Autopercepción de conocimientos y competencias de profesores en la prevención de conductas suicidas adolescentes pre y posintervención

Self-perceived knowledge and skills of teachers for prevention of suicidal behavior in adolescents pre and post-intervention

Carolina Barrueto O.¹, Jorge Gaete O.², Francisco Bustamante V.³ y Marina Pizarro M.⁴

Introduction: Suicide is the second leading cause of death among people aged 15-29 years, therefore, prevention is essential. There are no programs implemented in Chilean schools to train teachers in the prevention of these behaviors. A training was designed to teachers to know if this strategy is effective in the improvement of the self-perception of competencies when facing these situations. **Method:** Quantitative quasi-experimental, interrupted time-series design. A questionnaire was carried out on 27 teachers from a school in San Felipe, Chile, before and after 3 months of the intervention. Their experiences, knowledge and competences on prevention of suicidal behavior were evaluated. **Results:** There were no significant differences in the assessment of knowledge. However, there was a significant ($p < 0.05$) change in self-perception of competencies in 6 items. Increased confidence and comfort in responding to these young people, the perception that juvenile suicide is a priority and requires specialized help, the feeling of having more tools and knowledge of the resources of their community. However, the sense of responsibility in the management of these adolescents had a negative change. **Conclusions:** The training studied that provides knowledge and strategies on adolescents' suicidal behaviors to teachers produces significant changes in self-perception of competencies, but it does not allow to establish a tendency to change. It is necessary to have other studies.

Key words: Prevention, suicide, adolescent, self-perception, school teachers.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2017; 55 (3): 170-178

Recibido: 29/06/2017

Aceptado: 14/09/2017

Estudio sin fuentes de apoyo financiero, los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Psicóloga clínica acreditada, Universidad de los Andes, Magíster en Psicología Clínica, orientación cognitivo-conductual y conductual dialéctica, Universidad de los Andes, Diplomado en Gestión Organizacional y Recursos Humanos, Universidad de los Andes, Terapeuta Grupo DBT Chile.

² Médico cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile, Psiquiatría, Universidad de Chile, Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

³ Médico cirujano, Universidad de Chile, Psiquiatra adultos, Universidad de los Andes, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Clínica Universidad de los Andes, Terapeuta Grupo DBT Chile.

⁴ Alumna V año Medicina Universidad de los Andes.

Introducción

El suicidio se ha definido como “un acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal”¹. Sin embargo, involucra también una amplia gama de vivencias, pensamientos y conductas que pueden ir desde un sentimiento de pérdida del sentido de vivir hasta el acto suicida en sí mismo. También se entiende como un espectro donde no siempre la intención final es la muerte, y se consideran dentro de este espectro de “suicidalidad” las conductas autoagresivas o también llamadas automutilaciones².

El suicidio es una de las 20 primeras causas de muerte y de carga de enfermedad (AVISA) para todas las edades a nivel internacional³; ocupa el segundo lugar como causa de muerte en edades entre 15 a 29 años de edad a nivel mundial⁴ y es la “segunda o tercera causa de muerte en jóvenes entre 15 y 19 años en Chile”⁵.

En Chile existen dos grandes políticas públicas de salud mental dirigidas a la prevención del suicidio, uno es el programa nacional de prevención de suicidio⁶, el cual tiene el propósito de reducir las tasas de mortalidad por esta causa, y el programa GES para diagnóstico y tratamiento de la depresión⁷, que incluye atención especializada a personas con depresión severa y riesgo de suicidio. Cabe destacar que estos incluyen a personas de todas las edades, y no específicamente a adolescentes, quienes presentan las mayores tasas de suicidio⁸.

Generalmente, los jóvenes en riesgo suicida no hablan espontáneamente de sus sentimientos, deseos de morir o autoagresión. Sin embargo, se expresan a través de claves conductuales autodestructivas, cambios repentinos en el comportamiento; claves emocionales, como humor inestable, irritabilidad, ansiedad excesiva, etc.; y claves comunicacionales, como comentarios, gestos o actitudes relacionados con el deseo de desaparecer, sentirse desesperanzado o incluso ideas sobre la muerte e intenciones de suicidarse. Es más frecuente que los adolescentes vulnerables, al no contar con personas de confianza a quien recurrir, acudan a sus amigos o pares, quienes no necesariamente cuentan con las herramientas que les permitan contener a otros

adolescentes, no garantizando la prevención de esta conducta. Por lo tanto, se hace aún más necesario educar tanto a profesores, padres y todo tipo de personas que se relacionen con adolescentes.

Es por esto que, personal educativo capacitado en cómo identificar a adolescentes vulnerables y comunicarse con ellos, puede ayudar a generar un ambiente de confianza y contención, facilitando la prevención de dichas conductas. Si bien, el rol principal de los profesores es velar por la educación y el aprendizaje de los contenidos curriculares, es considerable que éstos puedan identificar y dar apoyo a los alumnos con problemas emocionales, ya que también influyen sobre su aprendizaje y desarrollo en general.

Entonces, esta intervención es importante porque va dirigida a profesores, quienes son las personas que pasan la mayor parte del día con los adolescentes. La evidencia confirma que las conductas suicidas en esta población han ido creciendo alarmantemente⁴ y no existen aún en Chile programas específicos para ser implementado en colegios que tengan como finalidad evaluar los conocimientos y competencias de los profesores para prevenir conductas suicidas en los alumnos⁸. De este modo, capacitar a profesores sobre los factores de riesgo que pueden presentar los jóvenes, así como enseñar habilidades de detección y comunicación para lograr dicho objetivo, parece ser una buena estrategia para ayudar a los adolescentes.

Objetivos

El objetivo general es evaluar los efectos que tiene una intervención realizada a profesores en la percepción sobre sus competencias para identificar, persuadir y derivar alumnos con riesgo suicida.

Dentro de los objetivos específicos están:

- Desarrollar e implementar una capacitación breve a profesores orientada a entregar conocimientos sobre suicidalidad y estrategias de manejo de jóvenes en riesgo de suicidio.
- Comparar el conocimiento general de las conductas suicidas en profesores antes y después de la intervención.
- Evaluar los cambios en su percepción respecto a sus propios conocimientos y habilidades antes y después de la intervención.

Métodos

Diseño

Estudio cuantitativo cuasi experimental de series cronológicas sin grupo control, realizándose un cuestionario antes y tres meses después de recibir la intervención.

Con este diseño no se espera demostrar la efectividad de esta intervención en disminuir las conductas suicidas en los adolescentes, sino que, evaluar el efecto que produce en profesores en cuanto a su percepción sobre sus conocimientos y competencias para el manejo de jóvenes en riesgo suicida.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 27 profesores quienes consintieron participar de este estudio, todos pertenecientes a una institución educacional privada de rango socio-económico medio-alto de la ciudad de San Felipe, Chile, en contacto permanente con alumnos de 5° básico a 4° año medio. La selección de la muestra fue no probabilística, por conveniencia.

Procedimiento

La capacitación a profesores incluyó actividades tanto teóricas como prácticas, donde se separó a los participantes en grupos para discutir sobre la prevención del suicidio en adolescentes. La confección de la capacitación consistió en una adaptación de los manuales SUPRE (Programa en prevención de suicidio)⁹, QPR (Programa de entrenamiento en prevención de suicidio)¹⁰ y la validación como estrategia que mejora la comunicación basada en la terapia conductual dialéctica¹¹. Ésta fue supervisada por dos médicos psiquiatras, Francisco Bustamante y Jorge Gaete, para incorporar elementos de la cultura chilena y cumplir con los objetivos específicos del estudio.

Contenidos de la capacitación

En primer lugar, se expuso sobre los aspectos generales de las conductas suicidas, refiriéndose a sus dimensiones a nivel mundial y nacional, la definición de ésta y el espectro suicida, junto a los mitos al respecto.

En segundo lugar, cómo identificar a adolescentes en riesgo, evaluando factores tanto protectores como de riesgo, factores desencadenantes y principales rasgos de personalidad de estos jóvenes.

El tercer contenido abarcó el manejo de estos jóvenes en el colegio. Se entregaron estrategias concretas a los profesores para comunicarse eficazmente con los adolescentes haciendo énfasis en la validación como herramienta que mejora las relaciones interpersonales y aumenta la receptividad en el otro.

El último contenido consistió en la entrega de un protocolo de acción ante una conducta suicida en el establecimiento.

Variables estudiadas

- Variables sociodemográficas de los profesores: sexo y años de ejercicio de la profesión.
- Experiencia con jóvenes en riesgo suicida. Se realizó un cuestionario antes de la intervención para conocer sus experiencias previas. En la versión posintervención se eliminan estas preguntas ya que no se espera un cambio en sus respuestas.
- Escala de conocimiento de los profesores. Incluyó 6 ítems sobre conocimientos y prevención de riesgo suicida en jóvenes, donde debían responder: correcto, incorrecto o inseguro.
- Autopercepción de competencias, actitudes y creencias. Consistió en 16 ítems donde debían contestar qué tan de acuerdo estaban con la afirmación, marcando entre 0% nada de acuerdo y 100% totalmente de acuerdo, para evaluar percepción de sus competencias.

Estas variables fueron evaluadas mediante el cuestionario Frameworks¹² para la prevención de suicidio juvenil, el cual se sometió a un proceso de *back-translation* para aplicarlo en el estudio en nuestro país.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo para comparar las respuestas antes y después de la intervención. La variable independiente estudiada fue la capacitación en prevención de suicidio en adolescentes

dirigida a profesores, y la variable dependiente los niveles de conocimiento en suicidalidad y competencias para identificar, persuadir y derivar adolescentes en riesgo suicida, de acuerdo a puntajes obtenidos en las escalas respectivas.

Para medir los cambios en el conocimiento y percepción de competencias sobre suicidalidad antes y después de la capacitación, se realizó la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon. El análisis estadístico se realizó con el software Stata 12.0¹³.

Resultados

De un total de 27 profesores que decidieron participar del estudio, el 56% fueron mujeres y el 44% hombres. El 70% tenía 10 años o más de experiencia como docente en general. El 48% tenía 10 años o más de experiencia como docente en ese colegio. Un 26,92% (aproximadamente 1 de cada 4 profesores) ha tenido alguna experiencia relacionada al riesgo suicida en jóvenes.

Evaluación de conocimientos sobre suicidalidad

En la evaluación previa a la intervención 25 profesores contestaron la escala de conocimientos y en la post evaluación 26 profesores contestaron esta escala. No se observaron cambios significativos, pero se observó que en la primera evaluación la mayoría contestó “inseguro” a mayor parte de los ítems. El ítem en que la mayoría de los profesores respondió correctamente fue acerca de no mantener la confidencialidad cuando se toma conocimiento de estas conductas. Todas las respuestas se encuentran en la Tabla 1.

Evaluación de la autopercepción de competencias por parte de los profesores

Se comparó la diferencia de las medias en las respuestas antes y después de la intervención (Tabla 2). De los 16 ítems evaluados, 6 de ellos arrojaron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$), evidenciando un cambio positivo (aumento de competencias). Estos fueron:

Tabla 1. Respuestas escala de conocimientos sobre suicidio

Pregunta	Respuesta	Pre-test n (%)	Post-test n (%)
El suicidio es la segunda principal causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 24 años (Correcto)	Correcto	10 (37)	13 (48)
	Incorrecto	2 (7)	1 (4)
	Inseguro	13 (48)	12 (44)
Es más probable para los adolescentes hombres intentar suicidarse que para las adolescentes mujeres (Incorrecto)	Correcto	4 (15)	5 (19)
	Incorrecto	5 (19)	7 (26)
	Inseguro	16 (59)	14 (52)
Es más probable para las adolescentes mujeres morir por suicidio que para los adolescentes hombres (Incorrecto)	Correcto	4 (15)	3 (11)
	Incorrecto	5 (19)	9 (33)
	Inseguro	16 (59)	14 (52)
Las armas de fuego son el método más frecuentemente usado por jóvenes suicidas (Incorrecto)	Correcto	0 (0)	2 (7)
	Incorrecto	14 (52)	17 (63)
	Inseguro	11 (41)	7 (26)
Es frecuente que los jóvenes que intentan suicidarse comuniquen sus planes previamente (Correcto)	Correcto	14 (52)	17 (63)
	Incorrecto	2 (7)	4 (15)
	Inseguro	9 (33)	5 (19)
Si un joven te confía sus pensamientos de suicidio usted está obligado por la confidencialidad a obtener la información en privado (Incorrecto)	Correcto	1 (4)	1 (4)
	Incorrecto	21 (78)	25 (93)
	Inseguro	3 (11)	0 (0)

Tabla 2. Comparación de medias de las respuestas sobre percepción de competencias

Pregunta	M pre-test	M post-test	Valor p
1. El suicidio juvenil se puede prevenir	7,91	8,45	0,1790
2. El cuidado de la salud mental es útil para los jóvenes que podrían estar pensando, amenazando o que hayan intentado suicidarse	8,84	9,53	0,1697
3. Preguntarle a alguien acerca de sus sentimientos, y considerando que estos son suicidas, podría animar o estimular a que actúe esos sentimientos	6,90	3,04	0,3272
4. No estoy seguro si sabría qué hacer si estuviera enfrente a un joven que yo creo que está pensando en el suicidio	6,11	4,88	0,1381
5. Si una persona realmente intenta suicidarse, es muy poco lo que alguien podría hacer	3,74	2,39	0,1549
6. Si yo llegara a saber que un joven ha estado pensando en el suicidio, amenazando o ha intentado suicidarse, yo sentiría que tengo la responsabilidad de hacer algo para ayudarlo	9,15	8,38	0,0516**
7. Me sentiría confiado en mi habilidad de responder efectivamente a las amenazas o intentos de suicidio de un joven	3,8	5,32	0,0214*
8. Creo que tengo el adecuado conocimiento y entrenamiento para ayudar a jóvenes que puedan estar pensando o amenazando o que hayan intentado suicidarse	1,57	4,30	0,0001*
9. Me sentiría cómodo respondiendo a un joven que podría estar pensando sobre suicidio, amenazando o que haya intentado suicidarse	3,50	4,73	0,0389*
10. Tengo un buen conocimiento de los recursos disponibles en mi comunidad que puedan ayudar a jóvenes que puedan estar pensando en ello, amenazando o que hayan intentado suicidarse	1,85	4,15	0,0001*
11. La prevención del suicidio juvenil es la prioridad para mi comunidad	2,28	4,36	0,0053*
12. Yo llevaría a mi hijo(a) a un control de salud mental si él o ella experimentaran depresión	9,54	9,16	0,9634
13. La mayoría de las personas no necesitan ayuda profesional de sus problemas de salud mental a menos que estén muy mal	1,48	2,16	0,4274
14. Lo mejor es dejar a la gente sola para enfrentarse con el suicidio de un amigo o una persona cercana en vez de hablar con ellos sobre el tema	1,23	1,62	0,6622
15. Sentirse depresivo no es tan terrible, y sin duda, no es de tal magnitud como para ver a un consejero, un psiquiatra o algún otro proveedor de ayuda	1,92	1,92	0,4290
16. Una persona debería trabajar en sus propios problemas emocionales, el pedir algún tipo de ayuda en salud mental debería ser el último recurso	2,73	0,36	0,0002*

*p < 0,05. **Al límite de la significación estadística.

Me sentiría confiado en mi habilidad de responder efectivamente a las amenazas o intentos de suicidio de un joven (p = 0,0389).

Creo que tengo el adecuado conocimiento y entrenamiento para ayudar a jóvenes que pueden estar pensando o amenazando o que hayan intentado suicidarse (p = 0,0001).

Me sentiría cómodo respondiendo a un joven que podría estar pensando sobre suicidio, amenazando o que haya intentado suicidarse (p = 0,0389).

Tengo un buen conocimiento de los recursos disponibles en mi comunidad que pueden ayudar a jóvenes que puedan estar pensando en ello,

amenazando o que hayan intentado suicidarse ($p = 0,0001$).

La prevención del suicidio juvenil es prioridad para mi comunidad ($p = 0,0053$).

Una persona debería trabajar en sus propios problemas emocionales, el pedir algún tipo de ayuda en salud mental debería ser el último recurso ($p = 0,0002$).

No obstante, hubo 1 cambio negativo (disminución de competencias), aunque no estadísticamente significativo, en el ítem sobre “Si yo llegara a saber que un joven ha estado pensando en el suicidio, amenazando o ha intentado suicidarse, yo sentiría que tengo la responsabilidad de hacer algo para ayudarlo” ($p = 0,0516$), el cual disminuyó de un 70 a un 42% después de la capacitación.

Discusión

Éste es el primer estudio en Chile que evalúa un modelo de capacitación a profesores en prevención de conductas suicidas a adolescentes, y evalúa los efectos en la percepción de los profesores sobre sus competencias para detectar, persuadir y derivar alumnos en riesgo suicida.

En la evaluación de los conocimientos sobre suicidalidad se observó que en la primera evaluación la mayoría contestó “inseguro” a mayor parte de los ítems, dando cuenta de un desconocimiento y no de creencias erradas respecto a las conductas suicidas en adolescentes. Sin embargo, no se observaron cambios significativos después de la intervención. El ítem en que la mayoría respondió correctamente fue acerca de mantener la confidencialidad cuando se sabe de estas conductas, lo que se puede explicar como que la mayoría de los profesores conocen cuándo romper las reglas de confidencialidad en salud mental y están conscientes de que los jóvenes en esas situaciones requieren de ayuda urgente.

Si bien en la mayoría de los ítems de autopercepción de competencias no hubo cambios, en 6 de ellos hubo un aumento significativo y en 1 una disminución. Respecto a este último ítem que dice “Si yo llegara a saber que un joven ha

estado pensando en el suicidio, amenazando o ha intentado suicidarse, yo sentiría que tengo la responsabilidad de hacer algo para ayudarlo” se encontró una diferencia, que si bien no es estadísticamente significativa ($p = 0,0516$), es importante considerar la causa de este cambio. El resultado de éste podría tener al menos tres explicaciones. Primero, que hubo una falta de manejo en el colegio previo a la intervención, donde se les explicara a los profesores la importancia de que ellos reciban este tipo de capacitación de modo de poder generar un mayor compromiso. Segundo, que el suicidio pareciera seguir siendo percibido como algo lejano a su realidad (dado que bastantes no han tenido experiencias con jóvenes en riesgo suicida lo que implica una falta de involucramiento emocional con el tema) factor importante para adquirir un sentido de responsabilidad en la prevención de éstas conductas, tal como lo plantean las teorías cognitivas y conductuales del aprendizaje¹⁴. Y tercero, basándonos en los experimentos de la psicología social sobre los efectos del espectador que plantea que cuando hay varias personas frente a una emergencia, como es el caso de los profesores que recibieron esta capacitación, la tendencia es a esperar que otro actúe¹⁵.

A nivel internacional, se han realizado diversas estrategias de prevención de conductas suicidas en adolescentes, aunque con objetivos e intervenciones distintas al de este estudio. En éste se pretende evaluar el efecto de la percepción de los profesores sobre sus competencias para detectar, persuadir y derivar alumnos en riesgo, y no directamente disminuir las tasas de suicidio como en los estudios internacionales.

En Estados Unidos, el estudio Frameworks¹², demostró que el entrenamiento en prevención de suicidio realizado a nivel de profesores, trabajadores de la salud y estudiantes aumenta la percepción de la importancia de cuidar la salud mental en adolescentes suicidas. Además, aumenta la preparación de los adultos para ayudarlos y el sentido de responsabilidad de los jóvenes para ayudar a sus compañeros en riesgo, disminuyendo así las tasas de suicidio luego del entrenamiento.

Otros estudios que han demostrado disminuir

las conductas suicidas incluyen una capacitación a determinados *gatekeepers*¹⁶, profesores o escolares entrenados para reconocer y referir a alguien en riesgo de suicidio. Además, de intervenciones que incluyen métodos de *screening* para pesquisar a alumnos en riesgo de suicidio, como los programas “*Care, Assess, Respond, Empower*” (CARE)¹⁷, *Saving and Empowering Young Lives* (SEYLE)¹⁸ y *Signs of suicide* (S.O.S.)¹⁹. Otros han logrado mejorar percepción de la relación profesor-alumno desde la perspectiva de los estudiantes, como el programa *Sources of Strength*²⁰ y *Surviving the Teens*²¹, aumentando la sensación de apoyo y comodidad al momento de discutir sus problemas. Sin embargo, todos estos estudios han incorporado más de una sola intervención, como psicoeducación a adolescentes, entrenamiento a *gatekeepers* y *screenings* para la detección del riesgo suicida y/o han sido aplicados a distintos niveles o miembros de la comunidad, como profesores, apoderados, alumnos e incluso el personal de salud. De esta forma, logran disminuir los factores de riesgo y números de intentos suicidas hasta meses después de la intervención, según cada estudio. En cambio, el presente estudio en particular incorporó solo una intervención y a un nivel, la psicoeducación a profesores a través de una capacitación. Por lo tanto, esta estrategia podría explicar la diferencia en los resultados.

De esta manera, este estudio despierta la necesidad de conocer más el tema en el ámbito escolar y fortalecer a los profesores respecto a las competencias que pueden adquirir para prevenir conductas suicidas en adolescentes. Además, contribuye a tener un plan de acción cuando ocurre este tipo de conductas en el colegio y no ocultar la situación o manejarlo de forma espontánea, ya que un manejo poco efectivo puede traer consecuencias más negativas para los alumnos y toda la comunidad escolar.

Las limitaciones del estudio tienen relación con la fidelidad de la intervención, ya que se trata de un estudio descriptivo cuasiexperimental, por lo que no se puede probar que los cambios encontrados entre una evaluación y otra se deban precisamente a la intervención. Además, el grupo que se estudió fue una muestra no aleatoria y de tamaño reducido, por lo que no se pueden generalizar los resultados. Se suma a esto la dificultad en encontrar un colegio que estuviera dispuesto a participar, flexibilizando la intervención de acuerdo a los tiempos y necesidades de la institución, sin comprometer la intervención misma. Por último, debido a que el suicidio es una conducta entendida multifactorialmente, la intervención estudiada a un nivel, a pesar de evidenciar cambios positivos en las capacidades de prevención de conductas suicidas, se hace insuficiente para lograr un cambio en la población adolescente cuantificable. Por lo tanto, se hace necesario en investigaciones futuras incorporar más intervenciones, y a distintos niveles.

Conclusiones

Se puede observar que, la capacitación estudiada, que entrega conocimientos sobre suicidalidad en adolescentes y estrategias para identificar, persuadir y derivar a adolescentes con conductas de riesgo, produce cambios significativos en algunos aspectos, sin embargo, no permite establecer una tendencia al cambio. Por lo tanto, se hace necesario seguir mejorando el modelo de capacitación y contar con otros estudios, incluyendo todos los factores posibles que influyen en el aprendizaje de nuevas conductas y mejorar el diseño de investigación reduciendo al máximo posible las limitaciones.

Resumen

Introducción: El suicidio es la segunda causa mundial de mortalidad en personas de 15 a 29 años, por ende, su prevención es fundamental. En Chile no existen programas implementados en colegios para capacitar a profesores en la prevención de estas conductas. Se diseñó una capacitación orientada a profesores para conocer si esta estrategia es efectiva en mejorar la autopercepción de competencias al enfrentarse a estas situaciones. **Método:** Diseño cuantitativo cuasi experimental de series cronológicas. Se realizó un cuestionario a 27 profesores de un colegio de San Felipe, Chile, antes y después de 3 meses de la intervención. Se evaluaron sus experiencias, conocimientos y competencias sobre prevención de conductas suicidas. **Resultados:** No hubo diferencias significativas en la evaluación de conocimientos. Sin embargo, hubo un cambio significativo ($p < 0,05$) en la autopercepción de competencias en 6 aspectos. Aumentó la confianza y sensación de comodidad para responder a estos jóvenes, la percepción de que el suicidio juvenil es prioridad y requiere de ayuda especializada, sensación de contar con más herramientas y conocimientos de los recursos de su comunidad. No obstante, la sensación de responsabilidad en el manejo de estos adolescentes tuvo un cambio negativo. **Conclusiones:** La capacitación estudiada que entrega conocimientos y estrategias sobre suicidalidad en adolescentes, a profesores, produce cambios significativos en la autopercepción de competencias, pero no permite establecer una tendencia al cambio. Se hace necesario contar con otros estudios.

Palabras clave: Prevención, suicidio, adolescente, autopercepción, profesores.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio: un instrumento en el trabajo. [Internet]. 2010 [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf?ua=1.
2. Barroilhet S, Fritsch R, Guajardo V, Martínez V, Vöhringer P, Araya R, et al. Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Rev Med Chile* 2012; 140 (7): 873-81.
3. Mathers CD, Boerma T, Ma Fat D. Global and regional causes of death. *Br Med Bull* 2009; 92 (1): 7-32.
4. Organización Mundial de la Salud. Depresión. OMS. Centro de Prensa [Internet]. 2017 [citado el 18 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
5. Almonte VC. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago: Mediterráneo; 2012.
6. Ministerio de Salud. Programa nacional de prevención del suicidio: orientaciones para su implementación. [Internet]. 2013 [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf.
7. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 años y más. Series Guías Clínicas. [Internet]. 2013 [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>.
8. Bustamante VF, Florenzano UR. Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2013; 51 (2): 126-36.
9. Organización Mundial de la Salud. SUPRE Prevención del suicidio [Internet]. 2001 [citado el 20 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/
10. Quinnett P. QPR: Certified QPR gatekeeper ins-

- structors training manual. Spokane, WA: The QPR Institute. 1995.
11. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993. 558 p. (Diagnosis and treatment of mental disorders).
 12. Baber K, Bean G. Frameworks: a community-based approach to preventing youth suicide. *J Community Psychol* 2009; 37 (6): 684-96.
 13. StataCorp LP. Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorp LP. 2011.
 14. Jadue JG. Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estud Pedagógicos* 2002; 28: 193-204.
 15. Latané B, Darley JM. Group inhibition of bystander intervention in emergencies. *J Pers Soc Psychol* 1968; 10 (3): 215-21.
 16. 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.
 17. NREPP. CARE (Care, Assess, Respond, Empower) [Internet]. Available from: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=6>.
 18. 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* [Internet]. diciembre de 2010 [citado el 20 de diciembre de 2016]; 10 (1). Disponible en: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-192>.
 19. Screening for Mental Health. Signs of Suicide (SOS) [Internet]. Available from: <http://www.mentalhealthscreening.org/programs/youth-prevention-programs/sos/>.
 20. 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* septiembre de 2010; 100 (9): 1653-61.
 21. 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 (9): 581-90.

Correspondencia:

Carolina Barrueto Osses.

Las Tranqueras 269, Las Condes.

Santiago, Chile.

Código postal: 7560272.

Cel. +569-54013288

E-mail: cabarrueto@gmail.com