UPMUN

MODELO DE LAS NACIONES UNIDAS DE LA UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO

9na EDICIÓN
Del 11 al 13 de septiembre de 2019

UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO
FACULTAD DE DERECHO

DEBATES REALES PARA LÍDERES GLOBALES

GUÍA DE ESTUDIO

SUICIDIO Y SALUD MENTAL

Organización Mundial de la Salud

Directora: Francesca Sabroso

Directora adjunta: Daniela Escobar

Septiembre 2019

Estimados delegados,

¡Bienvenidos a la novena edición del Modelo de Naciones Unidas de la Universidad del Pacífico!

Mi nombre es Verónica Díaz y nuevamente tengo el honor de ser su Secretaria General. Como exalumna de esta casa de estudios, es sumamente gratificante poder participar en la organización de uno de los eventos de Modelo de Naciones Unidas más grandes del país.

Soy parte de la familia UP MUN desde el año 2013, año en el cual participé por primera vez como delegada en una competencia de Modelo de Naciones Unidas a nivel universitario. A partir de esta primera experiencia continúe participando en UP MUN como delegada del equipo *Peruvian Debate Society* en el año 2014, como entrenadora en el año 2016 y directora en el año 2017. Junto a este equipo debatí en el *Harvard National Model United Nations* y *Harvard National Model United Nations- Latin America* y luego también fui entrenadora para ambas conferencias.

Los Modelos de Naciones Unidas son un gran espacio de aprendizaje académico y personal. Las experiencias dentro y fuera de comité son algunas de aquellas que más me han desafiado como persona, en las cuales he logrado conocerme mejor a través de mis facetas como delegada, entrenadora y directora. Como egresada de Economía, tengo una profunda vocación por identificar soluciones efectivas para resolver problemas que afectan a nuestra sociedad. En este sentido, confío que UP MUN es un escenario que desarrolla el pensamiento crítico, la empatía y la búsqueda de soluciones efectivas en miras a cuestionar y resolver problemáticas internacionales y nacionales. He sido testigo de cómo algunas iniciativas MUN se han vuelto proyectos reales y cómo líderes de comité, ponen en buen uso las herramientas desarrolladas en este espacio, para volverse líderes globales.

UP MUN busca que los temas de discusión contengan materias de suma relevancia a nivel internacional, pero que reflejen el contexto de nuestro ámbito local. El año pasado contamos con delegados de más de 40 carreras distintas, de más de 30 universidades públicas y privadas y de 13 regiones del país, y esperamos que cada año la conferencia siga creciendo.

Quiero cerrar esta carta agradeciendo y reconociendo al gran equipo que ha trabajado todos estos meses en la preparación de UPMUN: a todos sus directores y directores adjuntos, por ponerle su sello personal a cada guía y el arduo trabajo, a Carlos Zelada por haber depositado su confianza en mí y lograr que esta conferencia sea lo que es próximo a sus diez años, y finalmente a su Secretario General Adjunto, Augusto Dannon, por ser mi apoyo incondicional y enseñarme todos los días.

Les deseo la mejor y que disfruten este 11, 12 y 13 de septiembre.

¡Nos vemos pronto!

Verónica Díaz Hinostroza
Secretaria General
Novena edición del Modelo de las Naciones Unidas de la Universidad del Pacífico

Estimados delegados,

¡Bienvenidos a UPMUN 2019 y en especial a la Organización Mundial de la Salud!

Mi nombre es Francesca Sabroso, y soy estudiante de Psicología en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Actualmente, busco orientarme hacia la rama de Psicología Social, dado a que tengo mucha curiosidad por explorar el mundo de la innovación social tomando en cuenta el papel que juega la tecnología en la misma.

Si bien descubrí los Modelos de Naciones Unidas en el colegio, mi camino realmente inició en mi primer año de universidad cuando me uní al equipo *Peruvian Debate Society*. Con dicha delegación tuve la oportunidad de debatir en las tres conferencias de Harvard: *Harvard National Model United Nations Latin America* en Lima, *Harvard National Model United Nations* en Boston y *Harvard World Model United Nations* en las ciudades de Roma, Ciudad de Panamá y Montreal. Siempre he contado con una afinidad hacia los temas sociales, por lo que tengo experiencia debatiendo temas relacionados a la trata de personas, los estándares laborales internacionales, el acceso a la salud e incluso he representado a la ONG Médicos Sin Fronteras en más de una ocasión. Considero que los Modelos de Naciones Unidas nos brindan oportunidades de investigar a fondo distintos temas de relevancia internacional y representar Estados con posturas no necesariamente iguales a las de uno. Además, desarrolla valiosos conocimientos, respeto, conciencia y empatía hacia opiniones y situaciones diversas.

Este año contamos con la interesante tarea de debatir un tema que se ha vuelto una de las principales causas de muerte de los jóvenes a nivel mundial: el suicidio. Los delegados deberán analizar e identificar las estrategias más adecuadas para poder contener este fenómeno internacionalmente. Para ello, será indispensable que aborden los principales factores de riesgo, así como las posibles soluciones relacionadas a la prevención, contención y tratamiento. Todo el comité participará de un debate donde explorarán constantemente los distintos ejes del suicidio tomando en consideración el contexto social y económico de cada Estado involucrado.

Junto a mi directora adjunta, Daniela Escobar, nos esforzaremos en volver de este, un debate dinámico y una experiencia enriquecedora en todo aspecto. Esperamos que esta guía de estudios les sea de mucha utilidad como punto de partida para iniciar la investigación necesaria para mantener un debate dinámico, fluido y lleno de contenido. Ojalá disfruten y aprendan mucho de esta experiencia como sé que nosotras lo haremos.

¡Nos vemos este 11, 12 y 13 de septiembre en la Universidad del Pacífico!

Francesca Sabroso
Directora del comité de la Organización Mundial de la Salud
Novena edición del Modelo de las Naciones Unidas de la Universidad del Pacífico

Guía de estudio: Suicidio y salud mental

Organización Mundial de la Salud
Directora: Francesca Sabroso
Directora adjunta: Daniela Escobar

Contenido de la guía de estudio

1. INTRODUCCIÓN 6
   A. Acerca de la Organización Mundial de la Salud 6
   B. Definición del problema 7
2. ACCIONES PREVIAS DE LAS NACIONES UNIDAS 10
3. DISCUSIÓN DEL PROBLEMA 13
   A. Identificación de poblaciones en riesgo 13
   B. Salud Mental en el Siglo XXI 16
   C. Representación del suicidio en los medios de comunicación 17
   D. Daños colaterales del suicidio 18
   E. Reinserción a la sociedad post intento suicida 18
   F. El suicidio entendido interculturalmente 21
4. CASO DE ESTUDIO 21
5. POSIBLES POSICIONES POR BLOQUES 23
6. POSIBLES SOLUCIONES 26
7. SUGERENCIAS PARA MAYOR INVESTIGACIÓN 28
8. PREGUNTAS QUE TODO PROYECTO DE RESOLUCIÓN DEBE RESPONDER 28
9. FUENTES CITADAS Y CONSULTADAS 29

1. INTRODUCCIÓN

Se estima que una de cada cuatro personas en el mundo experimentará afecciones a su salud mental a lo largo de su vida y que cerca de un millón de personas se suicidan anualmente. Esta última es la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad y ha sobrepasado a la mortalidad materna como principal causa de muerte en niñas de 15 a 19 años en todo el mundo. Además, es importante notar que el suicidio no es un problema cuyo impacto se limita al ámbito médico, sino que tiene una serie de repercusiones en la economía nacional, la seguridad social y las dinámicas familiares. El suicidio es indudablemente un problema de salud pública, el cual los gobiernos están fallando en afrontar.

El objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) será analizar e identificar estrategias adecuadas para reducir internacionalmente la tasa de suicidios. Para ello, será indispensable abordar los principales factores de riesgo, así como las posibles soluciones relacionadas a la prevención, contención y tratamiento de este fenómeno global. En el comité de la OMS, los delegados participarán en un debate en el cual explorarán constantemente los distintos ejes de la problemática tomando en consideración el contexto social y económico de cada Estado involucrado. Tanto esta guía como las propuestas que se presenten en el comité deberán estar enfocadas en el suicidio como creciente causa de muerte a nivel global, no obstante, es prudente contextualizar la estrecha relación que mantiene con la salud mental.

A. Acerca de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una agencia especializada de las Naciones Unidas, gobernada por la Asamblea Mundial de la Salud [1]. Esta agencia involucra tanto a sus miembros[1] como a agentes no estatales de las Nacionales Unidas –como ONGs y organizaciones benéficas– en sus esfuerzos por lograr su objetivo de *"construir un futuro mejor y más saludable para las personas de todo el mundo"* [2]. Debido a su gran cantidad de colaboradores, la OMS asume el rol de principal autoridad global en temas relacionados a la salud internacional y, entre otras tareas, guía la agenda de investigación global, provee apoyo en personal e infraestructura a sus miembros y monitorea tendencias de enfermedades a nivel mundial [3].

A pesar de que la OMS tiene un mandato amplio y significativo, es importante notar que sus directivas no suelen ser jurídicamente vinculantes y las partes interesadas participan voluntariamente. La excepción más grande a esta regla general es el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), un acuerdo internacional vinculante suscrito por 196 países por el cual estos se comprometen a reportar sucesos graves relacionados a la salud con el objetivo de prevenir epidemias [4]. La OMS opera con un presupuesto restringido, donde sólo 20 por ciento de su financiamiento proviene de cuotas de Estados miembros y el resto proviene principalmente de los gobiernos de los Estados Unidos y el Reino Unido, así como agentes no estatales [5].

La formación de una organización global de salud bajo las Naciones Unidas fue propuesta por primera vez en 1945, año en que se disuelve la Liga de Naciones, y por ende, su organización de salud. Así, el 22

[1] Está compuesta por todos los Miembros de las Naciones Unidas excepto Liechtenstein, así como dos autoridades autogobernadas, Niue y las Islas Cook.

de julio de 1946, se firma la Constitución de la OMS por todos los Miembros de las Naciones Unidas existentes en su momento [6]. Cabe recalcar que fue la primera agencia de la ONU en haber sido aprobada por todos los Estados miembros, lo cual representó un retorno al desarrollo conjunto de estrategias globales de salud tras la pausa que se dio luego de Segunda Guerra Mundial.

La Constitución de la OMS entró en vigencia el 7 de abril de 1948, y estableció como prioridades combatir la tuberculosis, malaria, infecciones de transmisión sexual, la salud materna, la nutrición y la sanidad. Durante ese año, la OMS también lideró campañas de concientización pública para prevenir la propagación de enfermedades como el pian, la lepra y la sífilis [7]. A su vez, asumió la responsabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que en su momento fue considerada una novedosa iniciativa para estandarizar los métodos de clasificación de enfermedades y medir su impacto a nivel nacional e internacional, el cual se sigue usando hasta hoy en día [8]. Es importante notar que, a pesar de que las prioridades de la OMS han cambiado con el tiempo para reflejar los problemas y necesidades más importantes de cada época, bastantes de sus mandatos originales se mantienen en el centro de sus operaciones.

Por ejemplo, en los años 50, la OMS lideró múltiples campañas de prevención y erradicación de enfermedades a gran escala, entre estas, una distribución masiva de vacunas de tuberculosis en 1950, un programa de reducción de malaria en 1955 y los inicios de una operación de erradicación de viruela en 1958 [9]. Mientras que la lucha en contra de la malaria y la tuberculosis persisten hasta hoy, la viruela fue declarada erradicada en 1980, lo cual fue considerado uno de los mayores éxitos de la agencia. Asimismo, la creación del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) en 1965 estableció el rol de la OMS como líder global en investigación y desarrollo, más allá de su ya establecido estatus como líder en la lucha contra enfermedades. Del mismo modo, su programa para ayudar a combatir la epidemia del VIH/SIDA se fundó en 1986 y fue seguido por misiones para terminar con el sarampión y la poliomielitis [10].

En la primera Asamblea Mundial de la Salud en 1948, la salud mental recibió el puesto de quinta prioridad en la agenda de la organización, producto de las recientes guerras y sus efectos en la población. Un Comité Experto en Salud Mental se reunió en 1949 y planteó los principios que gobernarían las actividades futuras de la OMS en cuanto a salud mental. Ese mismo año se estableció una Unidad de Salud Mental en los establecimientos de la OMS que coordinaba con el Comité Experto en Salud Mental para revisar las políticas desarrolladas [11].

B. Definición del problema

Cada año, cerca de 800 mil personas se suicidan alrededor del mundo, lo que sugiere que puede haber hasta 16 millones de personas que intentan suicidarse. El gran costo económico y humano que supone el comportamiento suicida para individuos, familias, comunidades y la sociedad, hace del suicidio un problema severo de salud pública [12]. En todo el mundo, el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas en el grupo de edad más productivo económicamente; 15 a 44 años.

Además, no existe una única manera de cometer suicidio, lo cual complejiza el comportamiento suicida, pero puede ser entendido en cuatro etapas distintas [13]:

- **Ideación suicida**: comunicar por medios verbales o no verbales la intención;
- **Planeamiento del suicidio**: determinar la estrategia para llevar a cabo el acto;
- **Intento de suicidio**: intentar quitarse la vida y fallar en el intento;
- **Suicidio**: terminar con la vida de uno mismo.

Los comportamientos suicidas se encuentran influenciados por factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, ambientales y situacionales que interactúan entre ellos [14]. La conducta suicida cuenta con una serie de factores de riesgo que pueden dividirse en dos grupos distintos: los inmodificables (Ver Tabla 1) y los modificables (Ver Tabla 2).

Los factores de riesgo inmodificables no se encuentran asociados con la situación clínica del sujeto ni su situación vital, por lo contrario, estos se relacionan al propio sujeto o al grupo social y se caracterizan por su permanencia en el tiempo, aunque algunos se afectan por la edad, el estado civil o las creencias religiosas [15].

Tabla 1: Factores de riesgo inmodificables

Heredabilidad	Diversas investigaciones reflejan la prevalencia del suicidio o conductas suicidas en algunas familias con mayor frecuencia que en otras. Además, distintos autores estiman que el 43 por ciento de la conducta suicida se explica por la carga genética.
Sexo	En la mayoría de países, a excepción de algunos países asiáticos principalmente, las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres. En contraste, la tasa de intento de suicidio suele ser mayor en mujeres que hombres. Además, eventos relacionados a la maternidad como el embarazo o tener un hijo pequeño son considerados factores protectores[2].
Edad	Se evidencia que la tasa de suicidio aumenta con la edad. A medida que el individuo envejece, comienza a experimentar pérdida de relaciones interpersonales e ingresa a un grupo social menos activo y rentable.
Estado civil	Numerosos trabajos defienden el matrimonio como un factor protector frente al suicidio. Por otro lado, la separación matrimonial tiene un riesgo cuatro veces mayor que cualquier otro estado civil. Sin embargo, no existe una asociación clara entre el suicidio y permanecer soltero.

[2]Se entiende por factores de protección todas aquellas circunstancias, características, condiciones y atributos vinculados al comportamiento prosocial, que potencian las capacidades de un individuo para afrontar con éxito determinadas situaciones adversas. [91]

Creencias religiosas	Por lo general, las personas con fuertes convicciones religiosas, que contemplan el suicidio como algo moralmente reprobable, o que usan la religión como mecanismo de dar sentido a la vida, de disminución del estrés y de esperanza ante la adversidad, tienen una tendencia menor a escalar las ideas suicidas a la consumación del suicidio.
Conducta suicida previa	Una serie de estudios afirman que el antecedente de presencia persistente de pensamientos o ideas encaminadas a cometer suicidio en un sujeto trata de uno de los factores de riesgo que predice con mayor claridad la posibilidad de un futuro intento de suicidio.

Fuente: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (2011)

Por otro lado, los factores de riesgo modificables se encuentran relacionados, en su mayoría a trastornos mentales que pueden ser tratados con el apoyo de especialistas.

Tabla 2: Factores de riesgo modificables.

Trastornos afectivos	Los trastornos afectivos, de la mano con el trastorno depresivo encabezan los cuadros psiquiátricos con mayor prevalencia a la conducta suicida. La depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar lo aumenta 15 vcces y la distimia 12 veces.
Esquizofrenia	Estudios evidencian que hasta el 10 por ciento de pacientes que padecen del trastorno de esquizofrenia, mostraban un riesgo de suicidio 8,5 veces mayor que la población general.
Trastorno de ansiedad	Casi el 20 por ciento de los pacientes con un trastorno por angustia o fobia social realizan un intento de conducta suicida lo largo de su vida, y en caso dicho trastorno se vea asociado con ansiedad, la probabilidad del suicidio aumenta. Por otro lado, el riesgo de conducta suicida puede aumentar de 6 hasta 10 veces dependiendo del tipo del trastorno de ansiedad.
Abuso de sustancias	El trastorno por abuso de sustancias, sobretodo el alcoholismo, se encuentra relacionado a la conducta suicida dada su prevalencia. Hasta un 15 por ciento de los pacientes que padecen de alcoholismo se suicidan y el abuso de sustancias, alcohol sobretodo, se encuentra presente entre el 25 a 50 por ciento de todos los casos de suicidio.
Trastornos de personalidad	Los trastornos de personalidad pueden determinar la conducta suicida en diversas formas: principalmente por el hecho que determina la conducta del sujeto: predisponiendo a una serie de trastornos mentales mayores como la depresión o abuso de sustancias, como conduciendo a problemas interpersonales y en el ajuste social.

Salud física	Además, distintas enfermedades somáticas también son identificadas como un factor de riesgo común para la conducta suicida, especialmente cuando estas se encuentran acompañadas de discapacidad o de un dolor crónico e intenso.

Fuente: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (2011)

Según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, los antecedentes de conducta suicida, los trastornos de alimentación, el trastorno bipolar y la depresión mayor, se encuentran entre las condiciones con mayor prevalencia relacionadas a riesgos suicidas. Además, predominan también la violencia, cambios repentinos e importantes en la vida del individuo, la pérdida del empleo, la separación con la pareja, o en muchos casos, una combinación de los mismos [16]. En esa misma línea, es vital que los Estados miembros desarrollen políticas de prevención aterrizadas en el contexto y las necesidades de cada país. Algunos Estados que cuentan con planes preventivos efectivos son Finlandia y el Reino Unido, países en los que cuyos programas han reducido exitosamente las tasas del fenómeno.

2. ACCIONES PREVIAS DE LAS NACIONES UNIDAS

Salud Mental

La Constitución de la OMS indica que: *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"* [17]. En otras palabras, esta definición nos dice que la salud mental es un componente integral y esencial de la salud, y por ello está plenamente considerada dentro de la jurisdicción de la OMS.

Para la OMS, la promoción de la salud mental consiste en generar ambientes que favorezcan la salud mental y que ayuden a desarrollar modos de vida saludables. Por lo tanto, busca inculcar el desarrollo de políticas nacionales de salud mental que no solo se ocupen de los trastornos mentales, sino que reconozcan y aborden cuestiones más amplias que fomentan la salud mental, como la incorporación de su promoción en los programas de los sectores gubernamental y no gubernamental. Para ello considera esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social [18].

En mayo de 2012, la Asamblea Mundial de la Salud Nº65 adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta coordinada de parte de los sectores sanitario y sociales de los países [19]. A partir de dicha resolución se empezó a desarrollar un plan de acción integral sobre salud mental mediante consultas con los Estados miembros, la sociedad civil y aliados internacionales. En el 2013 se aprobó y publicó el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, el cual establece acciones claras para los países, la Secretaría de la OMS y los aliados internacionales, regionales y nacionales. A su vez, propone indicadores y metas que se vienen utilizando para medir el progreso e impacto del Plan. Dado que no existen medidas universales que se puedan aplicar a todos los países, cada gobierno deberá adaptar el Plan de Acción a sus circunstancias nacionales específicas.

En el marco del Plan, los Estados miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales. El plan de acción está centrado en cuatro objetivos principales orientados a:

- Reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en lo concerniente a salud mental;
- Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades;
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental [20].

Dentro del Plan, es importante destacar un problema específico que la OMS busca resolver en el ámbito de la salud mental. Este consiste en las diferencias en las capacidades de los países de responder a los problemas de sus distintas poblaciones. Se explica que *"los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad en materia de tratamiento superior al 75 por ciento en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos"* [21]. Por ello, en el 2008 se creó el Programa de Acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP), el cual ofrece a planificadores de salud, a instancias normativas y a donantes un conjunto de actividades y programas para mejorar la atención médica con respecto a problemas de salud mental en entornos con recursos limitados.

Como parte de este programa en el 2011 se creó también el Centro de datos de investigación del Programa de Acción en Salud Mental, el cual ofrece materiales de antecedentes, documentos de proceso, datos de investigación y recomendaciones para facilitar la consulta de información objetiva clínica por parte de los profesionales que estén a cargo de planificación de programas de salud mental o tratamiento de pacientes a nivel individual.

Suicidio

El reconocimiento del suicidio como un problema importante dentro del panorama de la salud y el bienestar global es bastante reciente; sin embargo, la OMS ha estado promoviendo su posicionamiento en las agendas nacionales de salud desde hace ya varios años. Por ejemplo, en 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE, una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Como parte de ella, se realizó una campaña de sensibilización y difusión con respecto al suicidio y su relación con distintos campos de trabajo, desde los medios de comunicación hasta las cárceles y prisiones [22]. Estas guías para la implementación de estrategias nacionales fueron cruciales para el desarrollo de programas de prevención de suicidio y marcaron un hito en la forma de tratar este fenómeno.

En el 2003 se logró el establecimiento del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, el cual se celebra el 10 de septiembre de cada año. La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), copatrocinada por la OMS, ha promovido en esa fecha campañas nacionales e internacionales que contribuyen a concientizar y reducir la estigmatización hacia el suicidio en todo el mundo [23].

No obstante, con la conmemoración de una fecha no han culminado los años de lucha por poner el tema en el ojo público; hasta el día de hoy la OMS concibe al suicidio como una prioridad de salud pública. Esta es una de las condiciones más importantes exploradas en el mhGAP, así como en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, donde se planteó alcanzar la meta mundial de reducir de la tasa de suicidios nacionales en un 10 por ciento para el 2020 [24].

Desde el lado de la prevención, en el 2013, la IASP y el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS iniciaron la encuesta mundial IASP-OMS sobre prevención del suicidio. Esta busca evaluar la información existente sobre las estrategias y actividades nacionales en esta área. Los cuestionarios se enviaron en su mayoría a miembros de la IASP en 157 países, de los cuales respondieron 90 [23]. A partir de ellos se ha empezado a analizar el estado del tratamiento del suicidio en sus sistemas de salud. Algunos resultados indican que en 61% de los países que enviaron sus respuestas, el suicidio se percibe como un importante problema de salud pública. Sin embargo, se observa una gran variación entre regiones, con 77% de países de la región europea y tan solo 29% de países de la región sureste asiática compartiendo esta concepción. A su vez, tan solo 31% de los países que enviaron sus respuestas cuentan con una estrategia nacional o plan de acción para la salud mental.

En la respuesta frente a intentos de suicidio, la OMS no recopila sistemáticamente datos sobre dichos casos, pero apoya las actividades de encuestas mundiales de salud mental que sí lo hacen. Por otro lado, el método gradual (STEPwise) de la OMS para vigilar factores de riesgo en enfermedades crónicas (STEPS) sí incluye preguntas previstas para recopilar datos sobre los intentos de suicido. A su vez, la OMS ha publicado un folleto informativo sobre los casos de intentos de suicidio tratados médicamente en hospitales y sus encuestas mundiales de salud mental utilizan la entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS (CIDI), la cual incluye preguntas estandarizadas acerca del acontecimiento, momento, método y tratamiento – cuando lo hay – de un intento de suicidio [23].

El primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, llamado "Prevención del suicidio: un imperativo global", fue publicado en el 2014 y busca concientizar respecto a la gravedad de los intentos y del suicidio para la salud pública, así como otorgar a la prevención del suicidio una mayor prioridad en la agenda mundial [23]. Desde su publicación, la OMS ha visto un gran incremento en el número de solicitudes de asistencia técnica, sobretodo en la región de las Américas, en prevención de suicidio o de ayuda en la revisión de estrategias nacionales actualmente llevándose a cabo [25].

En el 2018, la OMS continuó generando contenido académico con respecto al tema, en particular se trabajó una recopilación de estrategias nacionales de prevención –con componentes prácticos– y la publicación de una guía de prevención del suicidio, enfocada en involucrar a las comunidades en el desarrollo de actividades adaptadas a contextos locales. A su vez, este año la OMS ha escogido la prevención del suicidio como el tema oficial del Día Mundial de la Salud Mental, que se celebra el 10 de octubre de cada año.

3. DISCUSIÓN DEL PROBLEMA

Si bien la OMS ha ejecutado una serie de esfuerzos relacionados a la prevención del suicidio, es necesario aterrizar y enfocar todas las iniciativas a las poblaciones que cuentan con mayor riesgo. Además, para comprender y contener el suicidio, es necesario abarcar el problema desde distintos ejes, como se hará a lo largo de esta guía.

Un estudio realizado por la OMS categoriza las intervenciones de prevención del suicidio en tres clases:

- **Estrategias de prevención universales**: diseñadas para llegar a toda una población con la finalidad de potenciar al máximo la salud y reducir al mínimo el riesgo de suicidio al eliminar barreras a la atención, aumentar el acceso a ayuda, fortalecer procesos protectores y modificar el entorno físico;
- **Estrategias de prevención selectivas**: se dirigen a grupos vulnerables de la población basado en características como edad, sexo, ocupación o antecedentes familiares;
- **Estrategias de prevención indicadas**: se dirigen a determinados individuos vulnerables dentro de la población, por ejemplo, alguien que haya tenido un intento de suicidio [26].

Dentro de las estrategias universales se encuentran las políticas de salud mental, las políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol, incrementar el acceso a la atención de salud, restringir el acceso a medios utilizables para suicidarse, la notificación responsable por los medios de difusión y la concientización acerca de la salud mental. Dentro de las estrategias selectivas se encuentran intervenciones dirigidas a grupos vulnerables, capacitación de guardianes y líneas telefónicas de ayuda en crisis. Finalmente, dentro de las indicadas, se encuentran el seguimiento y apoyo comunitario, la evaluación de comportamientos suicidas y el manejo de trastornos mentales.

A. Identificación de poblaciones en riesgo

El suicidio afecta de manera indistinta a todos los grupos sociodemográficos en todas las regiones del mundo, pero se pude prevenir mediante intervenciones informadas y bien dirigidas. Una estrategia clave es identificar correctamente a las poblaciones con más riesgo para desarrollar programas de acción que sean específicos a sus situaciones y necesidades particulares.

Como se mencionó previamente, los factores de riesgo del suicidio son bastante diversos. Estos pueden ir desde trastornos mentales identificables, como la depresión o el consumo de alcohol, hasta momentos de crisis inesperados, como problemas financieros o rupturas de relaciones. A su vez, las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensaciones de aislamiento están también ligadas a las conductas suicidas. Así mismo, según la OMS, *"las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo, los refugiados y migrantes; las comunidades indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales; y los reclusos"* [24]. Sin embargo, el principal factor de riesgo del suicidio es indudablemente contar con un intento previo de suicidio.

Es importante tener en mente que ningún factor es suficiente para explicar por qué se suicida una persona. El comportamiento suicida es un fenómeno complejo que se ve afectado por varios factores interrelacionados: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales [23]. En el estudio "Prevención del Suicidio: Un Imperativo Global", la OMS agrupa los distintos factores de riesgo en las categorías de sistémicos, sociales, comunitarios, relacionales e individuales (Ver *Tabla 3*). A pesar de no ser completamente exhaustiva, esta categorización permite simplificar la totalidad de factores de riesgo existentes e identificar con mayor facilidad un curso de acción pertinente.

Tabla 3: Principales factores de riesgo de suicidio

Sistemas de Salud	• Barreras para obtener acceso a la atención de salud
Sociedad	• Acceso a medios utilizables para suicidarse • Notificación inapropiada por los medios de difusión • Estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda
Comunidad	• Desastres, guerras y conflictos • Estrés por desplazamientos y aculturación • Discriminación • Traumas o abuso
Relaciones	• Sentido de aislamiento y falta de apoyo social • Conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas
Individuo	• Intento de suicidio anterior • Trastornos mentales • Consumo nocivo de alcohol • Pérdida de trabajo o financiera • Desesperanza • Dolor crónico • Antecedentes familiares de suicidio • Factores genéticos y biológicos

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2014)

A continuación, se procederá a explicar a mayor profundidad algunos de los principales factores de riesgo que podrían llevar a un suicidio.

Personas con problemas de salud mental

El factor de riesgo más reconocido es sufrir de un trastorno mental. Estudios realizados en países de altos ingresos indicaron que en sus territorios hasta el 90 por ciento de quienes se suicidan tienen trastornos mentales y el 10 por ciento restante presenta síntomas psiquiátricos similares [27]. Esto no quiere decir que todas las personas que sufren de trastornos mostrarán comportamientos suicidas, pero quienes se suicidan o intentan suicidarse muchas veces suelen ser casos de comorbilidad psiquiátrica, es decir presencia de uno o más trastornos. El nivel de riesgo presente varía según el tipo de trastorno, los más frecuentemente asociados con comportamientos suicidas son la depresión y el consumo nocivo de alcohol y drogas. Estudios muestran que, para pacientes con trastornos del estado de ánimo, el riesgo de suicidio es de un 4 por ciento [28], para personas con dependencia del alcohol o drogas, de un 7 por

ciento [29], para personas con trastorno bipolar, de un 8 por ciento [30], y para personas con esquizofrenia, de un 5 por ciento [31].

Personas con intentos fallidos de suicidio

Haber tenido un intento de suicidio es un factor de riesgo crucial para un subsecuente suicidio. De acuerdo a la OMS, "*un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general: quienes ya hayan intentado el suicidio corren un riesgo mucho mayor de morir por suicidio que quienes no lo hayan intentado antes*" [23]. Estudios demuestran que, inclusive un año después de un intento de suicidio, el riesgo de volver a intentarlo permanece alto [32]. Para muchos psicólogos, haber tenido uno o más intentos de suicidio es el indicador más firme de riesgo de suicidio en el futuro [33]. Por ello, identificar a estas personas de alto riesgo y proporcionarles un debido seguimiento y un programa de apoyo debería ser una prioridad en las estrategias de prevención de suicidio.

Personas que han experimentado una pérdida por suicidio

Según un estudio realizado en el 2010, el suicidio de un familiar u otro ser querido puede bajar el umbral de suicidio de quién está de duelo por las pérdidas [34]. Esto se debe a que el suicidio de un familiar o un miembro de la comunidad ejerce una influencia particularmente perturbadora en la vida de una persona y lo pone en una situación particularmente sensible y delicada. Más allá de lo dolorosa que es la pérdida, la muerte de una persona cercana debido a un suicidio *"puede causar estrés, culpa, vergüenza, ira, ansiedad y angustia a los familiares y otros seres queridos"* [23]. Todas estas emociones ponen a estos individuos bajo una gran presión que los pone en una gran situación de riesgo; sin embargo, muy pocos de ellos reciben apoyo o asistencia para manejarla. No solo es el estigma el cual evita la búsqueda y el ofrecimiento de apoyo, sino que muchas veces las dinámicas familiares o amicales cambian y las fuentes de apoyo usuales se pierden [35].

Minorías

Las minorías son consideradas poblaciones particularmente vulnerables al suicidio pues muchas veces sufren de discriminación continua y sistemática. Este hecho da lugar a situaciones como rechazo, estigmatización, violencia y discriminación, las cuales generan un estado anímico bajo que puede provocar comportamientos suicidas. Distintos estudios y estadísticas demuestran que el suicidio repercute fuertemente en las poblaciones más vulnerables del mundo y es muy frecuente en grupos marginados y discriminados de la sociedad [18]. Es por ello que poblaciones como la comunidad LGBTIQ, comunidades migrantes, minorías raciales, entre otras, deben ser una gran prioridad en el desarrollo de proyectos de prevención del suicidio.

Del mismo modo, un caso de estudio particular es el de los pueblos y comunidades indígenas. Un estudio realizado en el 2007 revela que los indígenas de los Estados Unidos, los inuit de Canadá, los aborígenes australianos y los maorí de Nueva Zelanda tienen tasas de suicidio mucho mayores que el resto de la población de dichos países [36]. Diversas investigaciones resaltan que el comportamiento suicida se encuentra frecuentemente en las comunidades nativas que atraviesan una transición o migración, pues

experimentan violaciones de territorio, tradiciones y cultura, las cuales generan sentimientos de depresión, aislamiento y resentimiento [37].

Adicionalmente, se le busca dar particular atención a una serie de grupos desatendidos, pues según la OMS, la mala salud mental se asocia a factores como la discriminación de género, la exclusión social, a los riesgos de violencia y a las violaciones de derechos humanos [23]. Como ha sido previamente establecido, la mala salud mental es el mayor factor de riesgo para el suicidio.

B. Salud Mental en el Siglo XXI

Si bien el suicidio constituyó el 1.8 por ciento de la carga total de enfermedades en el año 1998, se estima que para el 2020, este incrementará significativamente a un 2.4 por ciento [38]. Esta alteración puede verse influenciada por una serie de cambios desarrollados a lo largo del Siglo XXI que se desarrollarán a continuación.

Economía y contexto

En las últimas décadas, Deborah Stone, investigadora del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) señaló que factores que se han vuelto prevalentes para el comportamiento suicida son los problemas financieros y las relaciones afectivas. Añadió que los problemas financieros pueden ser entendidos regionalmente [39]. Un estudio realizado en Estados Unidos demostró que algunos estados del oeste cuentan con tasas de suicidio más altas, dado a que dichos estados en su mayoría son rurales –también vinculado con que demoran un mayor tiempo en recuperarse de las recesiones económicas– y que dichas personas suelen vivir en áreas más aisladas y sin atención adecuada. Se estima también, que el aumento de la tasa de suicidios desde el año 1999 en Estados Unidos ronda el 25 por ciento [39].

Bullying y ciberbullying

Los avances tecnológicos y sociales a lo largo del Siglo XXI añaden a la ecuación distintos elementos como el uso de las redes sociales y los dispositivos móviles, los cuales presentan un papel importante frente al suicidio puesto a que los jóvenes viven inmersos en una mayor presión por la interacción digital. Se realizó un estudio para analizar la relación entre el riesgo suicida y el *bullying* en estudiantes de secundaria de zonas urbanas en colegios Latinoamericanos. Los resultados resaltaron que uno de cada cinco adolescentes cuenta con riesgo suicida o de depresión, resaltando como dicho riesgo se veía intensificado por el desarrollo del *ciberbullying* [40].

Similarmente, la relación entre depresión y el *ciberbullying* puede afectar a miles de adolescentes en formas sumamente críticas para sus vidas, en la medida que puede provocar el suicidio. Según un estudio de la Asociación Americana de Pediatras, el 78 por ciento de adolescentes que se suicidaron fue debido a que sufrieron de acoso en las redes sociales y en persona [41]. Debe resaltarse que la sociedad actual está permanentemente ligada a la tecnología, y muchas veces esto causa que el *ciberbullying* se vuelva omnipresente, sin saber, en ciertos casos, quién es el acosador [41].

Atención y diagnóstico

En los últimos 20 años se ha producido una transformación sustancial de la atención a la salud mental alrededor del mundo. El conocimiento psicológico ha ido avanzando a lo largo de tiempo y ha traído consigo nuevos modelos de intervención desde los cuales se pueden tratar un sinfín de problemáticas. Por nombrar un par, se encuentra el modelo *Queer* el cual sostiene el respeto de las identidades sexuales de los demás. Dicho modelo se centra en reconocer la diversidad entendiendo más allá de la heteronormatividad y la binariedad [42]. Similarmente, se tiene al modelo Sistémico, el cual hace un énfasis en los factores interpersonales y sociales. En las terapias de este modelo se suele invitar a los actores quienes pertenecen al "sistema" del individuo. Comúnmente estos actores tratan de miembros familiares, la pareja, colegas, entre otros seres importantes para el individuo, ya que es necesario considerar la experiencia y conducta de todos los miembros de un sistema.

Además, se cuenta con manuales para diagnosticar los trastornos mentales (como el DSM V o el CIE-10), los que suponen una herramienta útil para diagnosticar trastornos mentales con mayor claridad y seguridad. No obstante, cabe mencionar que existen posturas opuestas quienes consideran que dichos manuales se encuentran sustentados en simples criterios estadísticos, lo que quiere decir que no van más allá de una serie de síntomas delimitados por consenso mediante criterios de inclusión y exclusión [43]. En esa misma línea, es imprescindible que los expertos tratando diariamente con personas que padecen algún tipo de trastorno mental le den un rol importante a lo subjetivo y la influencia de lo social, ya que sin la consideración de ambos elementos nunca se logrará comprender plenamente el enfermar psíquico. Esto es, dado a que los fenómenos se dan junto con determinadas vivencias subjetivas cargadas de significados e intenciones.

C. Representación del suicidio en los medios de comunicación

Los medios de comunicación desempeñan un papel primordial a la hora de informar de manera responsable sobre las muertes causadas por suicidio y contribuir con su prevención. La OMS desarrolló una guía para los medios de comunicación dado que se considera que las informaciones periodísticas pueden tanto mejorar como dificultar los esfuerzos de prevención. En la guía se resaltan puntos como información precisa sobre donde el usuario busca y accede a ayudar, además de informar de historiales personales y estrategias frente a situaciones difíciles en la vida [44]. Considerando que, según la OMS, al menos seis personas se ven directamente afectadas por cada suicidio, se exige que los reporteros y medios no apliquen un lenguaje sensacionalista que contribuya a la normalización del suicidio y que tampoco se presente como una solución constructiva a problemas [44]. Además, trata de un punto clave no describir explícitamente el modo que fue utilizado para cometer el acto suicida ni indicar el lugar preciso donde sucedió el mismo. Se evitan también el uso de fotografías o videos que recogen la escena del suicidio.

Adicionalmente, un análisis elaborado en base a distintas investigaciones detalló que, si bien existe una correlación entre la influencia de los medios de comunicación en el aumento del número de suicidios, se concluye que se ve concretado únicamente en personas vulnerables o con una personalidad con tendencia a los problemas psicológicos [45]. Además, un estudio relacionado descubrió que los medios juegan un papel principal en la educación del público por lo que toda información difundida relacionada al suicidio,

ya sea en periódicos como la televisión o una serie televisiva o película, deben ceñirse a pautas que regulen su funcionamiento [45]. Para ello, existen una serie de guías como la ¨Guía para Periodistas¨ elaborada por Unicef estableciendo los lineamientos para informar sobre los suicidios a través de los medios [46]

D. Daños colaterales del suicidio

El costo económico del suicidio

En muchos países, el suicidio es la causa principal de muerte de personas entre 25 a 44 años, el grupo poblacional en el que se concentra la fuerza laboral. Diversos estudios señalan la existencia de costos de producción y de capital humano a causa del suicidio. Dichos costos pueden verse reflejados como impactos tanto a corto como largo plazo, dado a que involucran una serie de factores como los niveles de producción dentro de un centro de trabajo, así como la rotación del personal del mismo [47]. De manera holística y periódica, el suicidio puede verse reflejado en una población económicamente menos activa.

Impacto en la sociedad

Cuando una persona muere a causa del suicidio, muchas otras se pueden ver profundamente afectadas. Un estudio estimó que 115 personas se encuentran expuestas por cada suicidio, y una de cada cinco reportó que dicha experiencia tuvo un impacto devastador o causó una disrupción en su vida [48]. Además, es prudente notar que todos experimentan el duelo de manera distinta. Puede que algunas personas experimenten reacciones a corto plazo, mientras que otros cuenten con respuestas a largo plazo [48]. Dichos daños colaterales pueden verse reflejados en problemas de salud mental, aislamiento social y un mayor riesgo de comportamiento suicida.

En esa misma línea, las dinámicas familiares se ven alteradas. Otra investigación elaborada por Kawano (2011), confirmó que el impacto del suicidio en familiares cuenta con una fuerte incidencia de alteraciones mentales y dificultades interpersonales [49]. Luego de un suicidio, la comunicación entre los familiares se dificulta: evitan conversar sobre el tema, dado a que no suele haber lugar para comprensión del fenómeno. Es frecuente que, en situaciones familiares, se produzcan sentimientos de estigmatización, culpa y sobretodo traición por parte del suicida lo que produce frustración y decepción [50]. En dichos escenarios, es altamente recomendado el soporte psicológico preventivo, puesto a que el mismo reduce la incidencia de duelos complicados, además de propiciar un encuentro familiar a poder ser dado con un terapeuta de familia [50].

E. Reinserción a la sociedad post intento suicida

Detección del intento de suicidio

La detección de conductas auto lesivas es primordial dentro de este proceso. Estas pueden ser detectadas a través de una consulta de salud, a través de una línea telefónica de emergencia o en otros ámbitos comunitarios [51]. Asimismo, se recomienda entrenar a "guardianes", dentro de los cuales se ven

incluidos los médicos generales, policías, profesores, personal de prisiones, entre otros, para identificar y apoyar a las personas en riesgo de suicidio. No obstante, los expertos confirman que la mejor manera de detectar un pensamiento suicida es preguntándole directamente al afectado. Hablar del suicidio no necesariamente produce actos de autolesión; por lo contrario, brinda un espacio al sujeto para poder expresarse y sentirse escuchado. Según la OMS, la mayoría de suicidas han advertido en algún momento sobre sus intenciones.

Es prudente notar que es en el ámbito de la prevención en la que radica uno de los problemas principales con respecto a la temática en cuestión: la falta de capacitación de los profesionales de salud. En el 2017, solamente diez estados de Estados Unidos listaron como requerimiento a los profesionales de la salud mental completar la capacitación necesaria sobre cómo detectar a una persona en riesgo de suicidio y tomar medidas preventivas.

Medidas iniciales de cuidado

Luego de un intento fallido de suicidio, el proceso de posterior es fundamental para asegurar la adecuada reinserción del sujeto, así como prevenir el intento de otro suicidio. La intervención dada debe favorecer una atención receptiva y humanitaria, principalmente en un ambiente de privacidad y disponer del tiempo que sea necesario para poder generar una relación de confianza [51]. La persona no debe permanecer en ningún momento sola, por lo que es importante establecer un plan de seguridad el que se basa en un esfuerzo conjunto entre el familiar, el doctor y el terapeuta [52]. Además, cada familiar o persona relacionada al paciente debe comprender el papel que juega en dicho plan. Principalmente, se debe identificar la clase de eventos que causan un efecto emocional en el sujeto. También trata de un punto clave generar una red de apoyo con distintos agentes como profesionales relacionados a la salud mental, familiares, amigos y recursos de la comunidad [52]. Este tipo de intervenciones son vitales para prevenir la eventualidad de otro intento de suicidio; no obstante, son muy pocos los países que tienen una estrategia nacional o plan de acción de prevención y/o reinserción de víctimas de suicidio o de intentos fallidos.

Evaluación y estabilización de síntomas físicos y psíquicos

La evaluación médico-clínica completa debe efectuarse en todos los casos independientemente del motivo específico de consulta [51]. Dentro de dicha evaluación se produce una evaluación psíquica la que es indispensable para poder decidir cómo proceder en relación a la asistencia inmediata de la persona. Luego se procede a la estabilización a través del tratamiento médico habitual de los síntomas físicos y/o lesiones en caso las hubieran, tratamiento de los síntomas psíquicos que se presenten con urgencia y el debido uso de intervención farmacológica en caso sea necesaria.

Evaluación de riesgo

Para poder concretar dicha evaluación, es vital intervenir con el sujeto, un adulto referente o núcleo familiar acompañante y otros referentes o pares presentes que se considere pertinente convocar [51]. Los factores recomendados a ser evaluados se basan en los siguientes:

Tabla 4: Factores de riesgo y protección frente al suicidio

Factores de riesgo	Factores de protección
• Sexo del afectado: Pueden existir prevalencias sociodemográficas según el contexto. • Letalidad del método empleado: Puede ser alta o moderada y baja. • Planificación del acto: Se puede dar a través de un plan minucioso, o un plan reiterado en el tiempo. • Circunstancias en las que se concretó el plan: si se encontraba solo o acompañado, o en circunstancias que harían difícil la interrupción o rescate, etc. • Grado de impulsividad: si el acto se llevó a cabo sin la posibilidad de reflexión, comúnmente en un ambiente de conducta disruptiva. • Actitud y afecto posterior al intento • Estado psíquico al momento de la consulta: Confusión, excitación, autoagresiva, desesperanza, aislamiento, etc. • Existencia de intoxicación o consumo de sustancias, acción autolesiva repetida, presencia de trastornos mentales de manera previa • Existencia de patología orgánica grave, crónica y/o terminal • Existencia de un evento estresante o desencadenante del acto o ideación autolesiva • Contexto socio familiar: Historia familiar de suicidios o intentos, historia familiar de trastorno mental, historia familiar violencia intrafamiliar o abuso sexual y maltrato, etc.	• Patrones familiares: Apoyo familiar • Estilo cognitivo y personalidad: Buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo y autonomía de buscar ayuda cuando es necesitada • Factores culturales y sociodemográficos: integración social, buenas relaciones con pares, apoyo de personas relevantes

Fuente: Elaboración propia

Estrategias terapéuticas

Las estrategias inmediatas tratan de internación o permanencia en guardia para poder ser observado por una evaluación profesional en un lapso no mayor a 48 horas [51]. Luego del diagnóstico y seguimiento correspondiente por el equipo de salud mental dependiendo del nivel de gravedad se pueden derivar distintas estrategias terapéuticas a mediano y largo plazo. Las evaluaciones posteriores por el equipo de salud mental son indispensables y dependiendo del caso podrán resultar en tratamiento terapéutico individual tanto como un control de salud mental periódico y farmacológico si lo hubiese. Además,

también se recomiendan entrevistas con referentes al afectado para la evaluación de la evolución de los síntomas más presentes [51]. Por otro lado, el apoyo psicosocial es de suma importancia ya que la persona necesita acompañamiento y apoyo durante todo el proceso. La meta de todo el proceso de reinserción se centra en reducir los riesgos y generar un ambiente de constante apoyo para el afectado. Es prudente notar de que un mismo plan no funciona para todos, pero los elementos centrales se basan en la atención médica la que puede ser continuada a través de tratamientos de salud mental o grupos de apoyo, así como una red de soporte conformada por personas e instituciones que velen por el bienestar y mejora de la persona afectada.

F. El suicidio entendido interculturalmente

Si bien el suicidio se da en todo país, grupo de edad y religión, este cobra diferentes significados en distintas culturas. Por un lado, las culturas asiáticas disculpan y aceptan la práctica del suicidio como legítima en el contexto de vergüenza familiar, conflicto interpersonal y motivos altruistas. Las culturas asiáticas tienden a ser centradas en la comunidad y si se piensa que la familia será deshonrada por el comportamiento de algo, se entiende al suicidio como una opción legítima [53]. Por otro lado, estudios presentan que la probabilidad que afroamericanos busquen ayuda de un profesional de salud mental es menos probable puesto a que consideran que puede verse como una debilidad personal o espiritual. En cambio, es más probable que recurran a miembros de la familia, amigos o clérigos [53]. Por otro lado, la variabilidad cultural en los factores de riesgo de suicidio se ha hecho evidente. Hay un creciente reconocimiento de que los factores psicosociales y culturales pueden jugar un papel muy importante en el suicidio, no solo en la incidencia sino como también como un factor protector. Por ejemplo, la continuidad cultural, es decir, la preservación de las identidades tradicionales, se ha establecido como un factor protector importante entre las Primeras Naciones y las comunidades indígenas en América del Norte [23].

4. CASO DE ESTUDIO

Una revisión del efecto de Werther y las representaciones del suicidio: "13 Reasons Why"

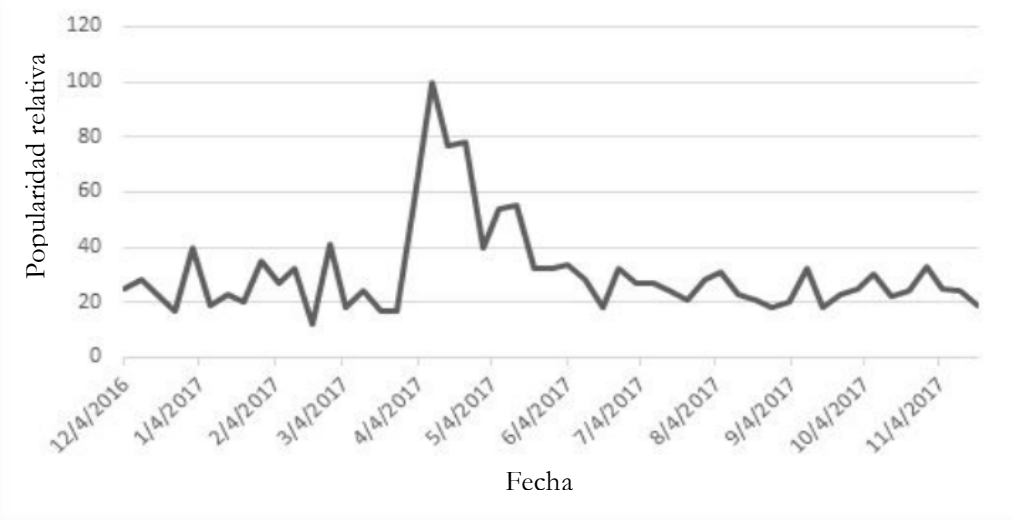
Como bien se discutió previamente, el acto suicida no tiene un efecto único en la persona que comete el acto sino, que puede generar un efecto en otras personas vulnerables. Esto último se denomina el efecto Werther y se refiere al hecho de que las tasas de suicidio aumentan después de un suicidio altamente publicitado [54]. Dicho fenómeno ha llegado a convertirse en endémico en algunos casos, conduciendo así a suicidios masivos [55], como los que se produjeron luego de las muertes de figuras públicas como Marylin Monroe y Kurt Cobain. En particular en el caso de Marylin, la tasa de suicidios aumentó en un 12 por ciento en Estados Unidos [56].

Un estudio elaborado por la Universidad de California, exploró los efectos que tuvo "13 Reasons Why", una serie de la plataforma de Netflix en la que se detalla el suicidio de una chica adolescente. Luego de su estreno en marzo de 2017, se descubrió que las búsquedas de Google relacionadas al suicidio aumentaron en un 19 por ciento [54]. Asimismo, muchas de las búsquedas estuvieron relacionadas tanto a métodos de suicidio como herramientas de prevención para el suicidio, por lo que no queda realmente

claro si la serie ayudó a aquellos experimentando una ideación suicida o si reforzó dicho comportamiento. No obstante, un artículo publicado por "ABC News", reportó que dos adolescentes cometieron suicidio días después de ver "13 Reasons Why", evidenciando el impacto negativo que tuvo la serie en algunos espectadores [57].

En la misma línea, en el 2017 se condujo un estudio cuasi-experimental para determinar si existía un incremento en las búsquedas relacionadas al suicidio luego del estreno de "13 Reasons Why" [58]. Los resultados revelaron que, entre el 31 de marzo y el 18 de abril de 2017, hubo un aumento de 900 mil a 1.5 millones de búsquedas relacionadas con el suicidio; casi el doble de búsquedas. Entre las frases de búsqueda que aumentaron significativamente estaban "*cómo matarse a uno mismo*" y "*cómo cometer suicidio*" [58]. Como se mencionó previamente, la serie "13 Reasons Why" muestra de manera explícita y gráfica la manera en la que el personaje principal, Hannah, se quita la vida. Investigaciones previas evidencian que cuando los medios de comunicación brindan al público información detallada sobre los métodos de suicidio, hay un incremento de suicidio utilizando los mismos métodos cubiertos por los medios. Dicha teoría probablemente explique por qué la búsqueda en Google de *"Cómo cortarte las muñecas"* se popularizó entre el 3 de abril de 2017 y el 15 de abril de 2017.

Figura 1: Datos de Google Trends de la popularidad relativa de la frase de búsqueda "Cómo cortarte las muñecas"



Fuente: Google Trends: "Cómo cortarte las muñecas"

El 15 de julio del 2019, la cuenta oficial de Twitter de la serie "13 Reasons Why" lanzó un comunicado oficial explicando que la escena del suicidio de Hannah sería editada. Parte del comunicado explica:

> *"Mientras nos preparamos para lanzar la tercera temporada más adelante este verano, hemos estado conscientes del continuo debate que rodea el show. Por ello, aconsejados por especialistas médicos, incluyendo a la doctora Christine Moutier, Directora Médica del American Foundation for Suicide Prevention, hemos decidido junto con el creador Brian Yorkey y los productores de 13 Reasons Why editar la escena en la que Hannah toma su propia vida en la primera temporada"* [59].

La escena original mostrando la muerte de Hannah duraba cerca de tres minutos, pero ha sido editada para solo mostrar a Hannah mirándose en el espejo, seguida inmediatamente por la reacción de sus padres a su muerte. Además de cambiar la versión en su plataforma, Netflix también estará monitoreando videos pirateados para que sean eliminados [60].

Casos como el mencionado nos indican que si bien ninguna investigación podrá determinar todos los factores que conducen o influyen en el suicidio, una futura investigación puede centrarse en identificar tendencias y crear conciencia sobre los factores de riesgo existentes. Asimismo, debe investigarse qué circunstancias cuentan con más probabilidades de provocar un efecto de contagio, así como formas de mitigar el impacto del suicidio en el público [54].

5. POSIBLES POSICIONES POR BLOQUES

Es evidente que ningún Estado Miembro es ajeno a los efectos del comportamiento suicida, por lo que los delegados deberán establecer diálogo para identificar y dar a conocer los diversos niveles de atención que se le brinda al suicidio por parte de cada uno. En la actualidad, diversos países cuentan con leyes que criminalizan el comportamiento suicida, como también existen numerosos países que evidencian una falta de reconocimiento social y gubernamental hacia dicha problemática [61].

Es difícil definir bloques de posiciones con respecto al suicidio, pues la complejidad del tema y los tabúes que lo rodean dificultan su generalización. Sin embargo, existen ciertos ángulos que deben tomarse en cuenta al definir la postura de su país y que podrían ser decisivos a la hora de formar alianzas. A continuación, se explorarán algunas.

Incidencias de suicidio

Las incidencias de suicidio son reportadas, por lo general, como tasas por 100 incidentes. De ese modo, países con tasas de más de 30/100,000 son considerados países con altas tasas de suicidio. Aquellos con tasas oscilando entre el 10 al 29/100,000 son considerados países con tasas medianas y aquellos con tasas menores a 10/100,000 son considerados países con tasas bajas de suicidio [62].

Si tomamos las cifras del 2019 [63], podemos ver que los cinco países con las mayores tasas de suicidio en el mundo son increíblemente diversos. En primer lugar, están Lituania (31.9/100,000), Rusia (31/100,000), Guyana (29.2/100,000), Corea del Sur (26.9/100,000) y Bielorrusia (26.2/100,000). Estas cinco están seguidas por Surinam y Kazajistán, ambos con aproximadamente 22/100,000. A diferencia de Europa del este, que cuenta con muchas naciones con altas tasas de suicidio, el único país de Europa oeste con una tasa particularmente alta de suicidio es Bélgica, que se encuentra en el puesto 11, con 20.7/100,000. Sin embargo, es importante notar que este país tiene una de las legislaciones más liberales con respecto al suicidio asistido, un factor que probablemente ha influido en su resultado.

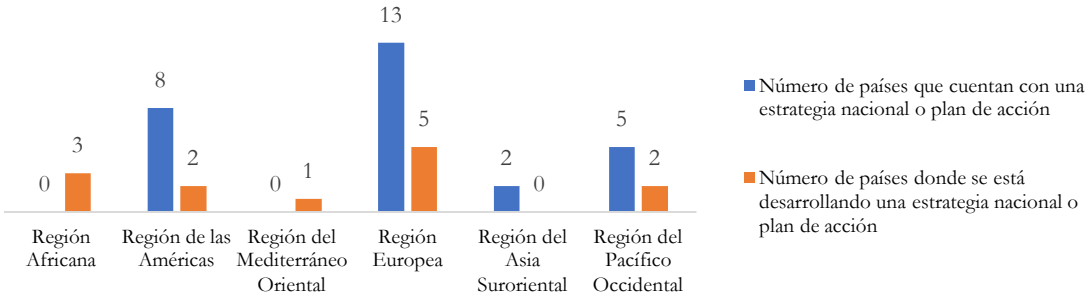
Los países con las menores tasas de suicidio en el mundo están concentrados en las islas caribeñas de Bahamas, Jamaica, Granada, Barbados y Antigua y Barbuda. El suicidio es casi inexistente en cada uno

de estos países, con Barbados y Antigua y Barbuda reportando 0.8 y 0.5 suicidios por 100 mil respectivamente.

Políticas de Prevención del Suicidio

La Organización Mundial de la Salud realizó una investigación considerando las posturas de 90 distintos países en relación a las políticas de prevención del suicidio. Los resultados revelaron que había una predominancia (77%) por parte de la Región Europea a comparación de Asia Sudoriental (29%) en relación a si se consideraba que el suicidio era un problema importante de salud pública. Por otro lado, más de 45 países cuentan con una ONG dedicada a la prevención del suicidio. Similarmente, 20 países cuentan con un centro o instituto nacional dedicado a la investigación del suicidio – dichos centros siendo más prevalente en la región europea y menos prevalente en las regiones de África y del Mediterráneo Oriental [64].

Gráfico 2: Número de países que cuentan con una estrategia nacional sobre prevención del suicidio adoptada o en desarrollo, por región



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2014)

En cuanto a los países que no cuentan con una estrategia nacional, se han llevado a cabo distintas iniciativas, entre ellas se encuentran las siguientes [23]:

- **Programas nacionales**: Iniciativa a nivel nacional destinada a la prevención del suicidio con el apoyo de una ONG o institución académica.
- **Programas para entornos específicos**: Iniciativas integrales de prevención del suicidio administrada por una institución como el sector privado.
- **Programas dispersos**: Programas aislados que abordan áreas de la prevención del suicidio a nivel subnacional liderados por autoridades estatales, regionales o locales.
- **Programas integrados**: La prevención del suicidio se integra en las políticas sanitarias como un subelemento de programas orientados a otras áreas como el alcoholismo o salud mental, por ejemplo.

Legalidad del suicidio

A comienzos del Siglo XIX, muchos países tenían leyes que castigaban a las personas que habían intentado el suicidio. En los últimos 50 años se ha visto un gran cambio en el panorama legal, donde la mayoría de países han despenalizado el suicidio, sin embargo, este no es siempre el caso.

El suicidio no es considerado un delito penal en ningún país desarrollado; no obstante, lo sigue siendo en muchos países en desarrollo; especialmente en los islámicos. Un estudio realizado en el 2015 [65] identificó que, de 192 países y estados independientes investigados, 25 tenían leyes y castigos específicos para intentos de suicidio. Otros 10 países aplican la ley islámica (Sharia), por lo tanto, también se pueden otorgar castigos. Las sanciones incluidas en estas leyes abarcan desde una multa pequeña o un corto periodo de encarcelamiento, hasta cadena perpetua. Distintos factores religiosos y sociales influyen en el diagnóstico y registro de los suicidios. Además, familias y pares no revelan la naturaleza del acto cometido por temor por parte de la policía, así como también el del estigma social existente.

De acuerdo a la OMS [23], *"no hay datos ni informes de casos que indiquen que la despenalización aumente los suicidios; de hecho, las tasas de suicidio tienden a descender en los países después de la despenalización"*. Esto se debe a que la despenalización probablemente aumenta la notificación de suicidios, pues ya no hay temor a consecuencias legales. A su vez, se elimina más el estigma de ver el suicidio como algo negativo y vergonzoso, y se permite mejores cálculos y estudios de los casos de suicidio.

El estatus del suicidio como legal o ilegal en diferentes países refleja cómo conciben este fenómeno y puede indicar de qué forma van a estar dispuestos a tratarlo al momento de desarrollar políticas nacionales e internacionales.

Estigma sociocultural hacia el suicidio

Las diferentes culturas tienen diferentes visiones y aproximaciones hacia el concepto del suicidio. Dependiendo de la forma en que vean este fenómeno se van a poder desarrollar diferentes políticas que sean respetuosas y específicas a la realidad sociocultural de cada país o región. La cultura occidental concibe la salud a partir de un modelo que se enfoca en la experiencia individual, mientras que otras tradiciones pueden estar más basadas en procesos familiares o comunitarios [66]. A su vez, las poblaciones de los países occidentales están mucho más abiertos a expresar sus pensamientos suicidas o problemas mentales y buscar ayuda, mientras que otras culturas más tradicionales rechazan estos comportamientos.

En un estudio que examina como los individuos responden a personas que han considerado el suicidio o que están pidiendo ayuda, se compara la forma en que la cultura de Asia del Este y la cultura Occidental Caucásica perciben a sus amigos o familiares cuando comunican haber contemplado el suicidio. Basado en respuestas de personas de Corea del Sur y Australia, se identificó que los australianos tienen más chances de diferenciar entre una simple muestra de emociones negativas, como tristeza o decepción, y pensamientos suicidas reales. Los coreanos, por otro lado, reaccionaron de forma similar en ambos casos, sin poder diferencias bien la gravedad del asunto [67]. Estos resultados coinciden con estudios que revelan que los asiáticos del este tienden a normalizar, negar y tolerar las actitudes suicidas como si no fueran nada grave [68]. De acuerdo a Chu et al. [69], los asiáticos tienden a subestimar la severidad de los síntomas de un posible suicidio y tienen menos probabilidades de pedir ayuda. Esta cultura suele esconder

sus pensamientos suicidas y ocultar sus sentimientos de otros. Esto se debe, en gran parte, a que el suicidio está visto como una conducta anormal o débil [70].

Algo similar sucede con la cultura latinoamericana, pues un reporte de *The Hispanic Health and Nutrition Examination Survey* mostró que muchos latinos ven las enfermedades mentales como un signo de debilidad y otros piensan que es un problema personal que debe mantenerse callado [71]. A su vez, el machismo prevalente en la región evita que muchos hombres pidan ayuda, pues se ve de forma negativa que los hombres sientan una necesidad de expresar sus sentimientos. Otro contexto cultural por considerar es aquel de las regiones tradicionalmente religiosas, como lo son las culturas africanas, quienes ven el suicidio como un pecado. Las normas culturales y espirituales también pueden evitar que las personas pidan ayuda, pues hasta los pensamientos suicidas pueden representar una ofensa y, por lo tanto, son un tabú [72].

6. POSIBLES SOLUCIONES

Mejorar e implementar políticas de salud mental

Como ha sido mencionado anteriormente, el riesgo de suicidio aumenta significativamente con la comorbilidad. Esto quiere decir que el acceso eficaz a una atención de salud mental es esencial para reducir la posibilidad de un suicidio, pues un tratamiento adecuado e inmediato de los trastornos mentales puede tener un gran impacto [23]. Es importante mejorar la calidad de la atención y las intervenciones clínicas con relación a salud mental, especialmente las que se dan para individuos que se presentan al hospital después de un intento de suicidio. Se necesita una mejora en la investigación, desarrollo y evaluación de intervenciones eficaces en dicho rubro, haciendo un énfasis en servicios de terapia y rehabilitación.

Capacitación de guardianes

Se reconoce como guardián a todo aquel que esté en condiciones de identificar si alguien puede estar contemplando el suicidio [23]. Algunos ejemplos serían proveedores de servicios de salud primarios, de urgencia o especializados en salud mental, docentes escolares, líderes comunitarios, policías o bomberos, trabajadores sociales, líderes religiosos o espirituales, entre otros. Ya que las personas en riesgo de suicidio rara vez piden ayuda, es crucial que las personas identificadas como posibles guardianes tengan las herramientas necesarias para acudir a ellos.

Seguimiento y apoyo comunitario

Tras un intento de suicidio, los pacientes dados de alta usualmente carecen de un fuerte sistema de apoyo y se sienten rechazados por la sociedad. Un método efectivo de reducir los suicidios entre individuos recién salidos de un periodo de internado es el desarrollo de programas de apoyo comunitario [73]. Para ellos se puede convocar la participación de familiares, amigos, compañeros de trabajo o centros de salud mental locales, pues son los que están mejor posicionados para supervisar a los individuos y asegurar su cumplimiento del tratamiento.

Eliminación de la estigmatización

Los problemas de salud mental y la búsqueda de ayuda para tratarlos son objeto de estigmatización por parte de la sociedad. Dicho estigma no solo actúa como una barrera para el acceso a tratamiento de trastornos mentales, sino que puede terminar desanimando a amigos y familiares de reconocer que un ser querido está en problemas o de ofrecerles la ayuda que necesitan. Las campañas de concientización y sensibilización buscar reducir este estigma para aumentar el acceso a la atención médica, y así prevenir el suicidio. Las campañas más efectivas de sensibilización en temas de salud mental escogen centrarse en tan solo uno o dos trastornos, combinan diferentes medios y estrategias de comunicación, y están dirigidos a ciertas poblaciones específicas [74].

Notificación responsable en los medios

Los medios de difusión tienen la capacidad de exaltar y sensacionalizar el suicidio, lo cual aumenta el riesgo de suicidio por imitación en personas vulnerables. A través de la cobertura gratuita de suicidios de celebridades, información sobre métodos infrecuentes de suicidios o conglomerados de suicidios, muestra de imágenes o información explícita sobre el método usado, o referencias al suicidio como una respuesta normalizada; los medios presentan una versión inapropiada del suicidio que puede tener graves consecuencias [75]. Estudios han demostrado que la exposición a modelos de suicidio aumenta el riesgo de comportamientos suicidas en personas vulnerables. Así mismo, ha sido demostrado que el trato responsable de la información en los medios ha logrado reducir las tasas de suicidio. Por ello, se debería buscar activamente evitar descripciones detalladas de actos suicidas, evitar el sensacionalismo, usar un lenguaje responsable, minimizar el predominio de los informes de suicidio y evitar simplificaciones [76].

Restricción de acceso a medios utilizables para suicidarse

El curso de acción más práctico es quizás reducir la disponibilidad y accesibilidad de los medios más utilizados para realizar un suicidio. La restricción del acceso es bastante eficaz para la prevención de suicidios impulsivos en especial, pues da más tiempo de reflexión y de cambiar de opinión a quienes están considerando el suicidio como una opción [77]. Las principales intervenciones de restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse incluyen las siguientes: acceso a plaguicidas, acceso a armas de fuego, acceso a puentes, edificios y ferrocarriles, acceso a gases tóxicos y acceso a agentes farmacológicos [23]. Esta última es la más importante para este comité, pues cae dentro de la jurisdicción directa de la OMS. La intoxicación con medicamentos es un método bastante común, en la mayoría de los países europeos llega a ser el segundo o tercer método más utilizado para suicidios [78]. Desde el sector de salud se pueden implementar múltiples iniciativas para controlar esta variable.

Enfoque en la diversidad

A pesar de que la base teórica en la creación de planes de acción para la prevención del suicidio sea la misma, la OMS le otorga una gran importancia a la adaptación de estrategias y programas a las realidades locales. Está comprobado que el suicidio depende de varios factores y su expresión será afectada por los contextos sociales y culturales. Por ello, "aunque se han identificado factores de riesgo comunes a nivel

mundial, las metas, los objetivos y las intervenciones deben adaptarse al contexto específico" [23]. En otras palabras, el problema del suicidio se presenta de modo diferente en cada país y, por lo tanto, cada estrategia nacional debería ser diferente también.

7. SUGERENCIAS PARA MAYOR INVESTIGACIÓN

Se recomienda iniciar la investigación partiendo desde la comprensión de los conceptos centrales y generales del suicidio como la definición, factores de riesgo, actores e instituciones claves entre otros. Para ello, se recomienda la lectura del documento "Prevención del Suicidio: Un imperativo Global" desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS.

Además de la prevención y contención del suicidio, será importante investigar acerca de la reinserción de no únicamente las personas con intentos fallidos de suicidio, sino también sus familiares y pares quienes los rodean. Adicionalmente, se deberá identificar el rol que cada uno de estos agentes e instituciones juega durante ese proceso. En relación a todo lo investigado, será necesario identificar la postura que cada Estado Miembro toma, además de los factores de riesgo y problemas puntuales que afectan a sus poblaciones. Se sugiere también, investigar temas relacionados al suicidio que afecten a distintas regiones, poblaciones o grupos como la interpretación de suicidio como heroísmo dentro del extremismo religioso o el incremento de tasa de suicidio en relación a eventos donde se atacan a grupos específicos por mencionar algunos ejemplos.

8. PREGUNTAS QUE TODO PROYECTO DE RESOLUCIÓN DEBE RESPONDER

- **A.** ¿Qué acciones específicas se deberían tomar para tratar el riesgo de que ocurra el fenómeno del suicidio en las poblaciones más vulnerables a ser afectadas?
- **B.** ¿Cómo podemos desarrollar una adecuada identificación de factores de riesgo y mitigación de los mismos para detectar y enfrentar las potenciales situaciones de suicidio? ¿Cuál sería el rol de las instituciones?
- **C.** ¿Qué mecanismos pueden ser implementados para obtener información cualitativa más precisa y actualizada en relación al suicidio?
- **D.** ¿En qué medida los contenidos publicados en medios de comunicación relacionados al suicidio deberían ser regulados?
- **E.** ¿Cómo podemos eliminar el estigma de pedir ayuda en relación a la salud mental?
- **F.** ¿De qué manera podemos facilitar la reinserción de personas que han tenido intentos fallidos de suicidio?
- **G.** ¿Qué estrategias pueden ser desarrolladas para manejar las repercusiones económicas y sociales que conllevan los suicidios?

9. FUENTES CITADAS Y CONSULTADAS

[1] OMS, «Países,» [En línea]. Available: https://www.who.int/countries/es/.

[2] OMS, «Acerca de la OMS,» [En línea]. Available: https://www.who.int/es/about.

[3] OMS, «Nuestras Actividades,» [En línea]. Available: https://www.who.int/es/about/what-we-do.

[4] OMS, «Fortalecimiento de la seguridad sanitaria mediante la aplicación del RSI,» [En línea]. Available: https://www.who.int/ihr/es/.

[5] OMS, «Planificación, finanzas y rendición de cuentas,» [En línea]. Available: https://www.who.int/about/finances-accountability/es/.

[6] OMS, «Historia,» [En línea]. Available: https://www.who.int/es/about/who-we-are/history.

[7] M. McCarthy, «A brief history of the World Health Organization,» *The Lancet,* vol. 360, nº 9340, pp. 1111-1112, 2002.

[8] OMS, «Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE),» [En línea]. Available: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es.

[9] N. Leppo, «The first ten years of the World Health Organization,» *Minnesota Medicine,* vol. 41, nº 8, pp. 577-583, 1958.

[10] «The Fourth Ten Years of the World Health Organization:1978-1987,» 2011.

[11] WHO, «WHO and Mental Health 1949-1961,» World Health Organization, Geneva, 1962.

[12] OMS, «Public Health Action for the Prevention of Suicide,» 2012. [En línea]. Available: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf;jsessionid=17ED596F3E0D97416A06B05A92154EC5?sequence=1.

[13] CDC, «Suicide Prevention: A public health issue,» 2013. [En línea]. Available: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ASAP_Suicide_Issue2-a.pdf.

[14] D. Wasserman, Suicide: An Unnecessary Death (A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process), London: Martin Dunitz, 2001, pp. 13-27.

[15] Fundación Española de Psiquiatría y Salud, «Suicidio y psiquiatría,» 2011. [En línea]. Available: https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf.

[16] OMS, «Public Health Action for the Prevention of Suicide,» 2012. [En línea]. Available: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf;jsessionid=17.

[17] «Constitución de la Organización Mundial de la Salud,» 2006.

[18] «Salud mental: fortalecer nuestra respuesta,» 2018.

[19] «Plan de acción sobre salud mental 2013-2020,» 2013.

[20] «Salud mental: fortalecer nuestra respuesta,» 2018.

[21] OMS, «Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP),» 2011. [En línea]. Available: https://www.who.int/mental_health/mhgap/es/.

[22] «Prevención del Suicidio: Recursos».

[23] OMS, «Prevención del Suicidio: Un Imperativo Global,» Organización Mundial de la Salud, Geneva, 2014.

[24] «Suicidio,» 2018.

[25] WHO, «National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators,» World Health Organization, Geneva, 2018.

[26] OMS, Prevención del Suicidio: Un Imperativo Global. Geneva: Organización Mundial de la Salud., 2014.

[27] J. Cavanagh, A. Carson y L. Sharpe, «Psycological autopsy studies of suicide: a systematic review,» *Psychol med,* vol. 33, nº 3, pp. 395-405, 2003.

[28] J. Bostowick y V. Pankratz, «Affective disorders and suicide risk: a re-examination,» *Am J Psychiatry,* vol. 157, nº 12, pp. 1925-32, 2000.

[29] B. Schneider, «Substance use disorders and risk for completed suicide,» *Arch Suicide Res,* vol. 13, nº 4, pp. 303-16, 2009.

[30] K. Hawton, L. Sutton, C. Haw, J. Sinclair y L. Harris, «Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors,» *J Clin Psychiatry,* vol. 6, pp. 693-704, 2005.

[31] B. Palmer, V. Pankratz y J. Bostwick, «The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination,» *Arch Gen Psychiatry,* vol. 62, nº 3, pp. 247-53, 2005.

[32] A. Beautrais, «Subsequent mortality in medically serioys suicide attempts: a 5 year follow up,» *Aust NZ J Psychiatry,* pp. 595-9, 2003.

[33] K. Yoshimasu, C. Kiyohara y K. Miyashita, «Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies,» *Environ Health Prev Med,* vol. 13, nº 5, pp. 243-56, 2008.

[34] K. Van Orden, T. Witte, K. Cukrowicz, S. Braithwaite, E. Selby y T. Joiner Jr, «The interpersonal theory of suicide,» *Psychol Rev,* vol. 117, nº 2, pp. 575-600, 2010.

[35] J. Jordan y J. McIntosh, «Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors,» de *Series in Death, Dying and Breavement*, Nueva York, Routledge, 2011.

[36] S. Fortune y K. Hawton, «Culture and mental disorders: suicidal behavious,» de *Textbook of cultural psychiatry*, Cambridge, Cambridge University Press, 2007.

[37] H. Casiano, L. Katz, D. Globerman y J. Sareen, «Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correction facilities: a review,» *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry,* vol. 22, nº 2, pp. 118-24, 2013.

[38] J. Bertolote y A. Fleischman, «A global perspective on the magnitud of suicide mortality,» de *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective*, D. Wasserman y C. Wasserman, Edits., Oxford, Oxford University Press, 2009, pp. 91-98.

[39] BBC News, «¿Por qué están aumentando los suicidios en Estados Unidos?,» 2018. [En línea]. Available: https://www.bbc.com/mundo/noticias-44422070.

[40] R. Sandoval, M. Viela, C. Mejía y J. Caballero, «Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria,» *Revista chilena de pediatría,* 2018.

[41] A. M. Betancourt, Prevención del acoso escolar: Bullying y ciberbullyig, San José, 2014.

[42] UNFPA, «Ampliando la mirada: integración de enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos,» 2012.

[43] F. de Potestad y A. I. Zuazo, La Salud Mental en el Siglo XXI, 2003.

[44] La Vanguardia, «OMS pide a medios de comunicación informar de manera responsable de suicidios,» 2017. [En línea]. Available: https://www.lavanguardia.com/vida/20170905/431070582381/oms-pide-a-medios-de-comunicacion-informar-de-manera-responsable-de-suicidios.html.

[45] S. Palacios, I. García-Ajofrín, M. García-Ajofrín, I. Lavín y S. Ishii, Los Medios de Comunicación y el suicidio de los jóvenes occidentales, Madrid, 2006.

[46] UNICEF, «Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas: Suicidio.,» 2017. [En línea]. Available: https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf.

[47] I. Kinchin, «The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behavior,» *National Center for Biotechnology Information,* 2017.

[48] Suicide Prevention Resource Center, «Provide for immediate and Long-Term Postvention,» [En línea]. Available: https://www.sprc.org/comprehensive-approach/postvention.

[49] K. Kawano, «The Mental Health of Persons bereaved by suicide,» *Seishin Shinkeigaku Zasshi,* vol. 113, nº 1, pp. 87-93, 2011.

[50] J. A. García, «Familia, Suicidio y Duelo,» *Revista Colombiana de Psiquiatría,* 2013.

[51] Portal del Ministerio de Salud de la Nacion, «Lineamientos para la atención del intento de suicidio adolescente,» 2018. [En línea]. Available: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf.

[52] Substance Abuse and Mental Health Services Administration, «Después de un intento de suicidio,» 2018. [En línea]. Available: https://store.samhsa.gov/system/files/sma18-4358span.pdf.

[53] B. Swift, «Suicide Prevention and Intervention: Cross-Cultural Perspectives,» 2017. [En línea]. Available: https://www.psychiatryadvisor.com/home/topics/suicide-and-self-harm/suicide-prevention-and-intervention-cross-cultural-perspectives/.

[54] E. R. Schaffer, «A Review of the Werther Effect and Depictions of Suicide: 13 Reasons Why,» 2018. [En línea]. Available: https://escholarship.org/uc/item/8vr9n8bf.

[55] O. Castillero, «Efecto Werther: qué es y cómo se relaciona con los suicidios en cadena,» s.f. [En línea]. Available: https://psicologiaymente.com/clinica/efecto-werther.

[56] D. Phillips, «The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther Effect,» *American Sociology Association,* vol. 39, nº 3, pp. 340-54, 1974.

[57] K. Kindelan y S. Ghebremedhin, «California families claim '13 Reasons Why' Triggered teens' suicides,» [En línea]. Available: http://abcnews.go.com/US/california-families-claim-13-reasons-triggered-teenssuicide/story?id=48323640.

[58] J. Ayers, B. Althouse, E. Leas, M. Dredze y J. Allem, «Internet searches for suicide following the release of 13 Reasons Why,» *JAMA Internal Medicine,* vol. 177, nº 10, 2017.

[59] 13 Reasons Why, «An update on 13 Reasons Why [Publicación de Twitter],» 15 julio 2019. [En línea]. Available: https://twitter.com/13ReasonsWhy/status/1150987775820218369.

[60] L. Goldberg, «Netflix Alters Graphic '13 Reasons Why' Suicide Scene After Controversy,» 15 julio 2019. [En línea]. Available: https://www.hollywoodreporter.com/live-feed/netflix-alters-graphic-13-reasons-why-suicide-scene-controversy-1224489.

[61] Organización Panamericana de la Salud, «Informe Técnico sobre la Reunión Regional en Prevención del Suicidio,» 2016. [En línea]. Available: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/Reunion-tecnica-regional-en-prevencion-del-suicidio-OK.pdf.

[62] M. Khan, «Suicide prevention and developing countries,» *Journal of the Royal Society of Medicine,* vol. 98, pp. 459-463, 2005.

[63] World Population Review, «Suicide Rate by Country 2019,» 2019. [En línea]. Available: http://worldpopulationreview.com/countries/suicide-rate-by-country/.

[64] OMS, «Prevención del suicidio del suicidio: Un imperativo global,» 2014. [En línea]. Available: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1.

[65] B. Mishara y D. Weisstub, «The legal status of suicide: A global review,» *International Journal of Law and Psychiatry,* vol. 44, pp. 54-74, 2015.

[66] R. Tribe, «The mental health needs of refugees and asylum seekers,» *Mental Health Rev,* vol. 10, pp. 8-15, 2005.

[67] S. An, T. Cruwys, H. Lee y M. Xue-Ling, «Cultural Differences in Reactions to Suicidal Ideation: A Mixed Methods Comparison of Korea and Australia,» *Archives of Suicide Research,* pp. 1-20, 2019.

[68] E. Colucci y D. Lester, Suicide and culture: Understanding the context, Massachussets: Hogrefe Publishing, 2013.

[69] J. Chu, K. Hsieh y D. Tokars, «Help-seeking tendencies in Asian Americans with suicidal ideation and attempts,» *Asian American Journal of Psychology,* vol. 2, nº 1, pp. 25-38, 2011.

[70] S. An y H. Lee, «An exploratory study for developing a social stigma scale toward suicidal people,» *Health and Social Welfare Review,* vol. 37, nº 2, pp. 325-357, 2017.

[71] L. M. Hurdle, «Mental Health and Culture: Why the brave still stay silent and how we can start to change that,» 30 Agosto 2018. [En línea]. Available: https://www.psychologytoday.com/us/blog/breaking-culture/201808/mental-health-and-culture.

[72] B. S. Yassgur, «Suicide Prevention and Intervention: Cross-Cultural Perspectives,» 23 Enero 2017. [En línea]. Available: https://www.psychiatryadvisor.com/home/topics/suicide-and-self-harm/suicide-prevention-and-intervention-cross-cultural-perspectives/.

[73] D. Luxton, J. June y K. Comtois, «Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicial behaviours? A 78 review of the evidence,» *Crisis,* vol. 34, nº 1, pp. 32-41, 2013.

[74] T. Matsubayash, Y. Sawada y M. Ueda, « The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan,» *J Affect Disord,* pp. 152-154, 2014.

[75] K. Daine, K. Hawton, V. Singaravelu, A. Stewart, S. Simkin y P. Montgomery, «The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the Internet on self-harm and suicide in young people,» *PloS ONE,* vol. 8, nº 10, 2013.

[76] WHO, «Towars evidence-based suicide prevention programmes,» World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2010.

[77] P. Yip, E. Caine, S. Yousuf, S. Chang, K. Wu, Chen y Y.Y, «Means restrictions for suicide prevention,» *The Lancet,* vol. 379, nº 9834, 2012.

[78] U. Hegerl y L. Wittenburg, «). Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour,» *Psychiatr Serv,* vol. 60, nº 5, 2009.

[79] O. d. l. N. Unidas. [En línea]. Available: http://www.un.org/es/ga/sixth/..

[80] OMS, «Prioridades,» [En línea]. Available: https://www.who.int/dg/priorities/es/.

[81] J. Cho, W. Lee, K. Moon, M. Suh, J. Sohn, K. Ha y e. al, «Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses,» *J Prev Med Public Health,* vol. 46, nº 3, pp. 147-54, 2013.

[82] OMS, «Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada: versión 1.0,» Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2011.

[83] A. Pearson, P. Saini, D. Da Cruz, C. Miles, D. While, N. Swinson y e. al, «Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illnessx,» *Br J Gen Pract,* vol. 59, nº 568, pp. 825-32, 2009.

[84] A. Clifford, C. Doran y K. Tsey, «A systematic review of suicide prevention interventions targeting indegenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand,» *BMC Public Health,* vol. 13, nº 1, 2013.

[85] D. De Leo, A. Cimitan, K. Duregrov, O. Grad y K. Andriessen, Bereavement after traumatic death - helping the survivors, Boston: Hogrefe Publishing, 2014.

[86] A. Fleischmann, «Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries,» *Bull World Health Organ,* vol. 86, nº 9, 2008.

[87] WHO, «Preventing suicide: a resource for media professionals,» World Health Organization, 2008.

[88] American Psychological Association, «Suicide among Asian-Americans,» [En línea]. Available: www.apa.org/pi/oema/resources/ethnicity-health/asian-american/suicide.aspx. .

[89] L. L. Abáigar, «Crimpedia,» 17 julio 2017. [En línea]. Available: http://crimina.es/crimipedia/topics/factores-de-proteccion/. [Último acceso: 30 julio 2019].