

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Florencia Brito<sup>a\*</sup>

Valentina Darlic<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 26 de agosto, 2020. Aceptado en versión corregida el 11 de diciembre, 2020.

### RESUMEN

**Introducción:** En el mundo, el suicidio corresponde a la segunda causa de muerte entre los 15 a 29 años de edad. Cada año mueren 800.000 personas por suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos. El 45% de los individuos que se suicidan consultan en atención primaria de salud un mes antes de cometer el suicidio. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo relacionados con el suicidio y las estrategias preventivas existentes en el mundo y en Chile. **Metodología:** Búsqueda bibliográfica en base de datos Pubmed y publicaciones gubernamentales publicadas entre los años 2010 y 2020. Se utilizaron los términos MeSH "Prevention and control", "Suicide", "Adolescent" y "Young Adults". **Resultado:** La conducta suicida ocurre en el contexto de los trastornos psiquiátricos, siendo la depresión uno de los más importantes. Otros factores de riesgo incluyen intentos suicidas previos, pertenecer a minorías sexuales, padecer enfermedades crónicas, historia de violencia infantil, víctimas de bullying, abuso sexual y el uso no supervisado de internet. Se han desarrollado programas mundiales y en Chile que buscan prevenir el suicidio al intervenir en la población general, en grupos de riesgo y/o de manera individual. **Discusión:** El suicidio es un problema de salud pública multifactorial que sólo se puede reducir, no eliminar. El conocimiento de los factores de riesgo es fundamental para identificar conductas e ideaciones suicidas a tiempo. **Conclusión:** Como profesionales de salud se debe ser capaz de detectar a pacientes que pueden presentar riesgo suicida.

**Palabras clave:** Conducta autodestructiva, Prevención, Factores de riesgo, Adolescentes, Adultos jóvenes.

### INTRODUCCIÓN

Esta revisión bibliográfica nace a raíz del gran impacto que tiene el suicidio en el mundo y la poca importancia que se le da en la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año mueren 800.000 personas por suicidio en el mundo, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos. Además, por cada suicidio se cometen 20 intentos de suicidio<sup>1</sup>. Es tal la magnitud del problema, que tiene un efecto no sólo individual, sino que también afecta a familias, amigos, colegas, comunidades y sociedades. Por lo que la OMS en el año 2003 lo declaró un problema de salud pública y junto con la Asociación de Prevención de Suicidio (IASP) establecieron el 10 de septiembre como "el día mundial de la prevención del suicidio"<sup>2</sup>.

En el mundo, el suicidio corresponde a la segunda causa de muerte entre los 15 a 29 años de edad, es por esto que esta revisión se centrará en los adolescentes y adultos jóvenes. Entre los adolescentes, los hombres presentan un riesgo suicida 3 veces mayor en comparación a las mujeres, mientras que los intentos suicidas son dos veces mayores en mujeres que en hombres. Esta diferencia se atribuye a que las mujeres utilizan métodos menos letales que los hombres<sup>3</sup>.

En Chile, el año 2018 hubo 155 defunciones por suicidio, lo que corresponde a una tasa de 10,2 por 100.000 habitantes. Si se compara entre sexos, ese año los hombres tuvieron una tasa de 16 por 100.000 habitantes, mientras que las mujeres 4,5 por 100.000 habitantes, es decir los hombres tienen 3,6 veces

más riesgo de cometer un suicidio. Para el mismo año 2018, la mayor tasa de mortalidad de suicidio fue en el grupo etario entre los 45 y 49 años, con una tasa de 21,48 por 100.000 habitantes, seguida por el grupo etario entre 20 y 24 años con una tasa de 17,61 por 100.000 habitantes. Con respecto al área geográfica de las personas fallecidas por suicidio entre los años 2007 y 2018, el 96,5% vivía en zonas urbanas y el 3,5% vivía en zonas rurales. Entre los métodos más utilizados en dicho periodo se encuentra, en primer lugar, el ahorcamiento con un 85,5%, seguido por el disparo por arma de fuego con un 5,1%<sup>4</sup>.

Las creencias culturales y morales sobre el suicidio, sumado a un pesimismo sobre la capacidad clínica de los profesionales de la salud para prevenir los suicidios, son factores limitantes en la indagación rutinaria sobre los pensamientos suicidas, lo que obstaculiza la autorrevelación del paciente. Es más, en el mundo el 45% de los individuos que se suicidan consultan en atención primaria de salud un mes antes de cometer el suicidio. Los adolescentes tienen menos probabilidades que los adultos de buscar ayuda en el mes previo al suicidio<sup>5</sup>.

Lo anterior da cuenta que existe una oportunidad para que los trabajadores de atención primaria de salud detecten a las personas que puedan presentar riesgo de suicidio antes de que éste ocurra. Existen diversas estrategias para prevenir el suicidio a nivel individual, comunitario y nacional. Es por esto que el objetivo de esta investigación es identificar los factores de riesgo relacionados con el suicidio y

\*Correspondencia: fbritog@udd.cl  
2020, Revista Confluencia, 3(2), 172-176

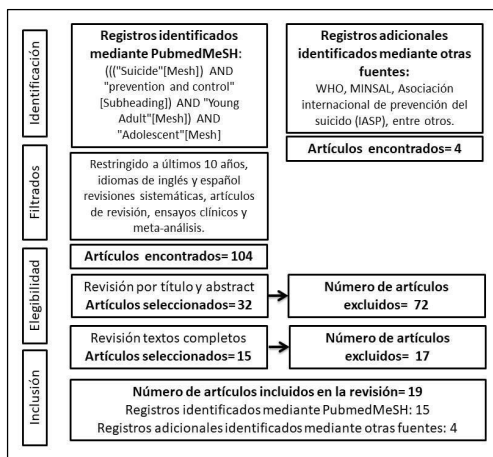


conocer las estrategias preventivas existentes en el mundo y en Chile, para así informar y educar sobre cómo prevenir este problema de salud pública.

**METODOLOGÍA**

Para este efecto se realizó una búsqueda en las bases de datos de PubMed, publicaciones y guías clínicas del Ministerio de Salud de Chile. Se utilizaron los siguientes términos MeSH para la búsqueda: "Prevention and control", "Suicide", "Adolescent" y "Young Adults". Se limitó a los años entre el 2010 y 2020, a los idiomas de inglés y español y a los siguientes tipos de literatura: revisiones sistemáticas, artículos de revisión, ensayos clínicos y metaanálisis.

Del total obtenido se revisaron los resúmenes y se eligieron los más atingentes para nuestra investigación. Posteriormente se realizó una revisión completa y análisis de cada artículo (Figura 1).



**Figura 1.** Flujograma de búsqueda

**RESULTADO Y DISCUSIÓN**

En un primer lugar se identificarán los factores de riesgo más determinantes para la conducta suicida, su importancia y cómo se puede intervenir a partir del conocimiento de ellos. En segundo lugar, se abordarán las principales estrategias de prevención del suicidio existentes en el mundo y en Chile.

Dentro de los principales factores de riesgo se encuentran: intentos suicidas previos<sup>2</sup>, pertenecer a minorías sexuales<sup>8</sup>, padecer enfermedades crónicas<sup>5</sup>, historia de violencia infantil, abuso sexual<sup>9</sup>, víctimas de bullying<sup>3</sup>, el uso no supervisado de internet<sup>3</sup> y el estilo de crianza de los padres<sup>2</sup>. En la gran mayoría de los casos, la conducta suicida ocurre en el contexto de los trastornos psiquiátricos, siendo la depresión uno de los factores de riesgo más importante<sup>5,6,8-10</sup>. A continuación, se profundizará en estos factores de riesgo:

**Trastorno psiquiátrico**

De los estudios de las autopsias psicológicas, alrededor del 90% de las víctimas de suicidio padecían un trastorno psiquiátrico, de los cuales el 50% eran trastornos depresivos. Dentro de estas autopsias también se identifican la dependencia del

alcohol y las drogas<sup>6,7</sup>.

Según un metaanálisis, en comparación con la población general, el riesgo de cometer un suicidio es de 20 veces mayor para las personas con depresión, de 15 veces para el trastorno bipolar, 8 veces para esquizofrenia y 7 veces para los trastornos de personalidad, lo que sugiere que un diagnóstico psiquiátrico tiene una sensibilidad para el suicidio del 90%<sup>8</sup>.

Del total de los suicidios, aproximadamente el 20% corresponde a personas con antecedentes de hospitalizaciones psiquiátricas. La tasa de suicidio en este grupo es 50 veces mayor que la población general, aumentando hasta 100 veces el riesgo durante los 3 meses posteriores al alta. Esto sugiere que un ingreso psiquiátrico actual o reciente es el determinante más fuerte conocido para el suicidio. Se ha informado un valor predictivo positivo para el riesgo de suicidio del 2,5% para los hombres y del 1,5% para las mujeres<sup>8</sup>.

Respecto a los adolescentes, aquellos con antecedente de intentos de suicidio suelen presentar trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, esquizofrenia y rasgos de trastorno de personalidad. En relación con estos últimos, los más prevalentes son los rasgos de personalidad límite, de evitación y paranoicos<sup>2</sup>.

**Minorías sexuales**

Un ejemplo de minoría sexual es la comunidad LGBT (lesbianas, gay, bisexuales y transgénero), quienes están expuestos a un entorno social determinado por prejuicios, rechazos y exclusión. Como consecuencia, se favorece el desarrollo de problemas de salud mental como depresión, abuso de sustancias, aislamiento social, conflicto con los pares y victimización. Lo anterior aumenta los factores de riesgo individuales para el suicidio en comparación a la población general<sup>11</sup>.

Pertenecer a una minoría sexual está universalmente vinculado con un aumento de las tasas del intento suicida independientemente del género. Un análisis de datos basados en registros sugiere que las personas LGBT tienen un riesgo de 3 a 4 veces mayor de morir por suicidio, con un riesgo desproporcionadamente mayor para los hombres que para las mujeres<sup>5</sup>.

Dado lo anterior, es indispensable hacer visibles las necesidades de salud mental de las minorías sexuales para promover intervenciones específicas y pertinentes<sup>11</sup>.

**Enfermedades Crónicas**

Existe una asociación entre las enfermedades crónicas y el suicidio. Se debe diferenciar entre pacientes que presentan enfermedades crónicas acompañadas de depresión y aquellos pacientes que tienen enfermedades sin trastornos mentales.



Respecto a las enfermedades crónicas con depresión concomitante, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (OR=1,5), el asma (OR=2,06), la enfermedad coronaria (OR=1,53), el accidente cerebrovascular (OR=1,54), la osteoporosis (OR=2,33) y, por último, la esclerosis múltiple (OR=2,54), aumentan el riesgo de suicidio. Por otro lado, las enfermedades crónicas sin trastornos mentales que aumentan el riesgo de suicidio son: enfermedad inflamatoria intestinal, migraña, epilepsia, alteraciones del sueño e insomnio<sup>5</sup>.

### Violencia infantil

La exposición a violencia interpersonal, entendida como maltrato infantil, bullying, intimidación, violencia en el noviazgo y violencia comunitaria, se ha relacionado repetidamente con un mayor riesgo de suicidio. En un metaanálisis de 29 estudios longitudinales de jóvenes y adultos jóvenes, de 12 a 26 años, la exposición a la violencia interpersonal se asoció a mayores intentos de suicidio y muertes, siendo el riesgo de suicidio diez veces mayor en los jóvenes expuestos a la violencia interpersonal en comparación a la población general. En este grupo, la eliminación de la exposición infantil a la violencia interpersonal estaría asociada con una reducción del 9% en la tasa de intentos de suicidio<sup>9</sup>.

### Acceso a internet

El uso patológico y no supervisado de Internet se correlaciona con la ideación suicida<sup>3</sup>. Un estudio demostró que el uso diario auto informado por más de 5 horas de internet y videojuegos se asoció fuertemente con niveles más altos de depresión y tendencias suicidas (ideación e intentos) en los adolescentes<sup>10</sup>.

Particularmente los adolescentes con ideación suicida pueden tener un riesgo especialmente elevado de buscar en Internet información sobre temas relacionados con el suicidio<sup>12</sup>. Se encontró que estas búsquedas están relacionadas con suicidios consumados por otros adultos jóvenes<sup>13</sup>. Los sitios web de pro-suicidio y los pactos suicidas en línea facilitan el comportamiento suicida en este grupo de riesgo<sup>14</sup>.

### Otros factores de riesgo

El estilo de crianza de los padres se ha relacionado con un mayor riesgo suicida. Los adolescentes que han intentado suicidarse informaron una menor calidez de los padres, mayor hostilidad, mayor negligencia y un mayor rechazo materno en comparación con los controles emparejados<sup>2</sup>.

El intento suicida previo, donde el individuo con el deseo de terminar con su vida realiza un acto que no resulta en la muerte sino en la autolesión, es uno de los factores de riesgo más importante<sup>2</sup>.

### Factores protectores

Dentro de los factores sociales asociados con un menor riesgo de suicidio se identifican: tener una red social de apoyo, fuertes razones para vivir, poseer una responsabilidad con niños pequeños y habilidades para la resolución de problemas.

La religiosidad es otro factor protector, entendida como la asistencia frecuente a servicios religiosos o la religiosidad personal. Este factor puede proteger del suicidio dado que el adoctrinamiento religioso conceptualiza el suicidio como un pecado grave, o bien, por el apoyo social de la comunidad religiosa<sup>5</sup>.

Ser mujer puede ser considerado un factor protector al ser más probable que busquen ayuda para la depresión y por lo tanto se beneficien de terapias más precoces. Esto se refleja en la reducción de la tasa de suicidio de mujeres que ha ocurrido en los últimos 20 años<sup>7</sup>.

En conocimiento de lo anterior, es necesario entender el suicidio como consecuencia de un proceso diverso y multifacético, donde coexisten factores hereditarios, psicosociales, demográficos y biológicos<sup>2,5,7</sup>. Aunque no existe un algoritmo eficaz para predecir el suicidio en la práctica clínica, un mejor reconocimiento y comprensión de estos factores puede facilitar la detección de individuos de alto riesgo y desarrollar estrategias eficaces de prevención<sup>5-8</sup>.

A continuación, se detallarán las principales estrategias de prevención de suicidio existentes en el mundo y en Chile:

### Intervenciones mundiales

La OMS clasifica las intervenciones preventivas como "universales", "selectivas" e "individuales". Siendo éstas dirigidas a la población general, grupos de mayor riesgo e individuos respectivamente<sup>8</sup>.

En cuanto a las estrategias universales, a lo largo de la historia destacan las siguientes intervenciones; sustitución del carbón por gas natural en 1960 en Reino Unido<sup>15</sup>, regulación de armas de fuego en 1990 en Australia<sup>16</sup>, políticas restrictivas de comercialización de pesticidas altamente peligrosos en numerosos países<sup>17</sup>, reducción del número de comprimidos por paquete de analgésicos<sup>18</sup>, instalación de barreras en puntos críticos de salto<sup>19</sup> y estrategias para reducir el consumo de alcohol<sup>20</sup>. Cada una de estas medidas universales, de bajo costo y sin inconvenientes, dio como resultado una reducción en la tasa de suicidio<sup>8</sup>.

Ahora bien, existen otras estrategias de prevención universal que tienen un costo mayor y son más difíciles de implementar. Dentro de estas se encuentran: un mejor acceso a la atención médica<sup>21</sup>, reducir el estigma asociado a la atención de salud mental y medidas enfocadas en factores socioeconómicos como reducir el desempleo<sup>2,22</sup>.

Las estrategias selectivas de la prevención del suicidio se basan en grupos de riesgo como:



personas con diagnóstico de depresión, personas con antecedentes de hospitalización psiquiátrica y personas que hayan sufrido violencia interpersonal.

La fuerte asociación entre el trastorno mental y el suicidio sugiere que el tratamiento de éste (psicoterapéutico, farmacológico o neuromodulador), podría ser una forma eficaz de prevenir conductas suicidas<sup>2,3,5,8</sup>. Una mejor coordinación entre la atención primaria y secundaria, además del seguimiento frecuente de los pacientes con antecedentes de intentos suicida, reducen la tasa de suicidio<sup>5</sup>.

Las personas con antecedentes de hospitalización psiquiátrica podrían beneficiarse de las medidas preventivas selectivas. No obstante, sólo se puede esperar que estas intervenciones tengan un efecto modesto en la tasa total de suicidio porque la mayoría de éstos corresponden a personas sin antecedentes de hospitalización psiquiátrica<sup>8,23</sup>.

La prevención de adversidades tempranas del desarrollo, como por ejemplo la violencia interpersonal, el maltrato infantil, la intimidación y la victimización merecen una consideración para disminuir la tasa de suicidio<sup>9,24</sup>. La capacitación de los profesionales a cargo del cuidado infantil sobre la prevención del abuso ha dado como resultado un mejor conocimiento de las actitudes y comportamientos de riesgo del individuo<sup>25</sup>. A su vez, la implementación de programas escolares de autoprotección ha aumentado las habilidades de los niños y niñas para reconocer situaciones de riesgo<sup>26,27</sup>.

Por último, la prevención individual es un gran desafío puesto que el grado de complejidad de la biología, la psicología y el entorno social de una persona hacen que el suicidio sea impredecible, incluso si se pudieran conocer todos los factores iniciales de riesgo y protección<sup>8</sup>.

De estas tres intervenciones preventivas, son las medidas universales las que tienen una mejor esperanza para la prevención global del suicidio<sup>8</sup>.

Ahora bien, existen programas preventivos que se están aplicando en diversas regiones del mundo. Uno de ellos es promovido por la European Alliance Against Depression (EAAD), el cual se basa en un modelo de intervención comunitaria de cuatro niveles orientados simultáneamente en la depresión y la conducta suicida. Esto ya ha sido implementado en más de 100 regiones de Europa<sup>6</sup>.

En el primer nivel se busca educar tanto a los médicos como a los pacientes sobre la depresión y el suicidio. Se realizan capacitaciones a los médicos generales y se entrega material informativo a los pacientes. Este nivel de intervención es relevante dado que la mayoría de los pacientes suicidas son atendidos por profesionales de atención primaria de salud<sup>6</sup>.

El segundo nivel, consta de campañas publicitarias que buscan evidenciar cómo la

depresión es un problema de salud prevalente y global. Se utilizan frases como: "la depresión puede afectar a todo el mundo", "la depresión tiene muchas caras" y "la depresión se puede tratar"<sup>6</sup>.

El tercer nivel tiene como objetivo capacitar a personas para que se conviertan en "facilitadores y guardianes de la comunidad" los cuales puedan reconocer a los jóvenes en riesgo, brindar apoyo y facilitar la vinculación con los servicios de salud mental<sup>6,9</sup>. Estos pueden ser profesores, sacerdotes, periodistas, farmacéuticos y otros grupos de profesionales que están potencialmente en contacto con personas deprimidas en su rutina laboral. En lo que respecta a los periodistas, la capacitación se centra en recomendaciones sobre cómo transmitir la información, con el fin de reducir el efecto de imitación también conocido como "efecto Werther"<sup>6</sup>.

El cuarto nivel se basa en la formación de grupos de autoayuda que involucran a pacientes y a familiares.

La Comisión Europea sobre salud mental y la OMS en el informe de prevención del suicidio del año 2014<sup>28</sup> ha reconocido este modelo de la EAAD como ejemplo de buenas prácticas para la prevención del suicidio y la optimización de la atención a las personas con depresión<sup>6</sup>.

En Chile, el año 2013 se creó el programa nacional de prevención del suicidio el cual tiene como objetivo principal "fomentar competencias en la población para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables"<sup>29</sup>. Este programa se basa en 6 aspectos: un sistema de información y vigilancia, planes regionales intersectoriales de prevención, capacitación del personal de salud, intervenciones preventivas en los colegios, sistema de ayuda en situaciones de crisis y trabajo con los medios de comunicación.

Luego de lo revisado anteriormente, se puede concluir que el suicidio es un problema de salud pública multifactorial que sólo puede reducirse, no eliminarse, y el conocimiento de los factores de riesgo es fundamental para identificar conductas e ideaciones suicidas a tiempo<sup>3</sup>.

## CONCLUSIÓN

Esta revisión bibliográfica es importante para los profesionales del área de salud puesto que identifica los principales factores de riesgo asociados al suicidio. Lo anterior es de suma relevancia para que éstos puedan reconocer de forma oportuna dichos factores y puedan intervenir a tiempo. No obstante, esta revisión deja en manifiesto que no sólo los profesionales del área de salud pueden ayudar a disminuir la tasa de suicidio, sino que también todos los trabajadores que están en contacto directo con personas.

A su vez, esta revisión aporta conocimiento sobre las principales intervenciones para prevenir el suicidio existente en el mundo y en Chile. Sin embargo, una





limitación de esta revisión bibliográfica es la escasa información actualizada del impacto en la reducción de la tasa de suicidio que tienen las intervenciones analizadas. Lo anterior impidió ahondar en la efectividad de dichas medidas.

Futuras investigaciones podrían enfocarse en analizar el impacto de las intervenciones midiendo cómo se comporta la tasa del suicidio luego de ser aplicadas, en relación con las variables tiempo, lugar y persona. A su vez, sería interesante que nuevos trabajos investigativos se enfoquen en los efectos de la pandemia por COVID-19 en el suicidio.

Esta revisión bibliográfica les permitió a los autores tomar conciencia sobre la gran responsabilidad que tienen los profesionales de la salud en la prevención del suicidio, debido a que más de alguna vez durante su práctica clínica se verán enfrentados a pacientes con riesgo suicida.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. Suicide [Internet]. Ginebra: WHO; 2019 [citado el 9 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1)
- Wong JC. Predicting Suicide and its Prevention. *Ann Acad Med Singapore*. 2018;47(9):357-9.
- Shain B; Committee on adolescence. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(1):e20161420. doi: 10.1542/peds.2016-1420.
- Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Defunciones y Mortalidad observada por Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente [Internet]. Santiago: Departamento de Control de Gestión del Ministerio de Salud de Chile; 2019 [citado el 9 de agosto de 2020] Disponible en: [http://estadistica.ssmso.cl/downloads/informe\\_de\\_suicidio/suicidios-2007-2018.pdf](http://estadistica.ssmso.cl/downloads/informe_de_suicidio/suicidios-2007-2018.pdf)
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
- Hegerl U. Prevention of suicidal behavior. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(2):183-90.
- Zalar B, Kores Plesničar B, Zalar I, Mertik M. Suicide and Suicide Attempt Descriptors by Multimethod Approach. *Psychiatr Danub*. 2018;30(3):317-22. doi: 10.24869/psyd.2018.317.
- Large MM. The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018;20(3):197-205. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.3/mlarge.
- King CA, Arango A, Ewell Foster C. Emerging trends in adolescent suicide prevention research. *Curr Opin Psychol*. 2018;22:89-94. doi: 10.1016/j.copsy.2017.08.037.
- Messias E, Castro J, Saini A, Usman M, Peeples D. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41(3):307-15.
- Tomčić A, Gálvez C, Quiroz C, Martínez C, Fontbona J, Rodríguez J, et al. Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Rev Med Chil*. 2016;144(6):723-33.
- Katsumata Y, Matsumoto T, Kitani M, Takeshima T. Electronic media use and suicidal ideation in Japanese adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(6):744-46.
- Hagihara A, Miyazaki S, Abe T. Internet suicide searches and the incidence of suicide in young people in Japan. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(1):39-46.
- Durkee T, Hadlaczky G, Westerlund M, Carli V. Internet pathways in suicidality: a review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(10):3938-52.
- Kreitman N. The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. *Br J Prev Soc Med*. 1976;30(2):86-93.
- Large MM, Nielssen OB. Suicide in Australia: meta-analysis of rates and methods of suicide between 1988 and 2007. *Med J Aust*. 2010;192(8):432-7.
- Gunnell D, Knipe D, Chang SS, Pearson M, Konradsen F, Lee W, et al. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 2017;5(10):e1026-37.
- Hawton K, Bergen H, Simkin S, Dood S, Pocock P, Bernal W, et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ*. 2013;346:f403.]
- Law CK., Svetlicic J., De Leo D. Restricting access to a suicide hotspot does not shift the problem to another location. An experiment of two river bridges in Brisbane, Australia. *Aust N Z J Public Health*. 2014;38(2):134-8.
- Kerr WC, Subbaraman M, Ye Y. Per capita alcohol consumption and suicide mortality in a panel of US states from 1950 to 2002. *Drug Alcohol Rev*. 2011;30(5):473-80.
- Tondo L, Albert MJ, Baldessarini RJ. Suicide rates in relation to health care access in the United States: an ecological study. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(4):517-23.
- Schomerus G, Evans-Lacko S, Rusch N, Mojtabai R, Angermeyer MC, Thornicroft G. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24(2):166-71.
- Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis PN, Kerkhof AJ, Navickas A, Höschl C, et al. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *Br J Psychiatry*. 2014;205(6):486-96.
- Callaghan S, Ryan C, Kerridge I. Risk of suicide is insufficient warrant for coercive treatment for mental illness. *Int J Law Psychiatry*. 2013c;36(5-6):374-85.
- Reider EE, Sims BE. Family-based preventive interventions: Can the onset of suicidal ideation and behavior be prevented? *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016;46(Supplemental 1):S3-S7.
- Rheingold AA, Zajac K, Chapman JE, Patton M, de Arellano M, Saunders B, et al. Child sexual abuse prevention training for childcare professionals: An independent multi-site randomized controlled trial of stewards of children. *Prevention Science*. 2015;16(3):374-85.
- Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programs for the prevention of child sexual abuse. *Res Soc Work Pract*. 2015:1-23.
- World Health Organization. Preventing Suicide: a Global Imperative. Geneva, Switzerland: WHO; 2014.
- Ministerio de Salud, Chile. Programa Nacional de Prevención del Suicidio: orientaciones para su implementación [Internet]. Santiago: Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública; 2013 [citado el 9 agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa\\_Nacional\\_Prevencion.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf)

