

Prevención, detección temprana y posvención del riesgo de suicidio: una revisión narrativa

Prevention, early detection and postvention of suicide risk: a narrative review

María Florencia Grande Ratti¹, Sebastián Malleza², Fernando Carlos Bertolani³, José Luis Faccioli⁴, Lucia Valdez D´stefano⁵, Bernardo Julio Martínez⁶, León Daniel Matusевич⁷

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i166.726>

Resumen

El suicidio representa un desafío crítico de salud pública. La presente revisión narrativa se propuso actualizar la evidencia disponible sobre detección y prevención del riesgo, con la finalidad de promover líneas de acción para el abordaje temprano e integral de este complejo y multicausal problema; evaluar la posibilidad de fortalecer políticas, programas y acciones para potenciar los recursos existentes y/o promover la creación de otros nuevos. La prevención destaca la necesidad de estrategias personalizadas y colaboración interdisciplinaria. La detección temprana implica la identificación de perfiles de riesgo, especialmente en quienes han intentado varias veces, que puede guiar intervenciones más efectivas. Capacitar a profesionales de la salud es crucial para detectar y abordar el riesgo. El uso de tecnologías web, coproducción en prevención, atención telefónica y contacto breve son estrategias prometedoras. Los servicios de urgencia y el seguimiento ambulatorio resultan imprescindibles tras la consulta en las centrales de emergencias. Las acciones de posvención contribuyen a la reducción de daños y a la mitigación de impactos negativos en los supervivientes.

Palabras claves: suicidio, prevención del suicidio, intento de suicidio, suicidio completo, Argentina

Abstract

Suicide represents a critical public health challenge. The present narrative review aimed to update the available evidence on risk detection and prevention, to promote lines of action for the early and comprehensive approach to this complex and multi-causal problem; evaluate the possibility of strengthening policies, programs, and actions to enhance existing resources and promote the creation of new ones. Prevention highlights the need for personalized strategies and interdisciplinary collaboration. Early detection involves identifying risk profiles, especially in those who have tried multiple times, which can guide more effective interventions. Training health professionals is crucial to detect and address risk. Using web technologies, co-production in prevention, telephone support and brief contact are promising strategies.

RECIBIDO 4/2/2024 - ACEPTADO 9/4/2024

¹Médica, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Investigadora CONICET. Central de Emergencias de Adultos, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-8622-8230>

²Médico, especialista en Psiquiatría. Sección de Investigación, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0002-1480-8743>

³Médico, especialista en Psiquiatría. Jefe de Internación de Psiquiatría, Coordinador de Emergencias de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0007-9641-0870>

⁴Médico, especialista en Psiquiatría. Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0001-6848-8047>

⁵Médica, especialista en Psiquiatría. Sección de Investigación, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0007-0510-780X>

⁶Médico, especialista en Medicina Interna. Jefe de Central de Emergencias de Adultos, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0002-0270-6520>

⁷Médico, especialista en Psiquiatría. Editor Jefe, Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-3354-6611>

Autora correspondiente:

María Florencia Grande Ratti

maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

Institución en la que se realizó la investigación: Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.



Emergency services and outpatient follow-up are essential after consultation at emergency centers. Postvention actions contribute to harm reduction and mitigation of negative impacts on survivors.

Keywords: *suicide, suicide prevention, suicide, attempted suicide, completed suicide, Argentina*

Introducción

El crecimiento sostenido de las muertes por suicidio plantea a la Salud Pública uno de sus desafíos más importantes (Favril et al., 2023). Cada año alrededor de 800.000 personas se suicidan en el mundo, constituyendo el 1,5 % de las muertes a nivel global. En 2019, el suicidio fue la causa más frecuente de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años (Naghavi et al., 2019).

Las estadísticas revelan un aumento en las tasas de suicidio, fenómeno que podría estar asociado al deterioro en la salud mental -por mayores prevalencia de depresión y ansiedad-, especialmente luego de la pandemia de COVID-19 (Kupcova et al., 2023). En particular, se observa un incremento preocupante entre los jóvenes, aunque varios estudios observacionales investigaron en poblaciones de personas con edad avanzada (Beghi et al., 2021); lo que subraya la necesidad apremiante de abordar la interconexión entre la salud mental y las tasas de suicidio.

Por cada suicidio, se calculan aproximadamente 20 tentativas, alcanzando entonces 16 millones de intentos por año; por otra parte 160 millones de pacientes presentan ideación suicida (Organization & Others, 2014). Se estima que el suicidio se convertirá en uno de los mayores contribuyentes a la carga mundial de morbilidad en las próximas dos décadas (Mathers & Loncar, 2006).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada año más de 703.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos (Organización Panamericana de Salud, 2023). El tercer informe regional de OPS sobre la mortalidad por suicidio de marzo 2021, indicó que esta problemática sigue siendo una prioridad en todo el continente debido a que notificaron un promedio de 98.000 muertes por suicidio al año entre 2015 y 2019, representando la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años (Organización Panamericana de Salud, 2023). La asfixia, las armas de fuego, la intoxicación con drogas y alcohol, y el envenenamiento con plaguicidas y productos químicos son los cuatro métodos más utilizados, representando el 91 % de los casos (Organización Panamericana de Salud, 2023).

La meta 3,4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas se propone reducir en un tercio la mortalidad prematura para el año 2030. Por ende, el Plan Estratégico 2020-2025 de la OPS incluyó al suicidio como indicador para evaluar en la región. En consonancia con esta meta, la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos del Ministerio de la Salud de la Nación Argentina, en el marco de la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (Abordaje integral de la problemática del suicidio, 2018) y la implementación de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio (Boletín oficial de la República Argentina, Decreto 603/2021), desarrolló el Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio. El mismo, tiene como propósito promover líneas de acción para el tratamiento integrado de esta problemática multicausal y compleja, operando a la vez como núcleo articulador del trabajo con otros actores en los distintos niveles (ej. Inter ministerial e inter jurisdiccional), fortaleciendo políticas y programas.

A tales efectos, el presente trabajo se propuso describir, analizar y reflexionar acerca de los registros epidemiológicos, la lógica asistencial y las acciones posibles sobre la detección y la prevención del riesgo de suicidio.

Materiales y métodos

Revisión narrativa (no sistemática), que se basa en un enfoque cualitativo y descriptivo para sintetizar la evidencia actual disponible (Saracci et al., 2019). Se utilizó PubMed como fuente de datos, con la siguiente estrategia de búsqueda: ("Suicide"[Mesh]) OR "Suicidal Ideation"[Mesh], y algunas restricciones (Filters applied: Meta-Analysis, Systematic Review, in the last 1 year). Se reconocen limitaciones en la disponibilidad de datos y los potenciales sesgos (de información y selección) que pueden afectar la síntesis de evidencia con los hallazgos resultantes.

La elección de abordar la temática se justifica por la magnitud del problema a nivel global, como se evidencia en las estadísticas anteriormente mencionadas,

con un impacto significativo en la salud pública a nivel mundial. La creciente prevalencia de las conductas suicidas y la complejidad de sus determinantes, indudablemente demandan una revisión exhaustiva de la evidencia disponible para reflexionar y reorientar las políticas de prevención y los programas de intervención de nuestra práctica asistencial.

La opción específica de esta metodología -revisión narrativa en español- responde a la necesidad de contextualizar la información en el ámbito local e hispanoparlante, considerando las particularidades culturales y socioeconómicas que pueden influir en las tasas de suicidio, las necesidades específicas y peculiares de una población, y en las estrategias de prevención a implementar.

Es un paso fundamental para comenzar a construir una matriz disciplinar suicidológica regional, proporcionando así la base conceptual necesaria para implementar acciones. En este tipo de estudio, se explora la información disponible de manera integral y descriptiva, considerando no sólo los aspectos cuantitativos sino también los cualitativos, enriqueciendo así la comprensión holística de las problemáticas en cuestión (Gregory & Denniss, 2018).

Dada la complejidad del suicidio y sus implicancias multidimensionales, la presente revisión se considera una valiosa herramienta para construir una base sólida que respalde y justifique acciones en la prevención y el abordaje del suicidio a nivel local.

Resultados

Epidemiología: datos nacionales y regionales

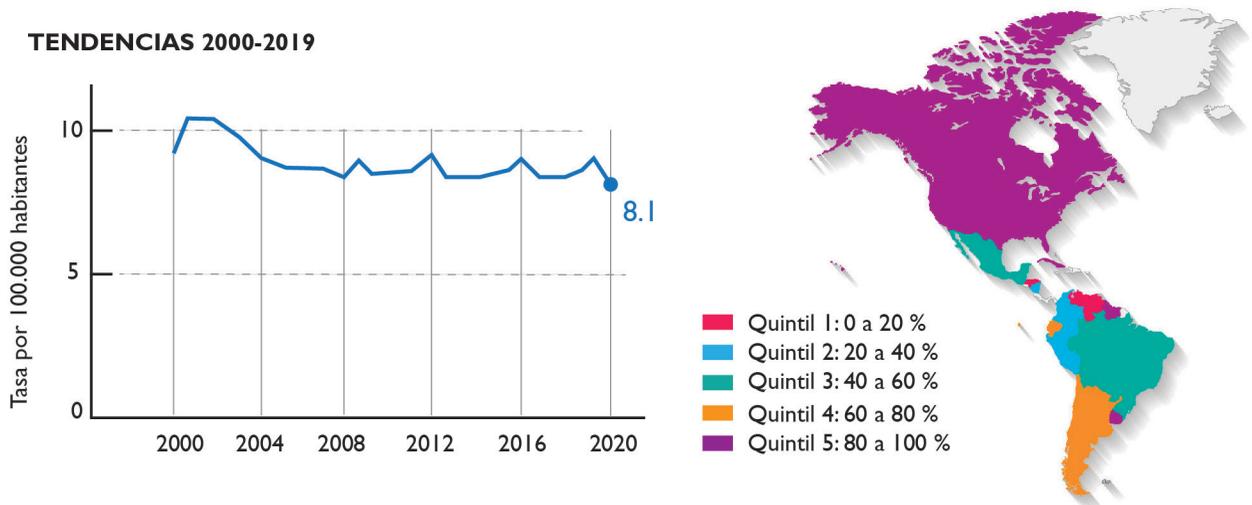
Un estudio observacional retrospectivo sobre la mortalidad por lesiones autoinfligidas identificó 19.287 casos en la provincia de Buenos Aires durante el período 2001-2017, con un acumulado de 7,36 por 100 mil personas (Barrio et al., 2021).

En 2019, las autolesiones representaron 8,10 (IC95 % 6,47-10,05) muertes por cada 100.000 habitantes en Argentina (Pan American Health Organization, 2021). Este nivel de carga de enfermedad ubica a nuestro país en el quintil 4 (60 a 80 %) en la Región de las Américas (ver Figura 1).

Factores predisponentes y perfil suicida de alto riesgo

A nivel nacional, la distribución geográfica y los factores sociodemográficos también han sido objeto de estudio, especialmente durante los períodos 1999-2003 y 2008-2012 (Leveau & Alazraqui, 2020). Los resultados apoyan la hipótesis de la fragmentación social como fenómeno asociado al riesgo de suicidio (Leveau et al., 2021). Estos hallazgos sugieren que las políticas de prevención podrían beneficiarse al centrarse en medidas que promuevan la integración social y la cohesión, particularmente en las zonas rurales. La conexión entre factores sociales y el riesgo de suicidio destaca la necesidad de intervenciones que aborden no sólo los aspectos clínicos, sino también los determinantes so-

Figura 1. Estimaciones de la mortalidad por suicidio y medidas de la carga de suicidios en la Región de las Américas, desde 2000 hasta 2019 (Pan American Health Organization, 2021).



ciales que influyen en la salud mental de las personas.

La literatura también señala diferencias significativas entre individuos que han realizado un único intento suicida, de aquellos que han realizado múltiples intentos. El estudio de Abascal y col. plantea que factores como antecedentes de trastornos del estado de ánimo, episodios psicóticos, trastornos de la personalidad o de uso/abuso de sustancias, así como puntuaciones más altas en ideación suicida e intención suicida, caracterizan a aquellos con múltiples intentos (Abascal-Peiró et al., 2023). Las experiencias traumáticas infantiles, los acontecimientos vitales estresantes y las tasas más altas de desesperanza fueron estadísticamente significativas en los intentos múltiples (Abascal-Peiró et al., 2023).

Se han encontrado asociaciones entre varios factores de riesgo y el mayor riesgo de suicidio. Algunos están presentes en todos los estudios (ej: antecedentes psiquiátricos anteriores o número de admisiones psiquiátricas, síntomas depresivos) y otros son más controvertidos (Barbeito et al., 2021). Este conjunto de factores predisponentes, cuidadosamente examinados, contribuyen a la construcción de un perfil suicida de alto riesgo. Estas conclusiones tienen implicancias críticas, tanto en el ámbito clínico como en el propio diseño de estrategias preventivas. La identificación temprana de estos indicadores específicos podría permitir intervenciones más dirigidas y personalizadas, abordando no sólo los aspectos clínicos inmediatos sino también los determinantes subyacentes que perpetúan la vulnerabilidad social.

Prevención

El 7,6 % de la población adolescente y 7,7 % de la población adulta pensó alguna vez en suicidarse, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México en 2022 (Valdez-Santiago et al., 2023). Estos hallazgos subrayan la necesidad de priorizar la prevención del suicidio en dicho contexto.

Edwin S. Shneidman fue pionero en el campo de la prevención del suicidio, además de un prolífico pensador y escritor de este tópico, y supo mantenerse a la vanguardia en sus estudios, investigaciones y reflexiones durante más de 50 años (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010). En su momento, supo ver al suicidio como una crisis psicológica y consideró que más que una enfermedad mental (porque solamente el 15 % de los suicidas eran psicóticos), el fuerte dolor psicológico resultaba ser el mayor común denominador del comportamiento suicida. Con sus propias palabras definió al suicidio como “el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar plu-

ridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (E. Shneidman, 2014). Fue entonces que, junto con sus colaboradores -Norman Farberow y Robert Litman- establecieron el primer Centro de Prevención del Suicidio en el año 1958 en la ciudad de Los Ángeles (E. S. Shneidman & Farberow, 1965). Desde entonces, sin duda se ha pasado de pensar al suicidio como “evento médico” a ser considerado el resultado de la interacción de diversos elementos que actúan de manera conjunta, como factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales, económicos e históricos/familiares, entre otros.

Actualmente, la prevención del suicidio se ha consolidado como una prioridad sanitaria a nivel internacional (Abbott-Smith et al., 2023). En este contexto, se reconoce la urgencia de adoptar enfoques que sean efectivos y respaldados por la evidencia (Abbott-Smith et al., 2023).

La creciente comprensión de la diversidad de perfiles suicidas y la influencia de factores individuales y contextuales requiere estrategias adaptables y centradas en la persona. El abandono de los enfoques unidimensionales implica la necesidad de considerar las particularidades de cada individuo, reconociendo que las intervenciones efectivas pueden variar según la edad, el género, el cuadro clínico y otros factores específicos. En consecuencia, el aumento consistente de las tasas de suicidio en Occidente plantea un gran desafío a las políticas de prevención, que actualmente están migrando de un enfoque más general, basado en estrategias de “talla única”, a otro más personalizado, centrado en las personas y en sus necesidades específicas (Niculescu et al., 2017).

Esta transición se ha vuelto imperativa para abordar la complejidad de los factores que contribuyen al riesgo suicida. Se argumenta que el cambio hacia enfoques personalizados “a medida” no sólo aumenta la efectividad de las intervenciones, sino que también fomenta un trabajo colaborativo, creando servicios más específicos contextualmente, promoviendo el compromiso y cerrando la brecha traslacional entre la producción de evidencia de investigación y la implementación en el mundo real (Hanlon et al., 2023).

Mitigar los factores de riesgo para reducir los medios de suicidio y potenciar los factores de protección para fomentar la resiliencia, podrían reducir de manera eficaz las tasas de suicidio. Sin embargo, este método colectivo implica reconocer que no es responsabilidad exclusiva de un sólo grupo de personas (ej: profesionales especialistas en salud mental), sino que el desarrollo

de estrategias efectivas requiere de la colaboración activa de múltiples actores que intervengan en el codiseño, la cocreación y la coproducción de medidas.

Se jerarquiza entonces un enfoque interdisciplinario y colaborativo, que involucra a las diversas partes interesadas, como las personas con experiencia en salud mental, pero también otros profesionales de la salud, familiares, organizaciones comunitarias y autoridades gubernamentales. Como resultado, surgen diferentes actividades e intervenciones comunitarias de prevención del suicidio, que exigen diferentes niveles de participación, responsabilidad y recursos dentro de la toma de decisiones compartida, que se enmarcan bajo el paraguas de la coproducción anteriormente mencionada. Al formalizar una planificación de seguridad personalizada con las personas, se posibilita entonces el reconocimiento de desencadenantes únicos y el desarrollo de estrategias individuales para afrontarlos o mitigarlos.

Nueve estudios que formaron parte de una revisión sistemática permitieron identificar las barreras y los facilitadores que enfrentan los médicos de cabecera y los adultos jóvenes al plantear y abordar el suicidio en las consultas médicas (Osborne et al., 2023). Los pacientes manifestaron el deseo de que los médicos de cabecera inicien la conversación sobre el suicidio; mientras que los médicos relataron carecer de la confianza y las habilidades para evaluar el riesgo de suicidio (Osborne et al., 2023). Evidentemente, la formación de los médicos de cabecera necesita un enfoque considerable para abordar las deficiencias y mejorar la confianza, por lo que pruebas de detección del riesgo de suicidio en la atención primaria debería ser una prioridad.

Otra revisión reciente que incluyó 34 reportes y 3 cohortes, identificó 184 casos de personas adultas que realizaron intentos de suicidio no mortales con apuñalamiento autoinfligido (Oden et al., 2023). La mayoría (66 %) fueron hombres de edad media, con una media de 47 años. Los diagnósticos psiquiátricos comúnmente informados incluyeron trastornos del estado de ánimo y trastornos del espectro de la esquizofrenia. El suicidio mediante cortes o perforaciones fue un método poco común y, a menudo, no letal; lo que permitió alertar tempranamente y llevar adelante intervenciones preventivas.

La depresión se considera un trastorno multidimensional, que conduce a un deterioro del funcionamiento interpersonal, académico, social y ocupacional. Los episodios depresivos no tratados pueden conducir al suicidio, que es la segunda causa de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes (Reangings et

al., 2023). Como los trastornos psiquiátricos son un importante factor de riesgo de suicidio, el tratamiento farmacológico y psicológico resultan de suma importancia para prevenir el suicidio (Sher & Oquendo, 2023). En este sentido, Roshan Sutar y col. postularon que, a pesar de la variabilidad cultural poblacional en todo el mundo, los esfuerzos internacionales para reducir los factores de riesgo deben priorizar la identificación temprana y el tratamiento de los trastornos del sueño, las enfermedades físicas, la ansiedad, los trastornos de la personalidad, y los trastornos mentales establecidos para reducir las tasas de suicidio (Sutar et al., 2023).

Los estudios epidemiológicos y observacionales resaltan la complejidad de este fenómeno, siendo la tendencia propuesta en los últimos años el pensar al proceso suicida como emergente de procesos dinámicos contextualizados y altamente específicos a nivel del individuo (Sewall & Wright, 2021).

Tamizaje y detección temprana

Aproximadamente la mitad de las personas que mueren por suicidio visitaron a su proveedor de atención primaria dentro del mes previo, en comparación con menos de 1 de cada 5 que contactó a un especialista en salud mental (Deweke & Bridges, 2018). Por lo tanto, la Atención Primaria de la Salud (APS) es indefectiblemente un entorno importante en donde se debería mejorar la identificación temprana y el tratamiento del riesgo de suicidio. Se espera que los médicos recopilen información sobre las características clínicas del paciente, formulen decisiones sobre el riesgo autoagresivo, y sean capaces de instaurar un plan de tratamiento y de seguimiento, con el fin último de asegurar la continuidad de los cuidados necesarios (Varela et al., 2019).

El tamizaje (o *screening* en inglés) del riesgo de suicidio ha demostrado ser preventivo al identificar individuos en riesgo que de otra manera no serían detectados, siempre y cuando se lo vincule con una referencia efectiva para evaluación y tratamiento, pero con resultados contradictorios (Mann et al., 2021). Por lo que, las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) sugieren que los prestadores de atención primaria examinen a los adolescentes y a los adultos para detectar depresión sólo cuando existan sistemas apropiados para garantizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados (O'Rourke et al., 2023).

El Cuestionario de Salud del Paciente PHQ-9 (ver Figura 2) es un instrumento ampliamente utilizado para diagnosticar y determinar la gravedad de la de-

Figura 2. Cuestionario PHQ-9, validado y disponible en español para Argentina

Durante las últimas dos semanas ¿con qué frecuencia tuvo molestias por cualquiera de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una "x")	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo o sentir que uno es un fracaso o que le ha fallado a su familia o a sí mismo	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, tales como leer el diario o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado más lentamente que otras personas lo notaron? O, por el contrario, ha estado más inquieto/a e intranquilo/a, moviéndose más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto/a, o de hacerse daño a sí mismo/a de alguna manera	0	1	2	3
Para codificación de la oficina	0	+	+	+
= Puntaje total:				
Si usted tuvo molestias por alguno de los problemas mencionados, ¿cuánta dificultad le causaron estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas?				

Ninguna dificultad
 Un poco de dificultad
 Mucha dificultad
 Extrema dificultad

Desarrollada por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B. Williams, Kurt Kroenke y colegas con una donación de Pfizer Inc. No es necesario ningún permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

Interpretación: la puntuación total se obtiene sumando la puntuación obtenida de cada respuesta. Las puntuaciones totales de 5, 10, 15 y 20 representan puntos de corte para depresión leve, moderada, moderadamente grave y grave, respectivamente. La pregunta 9 es una pregunta de detección única sobre el riesgo de suicidio; un paciente que responde 1 a 3 a esta pregunta requiere una evaluación adicional de detección de suicidio.

presión, que contiene nueve ítems y ha sido identificado como la herramienta de detección más confiable en el ámbito de la APS (Costantini et al., 2021).

Sin embargo, existen muchas herramientas alternativas para la detección del suicidio, y no se dispone de una única que resulte aplicable para todos los pacientes (O'Rourke et al., 2023). La utilización de otros instrumentos breves de detección, como el P4 (evaluando las 4P: intentos de suicidio previos, plan de suicidio, probabilidad de completar el suicidio y factores preventivos) o la Escala de Severidad de Suicidio de Columbia (C-SSRS, que evalúa la gravedad del comportamiento suicida previo y la ideación suicida actual), pueden mejorar el proceso de tamizaje (Dube et al., 2010; Posner et al., 2011). Mientras que la C-SSRS demostró predecir intentos de suicidio con un OR de 4,8 en adolescentes y adultos jóvenes después de una evaluación psiquiátrica de emergencia

(Horwitz et al., 2015); se ha planteado la posibilidad de mejorar la identificación de pacientes de mayor riesgo mediante una detección más compleja basada en registros médicos electrónicos (Mann et al., 2021; Obeid et al., 2020).

En lugar de un cribado universal, algunos expertos han sugerido un cribado dirigido únicamente a población vulnerable o grupos en riesgo (ej: personas mayores que viven solas, ambiente hogareño empobrecido, embarazo o post parto, dolor crónico, abuso de sustancias, entre otras condiciones clínicas) (O'Connor et al., 2023).

Intervenciones

La intervención de contacto breve (BCI del inglés *Brief Contact Intervention*) podría ser valiosa para prevenir un nuevo intento de suicidio (Azizi et al., 2023). Se trata de una estrategia de prevención del suicidio que

implica un breve contacto interpersonal con una persona que ha presentado indicadores de riesgo de suicidio o que ha tenido intentos previos (ej: un trabajador social u otro personal capacitado que ofrezca sostén emocional). Es una forma de intervención temprana que busca abordar las necesidades inmediatas de la persona en riesgo (ej: proporcionar apoyo inmediato y conectar a la persona con recursos y servicios que puedan ayudar en momentos de crisis como líneas telefónicas), pero fomenta la búsqueda de ayuda profesional a largo plazo (ej: servicios de salud mental, terapia o grupos de apoyo). Podría utilizarse dentro de las estrategias de prevención del suicidio como un componente de vigilancia de la salud mental, ya que requiere proveedores de atención médica de bajo costo y con poca educación para prevenir nuevos intentos de suicidio (Azizi et al., 2023).

Varios estudios informaron que el apoyo social puede ser un factor protector contra conductas relacionadas con el suicidio y tenía mucho potencial para prevenir el suicidio (Xiao Yet al., 2020). En el campo de la psicología, el apoyo social se refiere a la asistencia percibida y real que las personas pueden recibir de familiares, amigos y otras personas importantes cuando la necesitan (Thoits, 2011). Durante los últimos 30 años, diversos autores han investigado los mecanismos a través de los cuales las relaciones sociales y el apoyo social mejoran el bienestar físico y psicológico, tanto directamente como disminuyendo el estrés (Thoits, 1995). Los efectos del apoyo social se vieron reflejados en la reducción de la ideación suicida, los intentos de suicidio y la muerte por suicidio, particularmente en mujeres, con una menor magnitud del efecto en los hombres y los adolescentes (Hu et al., 2023).

La tecnología basada en sitios web o aplicaciones proporciona una opción para la prestación remota de intervenciones rápidas para la prevención del suicidio (Spanakis et al., 2021), pudiendo incluir una variedad de recursos destinados a brindar apoyo y ayudar a las personas en riesgo. Existen varias alternativas: líneas directas de ayuda (ej. chat en vivo con consejeros capacitados), recursos educativos (ej. consejos para lidiar con la depresión, la ansiedad u otros problemas de salud mental, así como orientación sobre cómo ayudar a amigos o familiares en riesgo), comunidades de apoyo (ej. foros o grupos donde las personas pueden compartir sus experiencias, conocer a otros que puedan estar pasando por situaciones similares y sentirse parte de una comunidad solidaria) (Junus et al., 2022). Cabe aclarar que existen hace muchísimo tiem-

po, pero no fueron valoradas lo suficiente hasta no hace tanto. Sin embargo, como con cualquier nuevo medio digital introducido en la práctica clínica para aumentar la prestación de servicios de atención sanitaria, los investigadores y los desarrolladores deben abordar las cuestiones de accesibilidad, aceptabilidad y usabilidad para evitar la exclusión digital. Caso contrario, también puede ampliar aún más las desigualdades en salud para los más vulnerables, incluidos aquellos de nivel socioeconómico bajo y los ancianos (Spanakis et al., 2021).

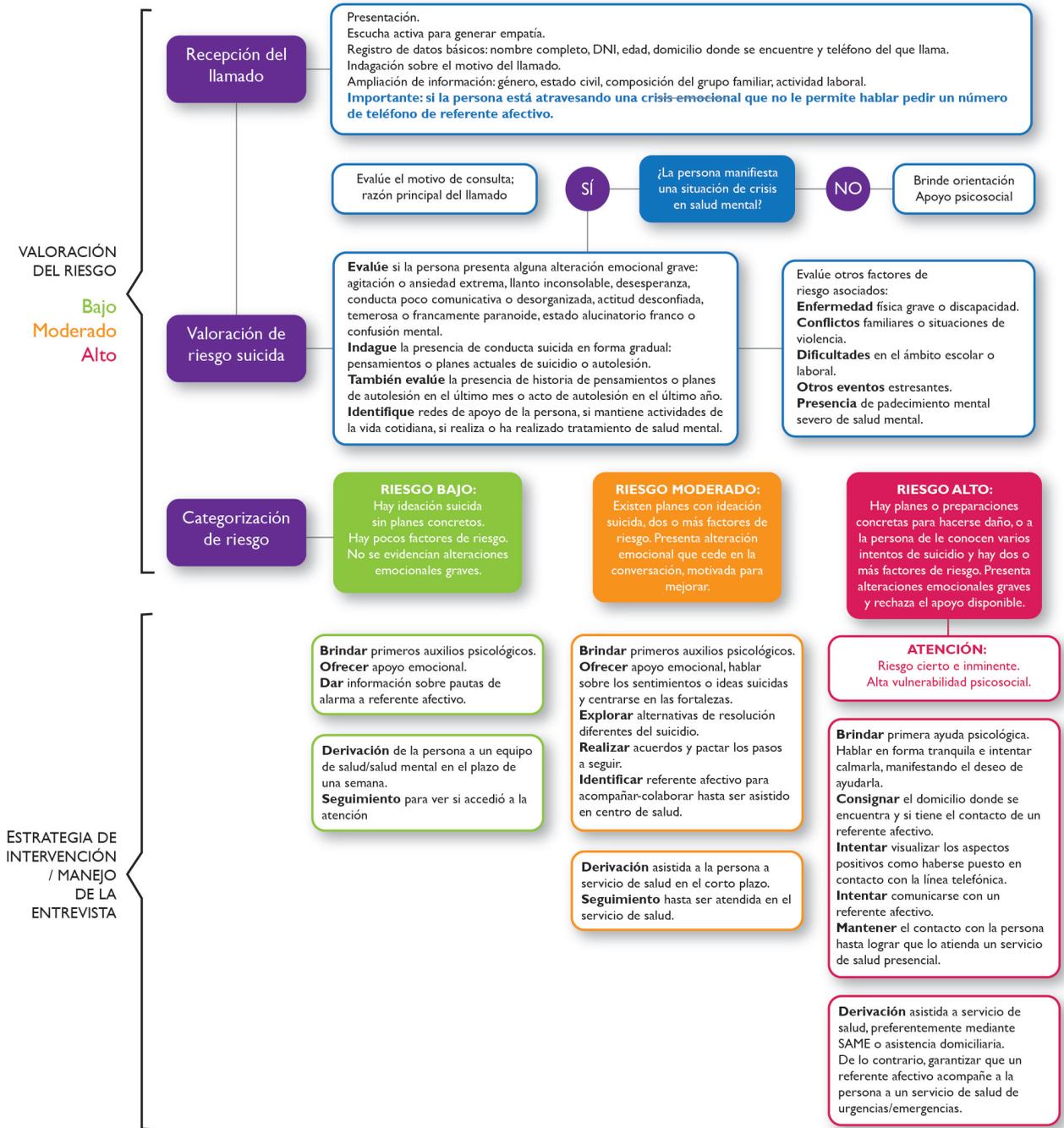
Los dispositivos de atención telefónica promueven la detección temprana y oportuna de situaciones de crisis y riesgo de suicidio, facilitando el acceso de las personas a una primera atención a distancia (Ministerio de Salud de la Nación, 2023). A su vez, permiten revertir estas situaciones mediante una evaluación, abordaje integral desde una perspectiva de cuidados y derivación asistida a la red local de servicios de salud, en el caso de ser necesario. Tal como se muestra en la Figura 3, existe un flujograma de intervención en crisis y/o riesgo de suicidio a nivel nacional (dentro del banco de recursos del Ministerio de Salud de la Nación). De la misma manera, existe un Centro de Asistencia al Suicida (CAS, 2019) con más de 50 años de experiencia, manteniendo una línea telefónica de asistencia a personas en crisis, gratuita, anónima y confidencial desde 1967.

Los hallazgos de tres estudios sugieren que el uso de métodos informáticos de salud pública y epidemiología podrían ser de utilidad cuando se combinan con el aprendizaje profundo, intervenciones tempranas y tratamientos adecuados para mitigar el riesgo de suicidio (Diallo et al., 2021). Además, también demuestran que informar bien y empoderar a los propios pacientes podría ayudarlos a involucrarse más en su proceso de atención.

Servicio de urgencias y seguimiento ambulatorio

Existe una fuerte relación entre el suicidio y la autolesión, independientemente del propósito aparente del acto (Franklin et al., 2017). Con gran frecuencia, las personas que se autolesionan acuden al servicio de urgencias, que suele ser su principal opción de contacto no programado dentro del sistema sanitario. Cada año, hay más de 500.000 visitas hospitalarias por autolesiones en los Estados Unidos (Canner et al., 2018) y alrededor de 220.000 visitas en Inglaterra (Clements et al., 2016), y estas tasas continúan aumentando (Martínez-Alés et al., 2019).

Figura 3. Flujograma de intervención en crisis y/o riesgo de suicidio (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).



Información extraída del documento “Recomendaciones para la atención telefónica de situaciones de crisis y riesgo de suicidio”. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos, Ministerio de Salud de la Nación.

Además de enfrentar un mayor riesgo de muerte por suicidio, los adultos dados de alta del servicio de urgencias por conductas suicidas tienen un riesgo elevado de recurrencia de pensamientos y conductas suicidas durante los 6 meses posteriores (Larkin & Beautrais, 2010). Se predice que 1 de cada 25 pacientes que acuden a los servicios de urgencias con autolesiones morirá por suicidio en un plazo de 5 años, lo que demuestra la importancia de este área en la atención sanitaria para salvar vidas (Carroll et al., 2014).

Sin embargo, lograr que los pacientes reciban un tratamiento oportuno y accesible constituye un gran desafío, ya que hasta la mitad de los pacientes dados de alta del servicio de urgencias abandonan el seguimiento longitudinal o no participan en el tratamiento ambulatorio (Stanley et al., 2018). Como tal, el servicio de urgencias puede ser el único contacto con el sistema sanitario para las personas que se autolesionan, lo que representa una ventana de oportunidad crucial para la intervención y la prevención del suicidio (Betz et al., 2016).

En adolescentes específicamente, realizar una intervención psicoeducativa permite reducir las conductas autolesivas, cambiar el concepto hacia el suicidio como tema tabú, y mejorar la autoestima y la asertividad (Val & Míguez, 2021). Nuevamente, vale la pena mencionar que Shneidman y Farberow investigaron sobre el suicidio (y el acto suicida en sí) en una época en la que no sólo era un tema tabú sino que una discusión ampliamente rechazada y estigmatizada (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010), pero su trabajo se volvió cada vez más popular y apreciado con el correr de los años.

Por otro lado, cabe considerar que los pacientes muchas veces pueden ser atendidos por generalistas sin formación especializada en salud mental. La evidencia respalda los beneficios potenciales de la capacitación para mejorar los conocimientos, las actitudes y las habilidades del personal sanitario, así como de la planificación de la seguridad y los contactos de seguimiento para reducir los intentos repetidos de suicidio (Zarska et al., 2023). Sin embargo, pocas intervenciones en el ámbito de la atención primaria se han relacionado con tasas reducidas de intentos de suicidio, existen lagunas en el conocimiento y limitaciones del sistema que les impiden desempeñar este papel de la manera más efectiva posible (Brill et al., 2023). Adicionalmente, cuando se proporciona capacitación didáctica a los proveedores, se supone que sus habilidades requeridas están bien desarrolladas, pero esto no necesariamente ocurre (Cross et al., 2022).

En 34 estudios identificados sobre adultos de todas las edades, el 27 % fueron remitidos a la consulta ambulatoria de salud mental y el 26 % tuvo contacto efectivo dentro de las 4 semanas (Feng et al., 2023). Para adultos mayores, este contacto osciló entre 49 % y 86 % (Feng et al., 2023). Indudablemente, la participación de los servicios secundarios de salud mental después de una consulta no programada en el departamento de emergencias con conductas suicidas, puede ser una estrategia importante para reducir el riesgo de intentos repetidos (Feng et al., 2023). Indefectiblemente, la continuidad de la atención sanitaria es fundamental para la prevención del suicidio, donde entran en juego varios aspectos que lo tornan complejo: múltiples niveles de atención, el rol y la interacción entre los proveedores de atención primaria y los especialistas, la importancia del contacto de seguimiento longitudinal, el papel de las directrices nacionales e institucionales (Arnon et al., 2023).

Posvención

La posvención se refiere a las estrategias y las intervenciones de provisión de cuidado y apoyo destinadas a trabajar con las personas, familia o instituciones vinculadas a la persona que se suicidó (Allie et al., 2023). La muerte por suicidio desencadena un duelo único y complejo, donde las causas suelen permanecer desconocidas, generando intensas emociones entre quienes se denominan "supervivientes" (Gabilondo Cuellar et al., 2022). Este término abarca a las personas afectadas por el suicidio, incluyendo padres, hermanos, hijos, parejas, así como el entorno barrial, comunitario y ámbitos institucionales, laborales y educativos. En respuesta a estas circunstancias, las acciones de posvención se orientan a mitigar el duelo y a reducir los impactos negativos en los supervivientes. Es crucial reconocer que los adolescentes, constituyen un grupo de particular vulnerabilidad. En este sentido, entornos educativos, clubes deportivos y otros espacios socioeducativos se consideran esenciales para implementar acciones de posvención (Pontiggia et al., 2021). Muchos países han incluido la posvención en sus políticas de prevención del suicidio que pueden incluir: una intervención inmediata sobre el terreno (ej: formación específica para médicos generales y policías; dirigir a los supervivientes a los servicios de apoyo; proporcionar apoyo proactivo y práctico), y una intervención a largo plazo (ej: psicoterapia individual con supervivientes, proyectos de redacción; psicoterapia de grupo; grupos de apoyo) (Pontiggia et al., 2021).

La posvención desempeña un papel crucial en pro-

mover la recuperación y evitar los resultados adversos relacionados con el duelo y otras problemáticas de salud mental. Revisiones sistemáticas, incluidas las realizadas por Szumilas y Kutcher, han arrojado luz sobre elementos clave de una posvención efectiva, como el apoyo proactivo inmediato después de un suicidio, enfoques cognitivo-conductuales, capacitación de los referentes de apoyo y grupos de duelo (Szumilas & Kutcher, 2011). El énfasis en las intervenciones de posvención es aplicable a las escuelas, a los campus universitarios, y diferentes instituciones educativas, reconociendo sus particularidades y necesidades únicas. Dado el estado de desarrollo y la prevalencia elevada de trastornos mentales y suicidio entre los estudiantes universitarios, se torna imperativo identificar e implementar intervenciones de posvención diseñadas específicamente para este grupo demográfico (Allie et al., 2023).

De un estudio canadiense que incluyó 29 sobrevivientes (con media de 58 años y 23 mujeres) para realizarles entrevistas semiestructuradas, surgieron cuatro categorías de necesidades insatisfechas: médicas/farmacológicas, de información general, de apoyo y extensión colectiva, y capacitación previa y posterior al suicidio (Ligier et al., 2020). Adicionalmente, a la mayoría les hubiera gustado ser contactados por teléfono en los primeros 2 meses posteriores (Ligier et al., 2020).

Estos hallazgos destacan la importancia de comprender las fases del duelo, reconocer la multicausalidad del suicidio, y de abordar sentimientos como la culpa, el enojo y la tristeza (Grunbaum, 2022). Se enfatiza en la necesidad de rituales de despedida, transmitir información sobre la frecuencia del suicidio en relación con la población general de adolescentes, y cómo la posvención culmina en prevención. El seguimiento posvención incluye actividades grupales, individuales y homenajes simbólicos, con el objetivo de mitigar los efectos negativos y prevenir nuevos intentos de suicidio. Además, se propone un enfoque de consejería de salud en centros educativos para fortalecer el bienestar y la salud de los adolescentes durante este proceso. Iniciativas independientes en el contexto local, como Empesares (Empesares, 2024), ofrecen grupos gratuitos para sobrevivientes al suicidio de familiares sobrevivientes, así como charlas sobre prevención del suicidio.

Conclusiones

Esta revisión narrativa pone en evidencia que: a) la carga global del suicidio es alarmante y continúa siendo un desafío crítico para la salud pública mundial, y por lo tanto cobra relevancia en la agenda a nivel local;

b) es necesario el abordaje de determinantes sociales y pensar en la multidimensionalidad que influyen en la salud mental de las personas; c) la evolución en la comprensión del suicidio ha llevado a un enfoque personalizado y colaborativo, reconociendo la necesidad de intervenciones adaptadas a factores individuales y contextuales; d) se requieren intervenciones tempranas y tratamientos adecuados para mitigar el riesgo de suicidio; e) resultan imprescindibles la continuidad de cuidado y la participación de los servicios secundarios de salud mental después de una presentación de conductas suicidas en un departamento de emergencias.

Los resultados enfatizan la importancia de las prácticas preventivas, destacando la necesidad de desarrollar estrategias personalizadas que aborden los factores específicos de riesgo, así como la colaboración interdisciplinaria para desarrollar e implementar intervenciones efectivas. Sin duda, el abordaje del suicidio requiere una acción integral, involucrando a profesionales y a la propia comunidad, donde la investigación y los datos locales serán estrategias esenciales.

A partir de los hallazgos, creemos que la capacitación de los profesionales de la salud (en particular los médicos de cabecera), se presenta como un componente clave para mejorar la detección temprana y el abordaje del riesgo de suicidio. Resulta fundamental también jerarquizar la formación en el campo de la suicidología -entendida como fenómeno multidimensional y transdiagnóstico- en los profesionales de salud mental desde instancias tempranas de su especialización, incorporando dicha temática en la currícula de los programas de residencia. Profesionalizar el abordaje del proceso suicida contribuirá a un acercamiento más efectivo en las prácticas preventivas, y acercará la discusión a la comunidad. Incluso, es imperativo crear un ambiente de apoyo y de conciencia en el ámbito sanitario para prevenir el suicidio entre los propios profesionales.

En resumen, los datos sobre suicidio provenientes de diferentes países (ejemplo: México, Estados Unidos, Canadá) son fundamentales para comprender y abordar este problema de salud pública a nivel global. Tienen varias implicaciones importantes: permiten identificar factores de riesgo comunes, desarrollar estrategias efectivas de prevención y fomentar la colaboración internacional para reducir las tasas de suicidio en todo el mundo. Sin embargo, la realidad puede variar significativamente de un país a otro en términos de financiamiento, estructura y acceso a la atención médica, factores inherentes al sistema sanitario. Por

ende, disponer de datos locales (Latinoamérica) o nacionales (de Argentina) es fundamental para comprender y abordar eficazmente este problema de salud pública en una determinada comunidad o país.

La inclusión de la prevención del suicidio como indicador en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las iniciativas gubernamentales (ej: Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio en Argentina o Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27.130) demuestran un paso positivo hacia la concientización y la acción. Sin embargo, aún queda pendiente la necesidad de crear un sistema de registro, que contenga información estadística sobre la temática a nivel nacional, que permita favorecer la notificación obligatoria por parte de los profesionales (e instituciones), e implementar la vigilancia epidemiológica. Particularmente, en épocas de crisis financiera, ciertos factores (ej: desempleo, pérdida de ingresos, inseguridad laboral y dificultades económicas) pueden tener un impacto significativo en la salud mental de las personas, y aumentar la vulnerabilidad al suicidio.

Agradecimientos: dejamos constancia que Andrea Josefina Teza, Corina Cosentino y Jung Choi Soo (como residentes) han colaborado activamente en la comunicación científica de resultados preliminares de este proyecto en el XXXVII Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental 2024. Agradecemos al Departamento de Informática en Salud por el soporte técnico en el proyecto, en particular a la colaboración de la Dra. Verónica Nancy Orrego en la incorporación de la ficha Escala de Severidad de Suicidio de Columbia para la historia clínica electrónica.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

Abascal-Peiró, S., Alacreu-Crespo, A., Peñuelas-Calvo, I., López-Castromán, J., & Porras-Segovia, A. (2023). Characteristics of Single vs. Multiple Suicide Attempters Among Adult Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current psychiatry reports*, 25(11), 769–791. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01461-5>

Abbott-Smith, S., Ring, N., Dougall, N., & Davey, J. (2023). Suicide prevention: What does the evidence show for the effectiveness of safety planning for children and young people? - A systematic scoping review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 30(5), 899–910. <https://doi.org/10.1111/jpm.12928>

Allie, S. N., Bantjes, J., & Andriessen, K. (2023). Suicide postvention for staff and students on university campuses: a scoping review. *BMJ open*, 13(6), e068730. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068730>

Arnon, S., Shahar, G., & Brunstein Klomek, A. (2024). Continuity of care in suicide prevention: current status and future directions. *Frontiers in public health*, 11, 1266717. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1266717>

Azizi, H., Fakhari, A., Farahbakhsh, M., Davtalab Esmaeili, E., Chattu, V. K., Ali Asghari, N., Nazemipour, M., & Mansournia, M. A. (2023). Prevention of Re-attempt Suicide Through Brief Contact Interventions: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of Randomized Controlled Trials. *Journal of prevention*, 44(6), 777–794. <https://doi.org/10.1007/s10935-023-00747-x>

Barbeito, S., Vega, P., Sánchez-Gutiérrez, T., Becerra, J. A., González-Pinto, A., & Calvo, A. (2021). A systematic review of suicide and suicide attempts in adolescents with psychotic disorders. *Schizophrenia research*, 235, 80–90. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.07.029>

Barrio, A. L., Bolzan, A. G., Obando, D. N., & Irassar, J. I. (2021). [Epidemiology of suicide in Buenos Aires province, Argentina, 2001–2017]. *Vertex Rev Arg Psiqui*, XXXII(151), 62–70.

Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., Berardino, G., Piscitelli, D., Resta, E., Logroschino, G., Daniele, A., Altamura, M., Bellomo, A., Panza, F., & Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 127, 193–211. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>

Betz, M. E., Wintersteen, M., Boudreaux, E. D., Brown, G., Capocchia, L., Currier, G., Goldstein, J., King, C., Manton, A., Stanley, B., Moutier, C., & Harkavy-Friedman, J. (2016). Reducing Suicide Risk: Challenges and Opportunities in the Emergency Department. *Annals of emergency medicine*, 68(6), 758–765. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.05.030>

Boletín oficial Republica Argentina - ley nacional de prevención del suicidio - Decreto 603/2021. (s. f.). Recuperado 5 de diciembre de 2023, de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/249346>

Brill, J., Zacay, G., Raviv, G., Tsamir, J., & Heymann, A. D. (2023). Continuity of care after attempted suicide: the primary care physicians' role. *Family practice*, 40(5-6), 776–781. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmad045>

Canner, J. K., Giuliano, K., Selvarajah, S., Hammond, E. R., & Schneider, E. B. (2018). Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006–2013. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(1), 94–102. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000871>

Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 168, 476–483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.027>

Centro de Atención al Suicida (CAS), 2019. Disponible en: <https://www.asistenciaalsuicida.org.ar/nosotros>

Chávez-Hernández, A.-M., & Leenaars, A. A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355–360.

Clements, C., Turnbull, P., Hawton, K., Geulayov, G., Waters, K., Ness, J., Townsend, E., Khundakar, K., & Kapur, N. (2016). Rates of self-harm presenting to general hospitals: a comparison of data from the Multicentre Study of Self-Harm in England and Hospital Episode Statistics. *BMJ open*, 6(2), e009749. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009749>

Costantini, L., Pasquarella, C., Odone, A., Colucci, M. E., Costanza, A., Serafini, G., Aguglia, A., Belvederi Murri, M., Brakoulias, V., Amore, M., Ghaemi, S. N., & Amerio, A. (2021). Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *Journal of affective disorders*, 279, 473–483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.131>

Cross, W. F., West, J. C., Crean, H. F., Rosenberg, E., LaVigne, T., & Caine, E. D. (2022). Measurement of primary care providers' suicide prevention skills following didactic education. *Suicide & life-threatening behavior*, 52(3), 373–382. <https://doi.org/10.1111/sltb.12827>

Diallo, G., Bordea, G., & Section Editors for the IMIA Yearbook Section on Public Health and Epidemiology Informatics. (2021). Public Health and Epidemiology Informatics: Recent Research Trends. *Yearbook of Medical Informatics*, 30(1), 280–282.

Dube, P., Kurt, K., Bair, M. J., Theobald, D., & Williams, L. S. (2010). The p4 screener: evaluation of a brief measure for assessing potential suicide risk in 2 randomized effectiveness trials of primary care and oncology patients. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 12(6). <https://doi.org/10.4088/PCC.10m00978blu>

- Dueweke, A. R., & Bridges, A. J. (2018). Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence. *Families, systems & health*, 36(3), 289–302. <https://doi.org/10.1037/fsh0000349>
- Empesares, Recuperado 1 de febrero de 2024. Disponible en <https://empesares.com/ayuda/>
- Favril, L., Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2023). Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. *The Lancet. Public health*, 8(11), e868–e877. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00207-4)
- Feng, Y. R., Valuri, G. M., Morgan, V. A., Preen, D. B., O'Leary, C. M., Crampin, E., & Waterreus, A. (2023). Secondary mental health service utilisation following emergency department contact for suicidal behaviour: A systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 57(9), 1208–1222. <https://doi.org/10.1177/00048674231172116>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gabilondo Cuellar, A., Jara Segura, A. B., Muela Aparicio, A., & Garcia Hormaza, J. (2022). Estrategia de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida en el ámbito educativo. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/254005>
- Gregory, A. T., & Denniss, A. R. (2018). An Introduction to Writing Narrative and Systematic Reviews - Tasks, Tips and Traps for Aspiring Authors. *Heart, lung & circulation*, 27(7), 893–898. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2018.03.027>
- Grunbaum S., Rodríguez C. Administración de los Servicios de Salud del Estado (asse). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (unicef Uruguay). [Posvención por suicidio con adolescentes]. (s. f.). Recuperado 1 de febrero de 2024, de https://bibliotecaunicef.uy/documentos/264_Posvencion%20por%20suicidio%20con%20adolescentes_WEB.pdf
- Hanlon, C. A., McIlroy, D., Poole, H., Chopra, J., & Saini, P. (2023). Evaluating the role and effectiveness of co-produced community-based mental health interventions that aim to reduce suicide among adults: A systematic review. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 26(1), 64–86. <https://doi.org/10.1111/hex.13661>
- Horwitz, A. G., Czyn, E. K., & King, C. A. (2015). Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 44(5), 751–761. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.910789>
- Hu, F. H., Zhao, D. Y., Fu, X. L., Zhang, W. Q., Tang, W., Hu, S. Q., Shen, W. Q., & Chen, H. L. (2023). Effects of social support on suicide-related behaviors in patients with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 328, 324–333. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.070>
- Junus, A., & Yip, P. S. F. (2022). Suicide risk profile and the social convoy: Population-level patterns of the young generation's help-seeking behavior and implications for suicide prevention. *Journal of affective disorders*, 297, 559–569. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.106>
- Kupcova, I., Danisovic, L., Klein, M., & Harsanyi, S. (2023). Effects of the COVID-19 pandemic on mental health, anxiety, and depression. *BMC psychology*, 11(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01130-5>
- Leveau, C. M., & Alazraqui, M. (2020). Geographies of suicide in Argentina: a spatial ecological study during 1999-2003 and 2008-2012 periods. *Revista de salud pública*, 22(1), 14–26.
- Leveau, C. M., Guevel, C., & Alazraqui, M. (2021). [Intra-urban differentials of suicide: the role of social fragmentation in Argentina]. *Ciencia & saude coletiva*, 26(6), 2345–2354.
- Ligier, F., Rassy, J., Fortin, G., van Haaster, I., Doyon, C., Brouillard, C., Séguin, M., & Lesage, A. (2020). Being pro-active in meeting the needs of suicide-bereaved survivors: results from a systematic audit in Montréal. *BMC Public Health*, 20(1), 1534.
- Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *The American journal of psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- Martínez-Alés, G., Mascayano, F., & Bravo-Ortiz, M. F. (2019). Suicide: Contexts and persons. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(4), 253–254.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442.
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos: Abordaje integral de la problemática del suicidio. (2018, septiembre 28). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/suicidio>
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Recomendaciones para la atención telefónica de situaciones de crisis de salud mental y/o riesgo de suicidio. Recuperado 5 de diciembre de 2023, de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-atencion-telefonica-de-situaciones-de-crisis-de-salud-mental-yo>
- Naghavi, M., & Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 364, 194. doi: 10.1136/bmj.194.
- Niculescu, A. B., Le-Niculescu, H., Levey, D. F., Phalen, P. L., Dainton, H. L., Roseberry, K., Niculescu, E. M., Niezer, J. O., Williams, A., Graham, D. L., Jones, T. J., Venugopal, V., Ballew, A., Yard, M., Gelbart, T., Kurian, S. M., Shekhar, A., Schork, N. J., Sandusky, G. E., & Salomon, D. R. (2017). Precision medicine for suicidality: from universality to subtypes and personalization. *Molecular Psychiatry*, 22(9), 1250–1273. doi: 10.1038/mp.2017.128.
- Obeid, J. S., Dahne, J., Christensen, S., Howard, S., Crawford, T., Frey, L. J., Stecker, T., Bunnell, B. E. (2020). Identifying and Predicting Intentional Self-Harm in Electronic Health Record Clinical Notes: Deep Learning Approach. *JMIR Med Inform*. 30;8(7):e17784. doi: 10.2196/17784.
- O'Connor EA, Perdue LA, Coppola EL, Henninger ML, Thomas RG, Gaynes BN. (2023). Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 329(23):2068-2085. doi: 10.1001/jama.2023.7787. PMID: 37338873.
- Oden, C., Weinschreider, E., Linzie, H. (2023). Self-inflicted Stabbings as Nonfatal Suicide Attempts: A Systematic Review and Case Series. *J Acad Consult Liaison Psychiatry*. 64(3):294-304. doi: 10.1016/j.jaclp.2023.01.002.
- Organización Panamericana de Salud, 2023. *Prevención del suicidio*. (s. f.). Recuperado 5 de diciembre de 2023, de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Organization, W. H., & Others. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.
- O'Rourke, M. C., Jamil, R. T., & Siddiqui, W. (2023). Suicide Screening and Prevention. En StatPearls. StatPearls Publishing.
- Osborne, D., De Boer, K., Meyer, D., & Nedeljkovic, M. (2023). Raising Suicide in Medical Appointments-Barriers and Facilitators Experienced by Young Adults and GPs: A Mixed-Methods Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010822>
- Pan American Health Organization, 2021. *The burden of suicide in the Region of the Americas*. Recuperado 5 de diciembre de 2023, de <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>
- Lin, J., Su, Y., Lv, X., Liu, Q., Wang, G., Wei, J., Zhu, G., Chen, Q., Tian, H., Zhang, K., Wang, X., Zhang, N., Wang, Y., Yu, X., & Si, T. (2020). Perceived stressfulness mediates the effects of subjective social support and negative coping style on suicide risk in Chinese patients with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 265, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.026>
- Pontiggia, M., Di Pierro, R., Madeddu, F., & Calati, R. (2021). Surviving the suicide of a loved one: impact and postvention. *Recenti progressi in medicina*, 112(11), 728–741.

- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Reangsing, C., Abdullahi, S. G., & Schneider, J. K. (2023). Effects of Online Mindfulness-Based Interventions on Depressive Symptoms in College and University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of integrative and complementary medicine*, 29(5), 292–302. <https://doi.org/10.1089/jicm.2022.0606>
- Saracci, C., Mahamat, M., & Jacquério, F. (2019). How to write a narrative literature review article?. *Revue medicale suisse*, 15(664), 1694–1698.
- Sewall, C. J. R., & Wright, A. G. C. (2021). *Personalizing Suicidology*. *Crisis*, 42(6), 405–410.
- Sher, L., & Oquendo, M. A. (2023). Suicide: An Overview for Clinicians. *The Medical clinics of North America*, 107(1), 119–130. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.03.008>
- Shneidman, E. (2014). Definition of Suicide. Regina Ryan Publishing Enterprises Incorporated.
- SHNEIDMAN, E. S., & FARBEROW, N. L. (1965). THE LOS ANGELES SUICIDE PREVENTION CENTER: A DEMONSTRATION OF PUBLIC HEALTH FEASIBILITIES. *American journal of public health and the nation's health*, 55(1), 21–26. <https://doi.org/10.2105/ajph.55.1.21>
- Spanakis, P., Peckham, E., Mathers, A., Shiers, D., & Gilbody, S. (2021). The digital divide: amplifying health inequalities for people with severe mental illness in the time of COVID-19. *The British journal of psychiatry*, 219(4), 529–531. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.56>
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA psychiatry*, 75(9), 894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- Sutar, R., Kumar, A., & Yadav, V. (2023). Suicide and prevalence of mental disorders: A systematic review and meta-analysis of world data on case-control psychological autopsy studies. *Psychiatry research*, 329, 115492. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115492>
- Szumilas, M., & Kutcher, S. (2011). Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 102(1), 18–29. <https://doi.org/10.1007/BF03404872>
- Thoits P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next?. *Journal of health and social behavior, Spec No*, 53–79.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.
- Val, A., & Míguez, M. C. (2021). La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 39(1), 145–162.
- Valdez-Santiago, R., Villalobos Hernández, A., Arenas-Monreal, L., Benjet, C., & Vázquez García, A. (2023). Salud pública de México, 65, s110-s116.
- Varela, Y. A., Alonso, A. S., Franco, M. A. L., & Zamalloa, P. L. (2019). Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Trabajando juntos por su prevención. *Revista Española de Salud Pública*, 93. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10308839/>
- Xiao, Y., Chen, Y., Chang, W., Pu, Y., Chen X., Guo, J., Li, Y., Yin, F. (2020). Perceived social support and suicide ideation in Chinese rural left-behind children: A possible mediating role of depression. *J Affect Disord*. 15; 261:198-203. doi: 10.1016/j.jad.2019.09.081.
- Zarska, A., Barnicot, K., Lavelle, M., Dorey, T., & McCabe, R. (2023). A Systematic Review of Training Interventions for Emergency Department Providers and Psychosocial Interventions delivered by Emergency Department Providers for Patients who self-harm. *Archives of suicide research*, 27(3), 829–850. <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2071660>