 12 meses
<i>Signs of Suicide (S.O.S)</i>	Screening y psicoeducación sobre suicidio	Escolares	Conocimiento y actitudes sobre la depresión y el suicidio; Intentos suicidas	Aumento de conocimientos y actitudes sobre la depresión y el suicidio; disminución de intentos suicidas
<i>Source of Strength</i>	Gatekeepers entre los mismos alumnos	Escolares	Líderes positivos que buscan fomentar el pedir ayuda	Aumento de predisposición a pedir ayuda
<i>Surviving the Teens</i>	Psicoeducación sobre suicidio	Escolares, profesores y padres	Valores positivos y búsqueda de ayuda	Disminución del considerar el suicidio como opción
<i>TeenScreen</i>	Screening de riesgo suicida y patología mental	Escolares	Detección de adolescentes en riesgo suicida y con patología mental	Alta detección y derivación a salud mental de adolescentes en riesgo suicida y/o con patología mental

Interviene en fomentar actitudes positivas y la búsqueda de ayuda. Incluye capacitación a los padres, a los alumnos y a los profesores. Tres meses post intervención, hubo una disminución significativa en la consideración del suicidio como

una opción, en el grupo intervenido³³. El plazo de seguimiento es corto: la evidencia muestra que la suicidalidad baja de todos modos después de un intento, y reaparece después de seis meses a varios años.

“Adolescents Depression Awareness Program” (ADAP)

Es un programa curricular para colegios en donde se busca educar a los alumnos, profesores y padres acerca de la depresión. Las investigaciones preliminares, muestran como el conocimiento acerca de la depresión aumenta en los adolescentes intervenidos³⁴, pero no evalúan directamente el efecto sobre la conducta suicida. Sin embargo, este programa considera el trastorno depresivo como el causante principal del riesgo suicida, cuando ésta no es exclusiva de la depresión, especialmente en adolescentes³⁵.

“Signs of Suicide” (S.O.S)

Consiste en enseñarle a los alumnos “a responder a los signos de suicidio en sí mismos y en otros como una emergencia, así como reaccionaría ante un infarto al corazón”^{36,37}. También se realiza un screening a todos los alumnos para detectar aquellos que están en mayor riesgo de tal modo de derivarlos a un tratamiento especializado. En un estudio experimental, randomizado y controlado, que involucró a nueve establecimientos educacionales con un total de 4.055 adolescentes, se observó que disminuyeron los intentos suicidas en un 40%, y la ideación en un 19%³⁶. Estos resultados llevaron a que el *National Registry of Evidence-Based Programs and Practices* (NREPP) del U.S. Department of Health and Human Services de Estados Unidos, recomiende este programa como una práctica efectiva, basada en la evidencia, y sin riesgos o efectos adversos³⁸.

“Care, Assess, Respond, Empower” (CARE)

Es un programa que consiste principalmente, en desarrollar una red entre el alumnado, los profesores y sus familias, para acoger a adolescentes que presenten ideación suicida detectado a través de un *screening* computacional realizado en su colegio. Los que presentan mayor riesgo, reciben sesiones de consejería. Este programa demostró que los factores de riesgo de suicidio disminuyeron en un 25% respecto de la medida basal en más del 85% de los jóvenes que recibieron la intervención, los cuales se mantuvieron por 10 meses más^{39,40},

alcanzando también la recomendación de la NRE-PP⁴¹. Sin embargo, no se evalúa impacto directo sobre la conducta suicida.

“TeenScreen”

Está basado en la utilización de un instrumento para detectar ideación suicida de adolescentes en riesgo, de tal modo de recomendar su derivación a un servicio de salud mental⁴². De esta forma, lograron detectar una mayor proporción de adolescentes que necesitaban atención psiquiátrica versus aquellos no intervenidos, consiguiendo además, que el 95% de los referidos acudieran a un servicio de salud mental^{26,43}. No se evaluó impacto de la disminución de los intentos suicidas, solamente su referencia.

“National Youth Suicide Prevention Strategy” (Australia)

Consistió en una estrategia nacional para disminuir las tasas de suicidio adolescente, desarrollada por la *Commonwealth Department of Health and Aged Care* del gobierno australiano. Esta intervención (1995-1999) incluyó una serie de medidas a nivel nacional que abarcaron tanto la capacitación del personal de salud, como el fomento de múltiples iniciativas para la psicoeducación en factores protectores para los adolescentes (*Keep Yourself Alive, National Training Project for the Prevention of Youth Suicide*, etc). Además, se agregó una colaboración intersectorial en red entre los establecimientos de salud y los colegios⁴⁴. Esta iniciativa nacional, se asoció con una más rápida disminución de las tasas de suicidio en adolescentes hombres entre 20 y 25 años en las áreas intervenidas⁴⁵, lo cual se tradujo finalmente en una dramática disminución de la tasa de suicidios desde 40 por 100.000 habitantes (1996-98) a una de 20 por cada 100.000 (2003)⁴⁶.

“Gatekeepers” en Canadá

Se establecieron “gatekeepers” o monitores elegidos entre los pares de un establecimiento (por ejemplo colegios) que fueran líderes positivos y detectaran precozmente a compañeros en riesgo, de tal modo de fomentar su derivación precoz. Con

esta intervención, se consiguió una mayor alerta de los adolescentes en riesgo⁴⁷.

“Source of Strength”

Consiste en la capacitación de alumnos líderes dentro del aula de clases, quienes tienen como misión enseñar a sus compañeros a detectar su riesgo suicida y a pedir ayuda en ese caso. En un estudio randomizado, luego de 3 meses, la intervención logró predisponer a los alumnos de tal forma que estén más dispuestos a pedir ayuda. Sin embargo, no tuvo impacto en disminuir la ideación suicida versus el grupo control⁴⁸.

“Saving and Empowering Young Lives in Europe” (SEYLE)

Es una iniciativa europea compuesta por Austria, Estonia, Francia, Alemania, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Rumania, Eslovenia, España y Suecia. Entre otros objetivos, busca evaluar la eficacia de tres intervenciones sobre la conducta suicida: entrenamiento a gatekeepers, psicoeducación (*awareness*), y screening por parte de profesionales; todas comparadas con sus respectivos grupos control⁴⁹. Destaca el amplio número de escolares participantes (11.000) y lo riguroso de su diseño metodológico. Si bien todavía sus resultados no han sido publicados, los primeros informes destacan que el programa de psicoeducación, no solamente tuvo una alta participación y compromiso de los escolares⁵⁰, sino que además disminuyó el número de intentos suicidas a los 3 y 12 meses en comparación con el grupo control. También disminuyeron el número de intentos a los 12 meses en las otras dos intervenciones (*gatekeepers* y *screening*); todas las intervenciones, además, disminuyeron la sintomatología depresiva a los 3 meses⁵¹.

Existen otros programas que han sido exitosos pero no enfocados específicamente a adolescentes tales como:

“Programa de Prevención del Suicidio en Finlandia”

Si bien fue un programa realizado a nivel nacional (sobre toda la población, nivel universal),

es mencionado como la primera intervención basada en la evidencia que demostró su efectividad disminuyendo la tasa de suicidios en más de un 20% en el país⁵². Esta intervención consistió en tres etapas: i) registro de los suicidios y análisis de autopsias psicológicas (1987-1988); ii) estudio de estos y elaboración de informes con propuestas de prevención (1989-1990); iii) implementación de un programa nacional de prevención (“*Suicide can be Prevented*”). En esta última, se realizó una campaña de información e identificación de personas en riesgo a toda la población, especialmente a los trabajadores de la salud. Se enfatizó en la detección de personas con los factores de riesgo detectados en la etapa de autopsia psicológica: personas con depresión, con abuso de sustancias, personas en crisis o con enfermedades físicas, o que hubieran cometido suicidio. Además se focalizaron los esfuerzos especialmente en la población entre 15 a 24 años por las altas tasas observadas, a través de programas de educación sobre salud mental, depresión y suicidio. Esto finalmente se tradujo en una disminución de la tasa en un 40% después de 15 años^{53,54}.

“European Alliance Against Depression” (EAAD)

Es un esfuerzo multinacional de países europeos (y al cual se adscribe Chile a través del Instituto de Neurociencias Clínicas de la Universidad Austral) que nació de un programa comunitario multinivel en Nuremberg, Alemania, para mejorar el manejo de pacientes con depresión, y por ende, disminuir los intentos suicidas^{55,56}. Incorpora cuatro estrategias comunitarias: capacitación a médicos generales, una campaña informativa a la población acerca de la depresión; cooperación entre distintos agentes comunitarios y actividades de autoayuda para grupos de alto riesgo. Tras dos años de estudio, si bien no provocó un cambio en las muertes por suicidio, sí disminuyeron las conductas suicidas en comparación con la región control (19,4% en Nuremberg *versus* 24% en la región control)⁵⁶. Actualmente, esta iniciativa se está implementando en 18 países europeos⁵⁷.

Discusión

La mayor parte de los programas de prevención de suicidio en escolares buscan modificar los factores de riesgo de esta conducta (como por ejemplo el buscar ayuda, reconocer los síntomas de la depresión, generar un estilo de vida saludable, etc.) Por ello, el principal resultado de estos estudios es la modificación de estos factores con el objetivo de disminuir la suicidalidad en forma secundaria, y no las conductas suicidas en sí mismas, lo cual finalmente es lo más importante. Sin embargo, uno puede suponer que estos programas tendrían un efecto favorable al disminuir los factores de riesgo. Solamente los programas S.O.S, SEYLE, el de Finlandia y el de Australia consignan una disminución significativa ya sea en los intentos suicidas o en el número de suicidios.

Aún así, existe consenso científico y de políticas públicas –tal como se consignó anteriormente– que los programas de prevención en los establecimientos escolares son efectivos y debieran implementarse a la brevedad. Las teorías que explican este efecto positivo son varias: ayudan a identificar y tratar la enfermedad mental subyacente; evalúan el factor de riesgo de uso de alcohol; mejoran el entendimiento del problema por parte de los padres; enseñan las estrategias de resolución de problemas; mejora las habilidades para tolerar el estrés; evalúalas barreras culturales y los tabús en torno al suicidio⁵⁸.

También es importante destacar que los programas que demostraron eficacia en la disminución de las conductas suicidas incluyeron más de una intervención: psicoeducación, *gatekeepers* y *screening*. Especialmente, los casos de Australia y Finlandia lograron disminuir sus tasas de suicidio a través de intervenciones, no solamente a nivel escolar, sino a multinivel (campañas de educación social, capacitación a médicos generales, etc.) lo cual escapa al objetivo de este estudio. Sin embargo, existe evidencia que, dado que la conducta suicida es multifactorial, intervenciones en distintos niveles son más efectivas que una sola¹⁶. Es por ello que un programa de prevención de suicidio y conductas suicidas efectivo, debiera incluir varias interven-

ciones basadas en la evidencia en distintos niveles

Con respecto a los programas de prevención de suicidio en adolescentes en nuestro país, si bien existen varias iniciativas para mejorar la salud de los adolescentes tales como el Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes⁵⁹, así como el tratamiento de menores de 20 años por consumo perjudicial de alcohol y drogas⁶⁰, no existe un programa específico para prevenir el suicidio en este grupo poblacional. Sí observamos varios programas destinados a disminuir la mortalidad por esta causa, pero que abarcan a una mayor población.

Una iniciativa importante en este sentido fue la implementación del plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud) para el tratamiento de la depresión en el 2005, el cual está dirigido a detectar y tratar adecuadamente a personas mayores de 15 años con un trastorno depresivo⁶¹, que incorpora tratamiento farmacológico, así como intervenciones psicoterapéuticas de la teoría cognitivo conductual, según recomienda la literatura^{17,18,62,63}.

En el año 2007 se presentó el Programa Nacional de Prevención del Suicidio⁶⁴ que incluye una serie de actividades a implementar en todo el país, tales como un sistema de registro confiable de suicidios e intentos; planes de intervención local, formación de los profesionales de atención primaria en evaluación del riesgo suicida, estrategias de ayuda en crisis, mejora en los tratamientos en salud mental, educación a los medios de comunicación social en el manejo de la información sobre el suicidio y acciones preventivas en niños y adolescentes. Desafortunadamente, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio⁷ no ha podido ser implementado en su mayor parte.

Pese a estos esfuerzos, y a que el Ministerio de Salud se propuso como objetivo disminuir la tasa de suicidio en un 10% durante la década 2000-2010, ésta aumentó en un 60%⁶⁵. No se han podido identificar las razones de este aumento, pero esta cifra señala que las intervenciones existentes todavía no han sido suficientes para la prevención efectiva del suicidio en este país.

Podemos concluir que existen varios programas que logran disminuir los factores de riesgo de

conducta suicida en escolares, mientras que otros efectivamente disminuyen el número de suicidios en este grupo poblacional. Al parecer, mientras mayor número de intervenciones a distintos niveles incluya el programa, más efectivos son sus resultados.

Nuestro país aún no cuenta con estudios de programas de prevención en adolescentes, pese a la alta cifra de mortalidad por esta causa. Es por ello que se requiere, a la brevedad, la implementación de programas basados en la evidencia y adaptados a la realidad local.

Resumen

Las muertes por suicidio han aumentado a nivel mundial y especialmente en nuestro país en la última década. Por ello se hace necesario realizar un trabajo preventivo, principalmente en adolescentes. El presente trabajo tuvo como objetivo realizar una revisión de la literatura de los programas de prevención de suicidio en adolescentes escolares. Los resultados demostraron que son pocos los programas centrados en abordar el suicidio como objetivo principal sino que su foco son factores asociados, como por ejemplo la depresión mayor. Aún así, varios consiguen una disminución de la ideación y conducta suicida en la población estudiada, especialmente cuando implementan más de una intervención.

Palabras clave: Suicidio, prevención, adolescente.

Referencias bibliográficas

1. Beautrais A, Mishara B. World Suicide Prevention Day-September 10, 2007 "Suicide Prevention Across the Life Span". *Crisis Interv. Suicide Prev* 2007; 28: 57-60.
2. Mathers CD, Boerma T, Fat DM. Global and regional causes of death. *Br Med Bull* 2009; 92: 7-32.
3. Mathers C, Fat DM, Boerma JT, World Health Organization. The global burden of disease 2004 update. [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008 [cited 2012 May 28]. Available from: <http://site.ebrary.com/id/10266345>
4. Mazzei M, Cavada G. El suicidio en Chile. *Rev Chil Salud Pública* 2004; 8: 176-8.
5. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010: evaluación final del período, objetivos de impacto. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2011.
6. Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento de Personas con depresión. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2009.
7. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Ministerio de Salud; 2007.
8. Mäkinen, Ilkka Henrik. Social Theories of suicide. In: Wasserman, D; Wasserman, C, editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. First edition. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 139-47.
9. Trucco, M. Tendencias del suicidio en Chile, 1971-1990; Trends in suicide in Chile, 1971-1990. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr* 1993; 31: 5-17.
10. Retamal Carrasco P, Reszczyński C, Orio M, Ojeda I, Medina P. Aspectos generales del suicidio en Chile; General aspects of suicide in Chile. *Bol Hosp San Juan Dios* 1995; 42: 29-40.
11. Méndez JC, Opgaard A, Reyes J. Suicidio en la Región de Antofagasta 1989-1999 ¿Existe una tendencia creciente. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2001; 39: 296-302.
12. Baader M T, Behne H P, Molina F JL, Gacitúa C L, Yáñez M L, Urra P E, *et al.* ¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena?: Análisis de las tasas de suicidios y sus características sociodemográficas, ocurridas en la provincia de Valdivia, actual Re-

- gión de Los Ríos, entre los años 1996 a 2008. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2011; 49: 273-82.
13. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Mortalidad por suicidio en ambos sexos, según grupo de edad, 2009 [Internet]. Available from: <http://deis.minsal.cl/atlas/suicidiosedad/atlas.html>
 14. OECD-Social Policy Division. CO4.1: Teenage suicide (15-19 years old) [Internet]. OECD Family Database; 2011. Available from: <http://www.oecd.org/dataoecd/39/36/48968307.pdf>
 15. World Health Organization. Towards Evidence-Based Suicide Prevention Programmes. First edition. Geneva: WHO Press; 2010.
 16. Van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, *et al.* Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis* 2011; 32: 319-33.
 17. 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: 2064-74.
 18. Taylor LMW, Oldershaw A, Richards C, Davidson K, Schmidt U, Simic M. Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behav Cogn Psychother* 2011; 39: 619-25.
 19. Linehan M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. First edition. The Guilford Press; 1993.
 20. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, *et al.* Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 757-66.
 21. Brent, David. Effective treatments for suicidal youth. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. First edition. Oxford: Oxford University Press 2009; p 667-76.
 22. World Health Organization. Towards Evidence-Based Suicide Prevention Programmes. First edition. Geneva: WHO Press; 2010.
 23. Yip PSF. Towards evidence-based suicide prevention programs. *Crisis* 2011; 32: 117-20.
 24. Pisani AR, Schmeelk-Cone K, Gunzler D, Petrova M, Goldston DB, Tu X, *et al.* Associations Between Suicidal High School Students' Help-Seeking and Their Attitudes and Perceptions of Social Environment. *J Youth Adolesc*. [Internet]. 2012 May 6 [cited 2012 May 11]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22562217>.
 25. Carlton PA, Deane FP. Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help. *J Adolesc* 2000; 23: 35-45.
 26. Service Use by At-Risk Youth after School-Based Suicide Screening. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 1193-201.
 27. Wilson CJ, Deane FP, Marshall KL, Dalley A. Adolescents' suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. *J Youth Adolesc* 2010; 39: 343-56.
 28. Gould MS, Velting D, Kleinman M, Lucas C, Thomas JG, Chung M. Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2004; 43: 1124-33.
 29. Pagura J, Fotti S, Katz L, Sareen J, Team the SCSP. Help Seeking and Perceived Need for Mental Health Care Among Individuals in Canada With Suicidal Behaviors. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 943-9.
 30. Horowitz LM, Ballard ED, Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21: 620-7.
 31. Wasserman, D; Nordenskiöld, A; Ramberg, IL. Suicide Prevention in Sweden. In: Wasserman, Camilla, editor. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. First edition. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 817-9.
 32. Joe S, Bryant H. Evidence-Based Suicide Prevention Screening in Schools. *Child Sch* 2007; 29: 219-27.
 33. King KA, Strunk CM, Sorter MT. Preliminary effectiveness of surviving the teens suicide prevention and depression awareness program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. *J Sch Health* 2011; 81: 581-90.
 34. Swartz KL, Kastelic EA, Hess SG, Cox TS, Gonzales LC, Mink SP, *et al.* The effectiveness of a school-

- based adolescent depression education program. *Heal. Educ Behav Off Publ Soc Public Heal Educ* 2010; 37: 11-22.
35. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. First edition. Seattle: The Guilford Press; 2006.
 36. Aseltine RH Jr, James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health* 2007; 7: 161.
 37. Screening for Mental Health. Signs of Suicide (SOS) [Internet]. [cited 2012 May 17]. Available from: <http://www.mentalhealthscreening.org/programs/youth-prevention-programs/sos/>
 38. NREPP. SOS Signs of Suicide [Internet]. [cited 2012 May 17]. Available from: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=53>
 39. Eggert LL, Thompson EA, Randell BP, Pike KC. Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide-risk behaviors, depression, and drug involvement. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2002; 15: 48-64.
 40. Walsh E, Eggert LL. Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *Int. J. Ment Health Nurs* 2007; 16: 349-59.
 41. NREPP. CARE (Care, Assess, Respond, Empower) [Internet]. Available from: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=6>
 42. Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP, *et al.* The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 71-9.
 43. Husky MM, Kaplan A, McGuire L, Flynn L, Chrostowski C, Olfson M. Identifying adolescents at risk through voluntary school-based mental health screening. *J. Adolesc.* 2011;34:505-11.
 44. Australian Government, Australian Institute of Family Studies. Evaluation of the National Youth Suicide Prevention Strategy [Internet]. [cited 2012 May 25]. Available from: <http://www.aifs.gov.au/institute/pubs/ysp/evaluation.html>
 45. Page A, Taylor R, Gunnell D, Carter G, Morrell S, Martin G. Effectiveness of Australian youth suicide prevention initiatives. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 423-9.
 46. Morrell S, Page AN, Taylor RJ. The decline in Australian young male suicide. *Soc Sci Med* 2007; 64: 747-54.
 47. Stuart C, Waalen JK, Haelstromm E. Many helping hearts: an evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment. *Death Stud* 2003; 27: 321-33.
 48. Wyman PA, Brown CH, LoMurray M, Schmeelk-Cone K, Petrova M, Yu Q, *et al.* An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *Am J Public Health* 2010; 100: 1653-61.
 49. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J, *et al.* Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010; 10: 192.
 50. Wasserman C, Hoven C, Wasserman D, Carli V, Al-Halabi S, Apter A, *et al.* Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health* 2012; 12: 776.
 51. SEYLE FINAL REPORT [Internet]. [cited 2012 Oct 19]. Available from: http://www.seyle.eu/archive/executive_summary.pdf
 52. Beskow J, Kerkhof A, Kokkola A, Uutela A. Suicide prevention in Finland 1986-1996: External evaluation by an international peer group. *Psychiatr Fenn* 1999; 30: 31-46.
 53. Lönnqvist J. National suicide prevention project in Finland: A research phase of the project. *Psychiatr Fenn* 1988; 19: 125-32.
 54. Lönnqvist J. *Suicide Prevention in Finland*. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. First edition. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 793-5.
 55. Hegerl U, Dietrich S, Pfeiffer-Gerschel T, Wittenburg L, Althaus D. Education and awareness programmes for adults, selected multilevels approaches in suicide prevention. In: Wasserman, D; Wasserman, C, editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. First edition. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 495-500.
 56. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G.

- The Alliance Against Depression: 2-Year Evaluation of a Community-Based Intervention to Reduce Suicidality. *Psychol Med* 2006; 36: 1225-33.
57. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau J-H, Van Der Feltz-Cornelis C, et al. The "European Alliance Against Depression (EAAD)": a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry* 2008; 9: 51-8.
 58. Balaguru V, Sharma J, Waheed W. Review: Understanding the effectiveness of school-based interventions to prevent suicide: a realist review. *Child Adolesc. Ment. Heal.* 2012 [Internet]. [cited 2012 May 25]. Available from: <http://www.hwdsb.on.ca/e-best/wp-content/uploads/2011/03/RIB-Suicide-Prevention-Programs-in-Schools.pdf>.
 59. Ministerio de Salud. Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes. Ministerio de Salud. Santiago de Chile; 2012.
 60. Ministerio de Salud. Guía Clínica: Consumo Perjudicial y dependencia de Alcohol y Drogas en menores de 20 años. Ministerio de Salud. Santiago de Chile; 2007.
 61. Ministerio de Salud. Guía Clínica: Tratamiento de personas con Depresión. Ministerio de Salud. Santiago de Chile; 2009.
 62. Lönnqvist, Jouko. Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In: Wasserman, D; Wasserman, C, editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. First edition. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 871.
 63. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur. Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 2012; 27: 129-41.
 64. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Ministerio de Salud; 2007.
 65. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010: evaluación final del período, objetivos de impacto. Primera. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2011.

Correspondencia:

Francisco Javier Bustamante Volpi
 Escuela de Psicología, Universidad de los Andes.
 Monseñor Álvaro del Portillo N°12.455,
 Las Condes, Santiago, Chile.
 Teléfono: 26181214
 E-mail: fbustamante@uandes.cl