

# Prevención del suicidio

## Herramientas

### para la participación comunitaria



**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



# Prevención del suicidio Herramientas para la participación comunitaria

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACION REGIONAL PARA LAS Américas

Versión oficial en español de la obra original en inglés  
*Preventing suicide: a community engagement toolkit*  
© World Health Organization, 2018  
ISBN 978-92-4-151379-1

Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria

© Organización Panamericana de la Salud, 2021

ISBN: 978-92-75-32431-8 (impreso)

ISBN: 978-92-75-32432-5 (pdf)

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

**Forma de cita propuesta:** Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324325>.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

NMH/MH/2021

# Índice

<b>Prólogo</b>	<b>5</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>7</b>
<b>Prevención del suicidio: el papel de las comunidades</b>	<b>8</b>
Introducción	8
Entender el suicidio	8
Por qué es importante prevenir el suicidio	9
Por qué las comunidades desempeñan un papel importante en la prevención del suicidio	9
Conjunto de herramientas para la participación de la comunidad en la prevención del suicidio	10
 <b>1. Preparación inicial</b>	<b>13</b>
1. Conocer la comunidad y fomentar un entorno comunitario de apoyo	13
2. Considerar la escala, la población, los servicios y la información disponibles	14
3. Definir metas generales	16
4. Constituir un comité directivo	16
5. Determinar quiénes son los interesados directos clave	18
6. Elegir una técnica de participación para la primera reunión	20
7. Planificar y organizar la primera reunión	22
 <b>2. Inicio de la conversación en la primera reunión</b>	<b>27</b>
1. Realizar un ejercicio de mapeo	27
 <b>3. Elaboración de un plan de acción comunitario</b>	<b>32</b>
1. Examinar las cuestiones clave y las posibles acciones comunitarias	32
2. Mapear los recursos para las posibles acciones	38
3. Movilizar recursos	39
4. Formular el plan de acción en función de las prioridades y los recursos	40
5. Formular metas SMARTER en el plan de acción	40
6. Elaborar una estrategia de divulgación para promover las actividades de prevención del suicidio y los eventos comunitarios	41
 <b>4. Movilización continua de los medios de comunicación</b>	<b>46</b>
1. Consejos para trabajar con éxito con los medios de comunicación locales	46
2. Información responsable en los medios de comunicación	47
 <b>5. Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario</b>	<b>50</b>
1. Seguimiento continuo	51
2. Evaluación para extraer las enseñanzas que sirvan para otras iniciativas futuras	51
3. Sistemas de vigilancia y cambio cuantitativo	53
 <b>6. Reunión de retroalimentación de la comunidad</b>	<b>57</b>

<b>Recursos para la prevención del suicidio en la comunidad</b>	<b>60</b>
Recursos generales para la prevención del suicidio	60
Implicación de los interesados directos clave en el proceso de prevención del suicidio	61
Ejemplos de otros programas comunitarios de prevención del suicidio	61
Recursos generales para la participación comunitaria (no relacionados con el suicidio)	62
Financiamiento	62
Seguimiento y evaluación	63
Reducción de la estigmatización y sensibilización sobre la salud mental y el suicidio	63
Reducción del acceso a los medios de suicidio	63
Implicación de los medios de comunicación para promover la información responsable sobre el suicidio	64
Capacitación de los guardianes	64
Personas que han intentado suicidarse	64
Recursos específicos para los jóvenes	65
Recursos para los pueblos indígenas	66
Recursos para los refugiados e inmigrantes	66
Recursos para las personas mayores	66
Recursos para los lugares de trabajo	67
Posvención: apoyo a los afectados por un suicidio y prevención de la imitación	67
<b>Referencias</b>	<b>68</b>
<b>Anexo 1</b>	<b>1</b>
<b>Anexo 2</b>	<b>2</b>

# Prólogo

Los suicidios causan estragos. Cada año, más de 800 000 personas mueren por suicidio, que es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Hay indicios de que, por cada persona adulta que muere por suicidio, puede haber más de veinte que intentan suicidarse. El impacto en las familias, las amistades y las comunidades es devastador y de gran alcance, incluso mucho después de que algún ser querido se haya quitado la vida. Hay factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo que pueden interactuar y llevar a una persona a adoptar un comportamiento suicida; el estigma asociado al suicidio hace que muchas personas se sientan incapaces de buscar ayuda. La mayoría de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos, donde los recursos y servicios, de haberlos, suelen ser escasos e insuficientes para la detección, el tratamiento y el apoyo tempranos a las personas que lo necesitan. Estos hechos contundentes y la falta de intervenciones ejecutadas oportunamente hacen que el suicidio sea un problema grave de salud pública a escala mundial que se debe abordar con urgencia.

Las comunidades pueden desempeñar un papel crucial en la prevención del suicidio. Pueden prestar apoyo social a las personas vulnerables, implicarse en la atención de seguimiento, luchar contra el estigma y apoyar a las personas afectadas por un suicidio. Pueden ayudar a dar a las personas un sentido de pertenencia y un sentimiento de conexión al formar parte de una comunidad. Por último, las comunidades también pueden aplicar estrategias específicas de prevención del suicidio que sean pertinentes en su contexto.

Facilitar la participación de la comunidad en la prevención del suicidio es una tarea importante. Si bien los gobiernos deben tomar la delantera en el desarrollo y la aplicación de estrategias multisectoriales integrales para la prevención del suicidio, las comunidades pueden incorporar y mejorar estos esfuerzos teniendo en cuenta las necesidades, prioridades y circunstancias locales.

La Comisión de Salud Mental de Canadá lanzó la iniciativa local *#308conversations* invitando a cada uno de los 308 miembros del Parlamento del Canadá y a otros líderes comunitarios a mantener una conversación en su comunidad sobre la prevención del suicidio. Esta iniciativa representa un enfoque participativo para conectar a las comunidades, transmitir las mejores prácticas, determinar los retos y tomar medidas significativas para reducir el suicidio y el impacto de los comportamientos suicidas en Canadá. Los miembros de la comunidad interesados, las personas que han vivido esta situación y los interesados directos ponen en común lo que está funcionando y determinan las brechas en cuanto al acceso, el tratamiento y el apoyo.

La Organización Mundial de la Salud ha trabajado en colaboración con la Comisión de Salud Mental de Canadá para adaptar este enfoque participativo para su uso a escala mundial. Estas herramientas son una guía paso a paso para que las comunidades se involucren en actividades de prevención del suicidio, hagan suyo el proceso y mantengan los esfuerzos de manera constante. No son un manual para iniciar intervenciones específicas, sino que describen un proceso de abajo arriba, activo y participativo, mediante el cual las comunidades identifican, priorizan y ejecutan actividades que son importantes y apropiadas para su contexto local, y que pueden influir en las políticas y los servicios, y configurarlos.

Esperamos que estas herramientas para la participación comunitaria se utilicen en muchos países y contextos. Juntos, estamos trabajando hacia la meta fundamental de reducir el suicidio. Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud se han comprometido en el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* a trabajar hacia el logro de la meta mundial de reducir la tasa de suicidio en los países en un 10% para el 2020. La tasa de suicidio se encuentra entre los indicadores acordados para la meta de salud 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas: "Para el 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar". Es poco probable que esta meta se logre a menos que las comunidades participen activamente en los esfuerzos de prevención del suicidio.

Dr. Shekhar Saxena  
Director  
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias  
Organización Mundial de la Salud

Louise Bradley  
Presidenta y Directora General  
Comisión de Salud Mental de Canadá

# Agradecimientos

## SUPERVISIÓN Y ORIENTACIÓN

Shekhar Saxena (OMS), Louise Bradley (Comisión de Salud Mental de Canadá)

## COORDINACIÓN Y EDICIÓN DE PROYECTOS

Alexandra Fleischmann (OMS)

## CONTRIBUCIÓN Y REDACCIÓN TÉCNICAS

Ed Mantler, Jennifer Vornbrock, Karla Thorpe, Stephanie Machel, Megan Schellenberg, Samuel Breau, Aimee LeBlanc (todos de la Comisión de Salud Mental del Canadá), Lakshmi Vijayakumar (India), Sutapa Howlader (Australia), Anna Frühauf (Alemania), Elisabet ArribasIbar (España)

## REVISIÓN DE LA VERSIÓN PILOTO O LA VERSIÓN FINAL

Shaazneen Ali (Maldivas), Ralph Aquila (Estados Unidos), Ella Arensman (Irlanda), Jeffrey Aron (Estados Unidos), José Ayuso-Mateos (España), Agnes Becker (Reino Unido), José M Bertolote (Brasil), Renzo Bonn (Italia), Robert Bossarte (Estados Unidos), Pamela Collins (Estados Unidos), Diego De Leo (Australia), Paolo Del Vecchio (Estados Unidos), Geert Dom (Bélgica), Rabih El Chammay (Líbano), Jacqueline Garrick (Estados Unidos), Ulrich Hegerl (Alemania), Helen Herrman (Australia), Juliane Hug (Alemania), Hiroto Ito (Japón), Roy A Kallivayalil (India), Zurab Kekelidze (Federación de Rusia), Nicole Koburger (Alemania), Elisabeth Kohls (Alemania), Kairi Kolves (Australia), Ilana Lapidos (Estados Unidos), Nancy Liu (Estados Unidos), Richard McKeon (Estados Unidos), Roberto Mezzina (Italia), Nerges Mistry (India), Yutaka Motohashi (Japón), Elise Paul (Estados Unidos), Sara Pedersini (Suiza), Michael R Phillips (China), György Purebl (Hungría), Jessica Spagnolo (Canadá), Graham Thornicroft (Reino Unido), Mónika D Tóth (Hungría), Nadja Van Ginneken (Reino Unido), Laetitia Van Haren (Reino Unido), Simon Vasseur Bacle (Francia), Danuta Wasserman (Suecia), Megan Williams (Estados Unidos)

## USO DE LA VERSIÓN PILOTO

Sujit John, Lakshmi Vijayakumar, Neha Lamech (India), Merab Mulindi (Kenya), Kedar Marahatta (Nepal), Edwin Bolastig, Gerard Hutchinson (Trinidad y Tabago), Robert Bossarte (Estados Unidos)

## PASANTE

Lakshmi Chandrasekaran

## APOYO ADMINISTRATIVO

Ophelia Riano (OMS)

## PRODUCCIÓN

Edición: David Bramley (Suiza)

Diseño gráfico y maquetación: Yusuke Nakazawa (Japón)

La OMS quiere agradecer a la Comisión de Salud Mental de Canadá y al Gobierno de Japón sus contribuciones financieras.

# Prevención del suicidio: el papel de las comunidades

## Introducción

Las comunidades desempeñan un papel crucial en la prevención del suicidio. Estas herramientas se basan en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) *Prevención del suicidio: un imperativo global* (OMS, 2014) y en ellas se presentan pasos prácticos para involucrar a las comunidades en actividades de prevención del suicidio.

La participación de la comunidad es un proceso de abajo arriba, activo y participativo mediante el cual las comunidades pueden influir en las políticas y los servicios y configurarlos (McLeroy et al., 2003). Las comunidades pueden conseguir esto iniciando actividades que sean importantes y adecuadas para su contexto local. Sin embargo, aunque cada vez más se reconoce que son enfoques innovadores tanto para la salud pública como para la salud mental, las técnicas de participación comunitaria a menudo no cuentan con evidencia ni con pautas claras para su ejecución y diseño exitosos (Mendel et al., 2011). Cuando se aplican adecuadamente, los proyectos de participación comunitaria pueden ser muy eficaces para abordar los problemas de salud mental en general y para prevenir el suicidio en particular. Estos enfoques suelen ser relativamente costo-eficaces y, por lo tanto, son especialmente interesantes para los países de ingresos bajos y medianos, donde el estigma y el tabú a menudo limitan el acceso a una atención de calidad para los comportamientos suicidas.

Cuando se tratan temas delicados como la prevención del suicidio, puede ser difícil saber dónde o cómo comenzar a actuar. Por lo tanto, estas herramientas ofrecen algunas sugerencias prácticas que las comunidades de todo el mundo pueden utilizar, independientemente de los recursos que tengan o de su estado actual de progreso en los esfuerzos de prevención del suicidio.

## Entender el suicidio

A nivel mundial, cada año mueren más de 800 000 personas por suicidio, la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2014). Sin embargo, dado que el suicidio es un tema delicado, es muy probable que se subnotifique debido al estigma, la criminalización en algunos países y la debilidad de los sistemas de vigilancia.

Aproximadamente 75% de todos los casos de suicidio en el mundo tienen lugar en países de ingresos bajos y medianos. En los países de ingresos altos, mueren por suicidio tres veces más hombres que mujeres, pero en los países de ingresos bajos y medianos la proporción de los hombres respecto a las mujeres es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. En casi todas las regiones del mundo, las mayores tasas de suicidio corresponden a las personas de 70 años o más, tanto en los hombres como en las mujeres. En algunas regiones, las tasas de suicidio aumentan de forma constante con la edad, mientras que en otras alcanzan un pico en las personas adultas jóvenes. Las tasas de suicidio de las personas adultas jóvenes y las mujeres mayores son mucho más altas en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos, mientras que las tasas de suicidio en los hombres de mediana edad son mucho más altas en los países de ingresos altos que en los países de ingresos bajos y medianos. A nivel mundial, los suicidios representan el 50% de todas las muertes violentas (es decir, por violencia interpersonal, conflictos armados y suicidio) en los hombres y el 71% en las mujeres (OMS, 2014).

Hay factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo que pueden interactuar y aumentar el riesgo de comportamiento suicida. Entre los factores de riesgo de suicidio se encuentran, por ejemplo, los intentos de suicidio previos, problemas y trastornos de salud mental, el consumo problemático de sustancias psicoactivas, la pérdida de empleo o las pérdidas económicas, los traumas o los abusos y el maltrato, y el dolor o las enfermedades crónicas, como el cáncer, la diabetes y la infección por el VIH/sida. Desgraciadamente, la prevención del suicidio es con demasiada frecuencia una prioridad de nivel bajo para los gobiernos y los encargados de formular políticas. La prevención del suicidio debe ser prioritaria en las agendas mundiales de salud pública y de políticas públicas. Es necesario sensibilizar acerca del suicidio como problema de salud pública mediante un enfoque multidimensional que tenga en cuenta las repercusiones sociales, psicológicas y culturales.

Es importante conocer el contexto local de cada comunidad para determinar los grupos que pueden ser más vulnerables al suicidio. Esto permite que las actividades de prevención del suicidio en la comunidad se dirijan a las personas con el mayor riesgo de suicidio (Wasserman, 2016).

## **Por qué es importante prevenir el suicidio**

En el 2013, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* (OMS, 2013). En este plan de acción se establece como prioridad la prevención del suicidio, con la meta mundial de reducir la tasa de suicidio en los países en un 10% para el 2020. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030, el suicidio es un indicador propuesto para la meta de salud 3.4, que plantea reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

Los suicidios son prevenibles. Las estrategias multisectoriales integrales para la prevención del suicidio son esenciales para reducir el suicidio en todo el mundo, y se deben emplear enfoques a nivel comunitario como parte de una estrategia eficaz. La prevención del suicidio no solo es importante para las personas y las familias, sino que también promueve el bienestar de las comunidades, y beneficia al sistema de atención de salud y a la sociedad en general.

La prevención del suicidio puede tener efectos positivos en las comunidades mediante:

- la promoción de la salud y del bienestar de los miembros de la comunidad;
- el empoderamiento de las comunidades para identificar y facilitar las intervenciones;
- el fomento de la capacidad de los prestadores locales de atención de salud y otros guardianes.

## **Por qué las comunidades desempeñan un papel importante en la prevención del suicidio**

Los gobiernos tienen que tomar la iniciativa en la prevención del suicidio, y desarrollar y aplicar estrategias nacionales integrales y multisectoriales de prevención del suicidio. En algunos países se están aplicando programas de prevención del suicidio en la comunidad en diversos niveles y se ha observado que pueden surgir efectos sinérgicos cuando se aplican simultáneamente diferentes actividades y medidas (Harris et al., 2016). Sin embargo, las variaciones en las tasas de suicidio dentro de los países (por ejemplo, por zonas geográficas) indican que la prevención de arriba abajo del suicidio debe ir de la mano de procesos locales de abajo arriba. Por lo tanto, las comunidades desempeñan un papel esencial en la prevención del suicidio cuando proporcionan puentes entre las necesidades de la comunidad, las políticas nacionales y las intervenciones basadas en la evidencia que se adaptan a las circunstancias locales.

El suicidio está rodeado de estigma, vergüenza e incomprensión. Esto implica que, con frecuencia, las personas no buscan o no pueden buscar la ayuda adecuada. Una sola persona, organización o institución no puede lograr la prevención del suicidio, sino que se requiere el apoyo de toda la comunidad. La contribución de la comunidad es esencial para cualquier estrategia nacional de prevención del suicidio. Las comunidades pueden reducir el riesgo y reforzar los factores de protección proporcionando apoyo social a las personas vulnerables, participando en la atención de seguimiento, sensibilizando, luchando contra el estigma y apoyando a las personas afectadas por un suicidio. Los miembros de la comunidad también pueden plantear que es importante registrar los casos de suicidio y los intentos de suicidio. En algunos casos, los miembros o representantes de la comunidad pueden asumir el llamado papel de “guardianes” para detectar a las personas con riesgo de comportamiento suicida o señalar nuevos grupos de casos de suicidios. Tal vez lo más importante es que las comunidades pueden ayudar dando a las personas un sentido de pertenencia. El apoyo social dentro de las comunidades puede ayudar a proteger a las personas vulnerables frente al suicidio al crear vínculos sociales y mejorar las aptitudes para hacer frente a las dificultades. Es esencial comprender que la propia comunidad está en mejor posición para determinar las necesidades y prioridades locales (Kral et al., 2009; Coppens et al., 2014).

## **Herramientas para la participación de la comunidad en la prevención del suicidio**

Con frecuencia, los miembros de la comunidad y los interesados directos que quieren participar en la prevención del

suicidio tienen que determinar ellos mismos las prioridades y las estrategias. En algunos casos, pueden encontrar recursos útiles y sostenibles para apoyar a personas que han intentado suicidarse, a las personas afectadas por un suicidio y a las personas que están en riesgo o en situaciones de crisis. Sin embargo, a menudo no es así y las comunidades consideran que no están suficientemente preparadas para la tarea de establecer estrategias exitosas de prevención del suicidio o se sienten abrumadas por dicha tarea. El estigma y el tabú acerca del suicidio pueden suponer un obstáculo para prevenir el suicidio de manera sostenible a largo plazo.

En este contexto, el propósito de estas herramientas es ayudar a determinar y aplicar las prioridades en la prevención del suicidio, y a dirigir las actividades comunitarias apropiadas hacia toda la comunidad y hacia personas o grupos específicos. En ellas se proporciona orientación para establecer redes de apoyo que ayuden a las comunidades en las actividades de prevención del suicidio o en la mejora de actividades que ya podrían estar en marcha. Este documento es una guía para que las comunidades se involucren en actividades de prevención del suicidio; no es un modelo para la prevención integral del suicidio en la comunidad en el que se especifiquen los componentes básicos de un modelo comunitario, ni es un plan detallado para que las naciones ejecuten la prevención integral del suicidio en la comunidad.

Cualquier persona que quiera iniciar una actividad en su comunidad debería poder usar estas herramientas. La comunidad destinataria puede definirse por las características geográficas o por factores sociales como la edad, el sexo o la vulnerabilidad (por ejemplo, grupos indígenas, refugiados, minorías, militares, prisiones, lugares de trabajo, personas LGBTI,<sup>1</sup> personas socialmente desfavorecidas o aisladas).

Estas herramientas ofrecen orientación paso a paso según las siguientes áreas clave (figura 1):

1. Preparación inicial
2. Inicio de la conversación en la primera reunión
3. Elaboración de un plan de acción comunitario
4. Movilización continua de los medios de comunicación
5. Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario
6. Reunión de retroalimentación de la comunidad

En cada sección se ofrece orientación sobre cómo avanzar en la participación de la comunidad y se indican las herramientas que pueden usarse para poner en marcha el proceso de elaborar un plan de acción de prevención del suicidio que sea pertinente para la comunidad. Estas herramientas no son exhaustivas, por lo que se pueden desarrollar y utilizar muchas otras. Cada comunidad puede adaptar este material o diseñar su propio plan, sus herramientas y actividades para asegurarse de que se ajusten mejor a la comunidad, y que sean aceptables y adecuadas para el contexto local.

<sup>1</sup> LGBTI: Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales.

Figura 1. Resumen del proceso de participación comunitaria





# 1. Preparación inicial

1. Conocer la comunidad y fomentar un entorno comunitario de apoyo.
2. Considerar la escala, la población, los servicios y la información disponible.
3. Definir metas generales.
4. Constituir un comité directivo.
5. Determinar quiénes son los interesados directos clave.
6. Elegir una técnica de participación para la primera reunión.
7. Planificar y organizar la primera reunión.



1. Preparación Inicial



2. Inicio de la conversación en la primera reunión



3. Elaboración de un plan de acción comunitario



4. Movilización continua de los medios de comunicación



5. Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario



6. Reunión de retroalimentación de la comunidad

# 1. Preparación inicial

Es importante estar preparados antes de empezar a involucrar a la comunidad en su totalidad. En esta sección se ofrece orientación práctica sobre cómo un grupo de personas que estén interesadas en emprender una acción colectiva puede empezar. Se considera el entorno comunitario, los objetivos generales y los análisis iniciales, así como la elección de una técnica de participación para la primera reunión comunitaria.

## 1. Conocer la comunidad y fomentar un entorno comunitario de apoyo

El suicidio es un tema delicado que está rodeado de silencio, tabú y estigma en la mayoría de las sociedades. Las comunidades deben sentirse preparadas para sacar al suicidio de la sombra antes de adoptar cualquier medida. Por lo tanto, es muy importante conocer la comunidad y fomentar un entorno comunitario propicio (anexo 1.1) para la prevención del suicidio desde el principio del proceso. Cada comunidad es diferente, y entender sus percepciones y actitudes hacia la salud, y hacia el suicidio en particular —así como sus creencias religiosas, el contexto sociocultural y el estigma en torno al suicidio y la salud mental—, es fundamental para tener éxito. Fomentar un entorno comunitario propicio es un proceso continuo. La concientización y la sensibilización sobre el suicidio entre los miembros de la comunidad podrían significar aportar información sobre el suicidio y su prevención, la carga de los intentos de suicidio y el suicidio, los factores de riesgo y de protección, los grupos vulnerables o el papel que pueden desempeñar las comunidades en la prevención del suicidio. Esto permitiría a las comunidades intervenir primero de forma mínima, con los recursos humanos y económicos disponibles, antes de pasar a acciones a mayor escala en toda la comunidad.

La sensibilización podría adoptar las siguientes formas:

- campañas en las redes sociales;
- campañas en los medios de comunicación tradicionales (por ejemplo, en la televisión o la radio);
- reuniones de la comunidad en el ayuntamiento;
- talleres o seminarios por internet;
- anuncios publicitarios en páginas web, carteles, vallas publicitarias o anuncios;
- campañas itinerantes;
- teatro callejero, representaciones teatrales;
- sesiones de capacitación;
- simposios.

Poner en contacto a personas, grupos y organizaciones que tienen la prevención del suicidio como interés común y desarrollar redes y asociaciones son también pasos importantes. Antes de organizar una primera reunión con la comunidad en general, podrían celebrarse debates iniciales con grupos más pequeños para explorar las creencias, ideas, percepciones, actitudes y sentimientos sobre el suicidio y cuestiones culturales. Estos debates iniciales podrían incluir, por ejemplo, reuniones con grupos de mujeres, hombres, jóvenes o personas mayores, reuniones en escuelas o lugares de trabajo, charlas con trabajadores sociales o de salud, o con personas voluntarias u otros subgrupos de la comunidad, como los grupos minoritarios. Las redes y las asociaciones contribuyen a crear y reforzar el compromiso de trabajar juntos para hacer frente al suicidio.

Además, en esta fase inicial, podría ser útil identificar e incluir a un campeón (un miembro distinguido o reconocido de la comunidad o una celebridad) que hable sobre el suicidio y la importancia de prevenirlo. Esta persona podría contar su propia historia o cómo ella misma o alguien cercano a ella consiguió hacer frente a circunstancias adversas. Esto podría ayudar a captar la atención de los miembros de la comunidad y facilitar el inicio de una conversación sobre el suicidio.

Los medios de comunicación desempeñan un papel importante en la concientización y sensibilización de la comunidad. La movilización continua de los medios de comunicación a lo largo del proceso de participación comunitaria es esencial (véase la sección “Movilización continua de los medios de comunicación”) para conseguir una difusión amplia de la información. La movilización de los medios de comunicación debe considerarse un paso natural en el proceso de participación de la comunidad.

## 2. Considerar la escala, la población, los servicios y la información disponibles

Hay que considerar la escala de la participación comunitaria y la población o la zona a la que se involucrará. Aunque las ideas preliminares sobre la comunidad y las actividades de prevención del suicidio deben adaptarse continuamente a medida que se recopila más información, tiene que haber cierta preparación para conseguir que se determinen pronto las dificultades y los obstáculos y se encuentre el modo de superarlos.

Antes de iniciar la primera reunión con la comunidad o antes de comenzar las actividades, es esencial averiguar si se ha producido algún suicidio recientemente, qué servicios están disponibles, si ya existen programas de prevención del suicidio o si la comunidad evita en general abordar el tema del suicidio. De lo contrario, se corre el riesgo de perder el tiempo, de que las personas sean reacias a participar o de que se elijan técnicas de participación inadecuadas (Lane y Tribe, 2010). Aunque la iniciativa surja de la propia comunidad, algo que puede ocurrir sobre todo en los países con pocos recursos, es importante realizar un análisis preparatorio.

El desarrollo y la facilitación de la prevención del suicidio adecuada para una comunidad también requiere conocer los datos disponibles y tener conciencia de las limitaciones de los datos, así como el compromiso para mejorar la calidad de los datos de modo que reflejen con mayor exactitud la eficacia de actividades específicas (OMS, 2014).

A la hora de considerar a la comunidad, se deben tener en cuenta los siguientes factores (anexo 1.2):

Servicios de salud y bienestar, incluidos los programas de prevención del suicidio:

- acceso a los servicios de salud;
- calidad de los servicios de salud;
- programas, servicios o campañas de prevención del suicidio existentes o anteriores;
- programas de concientización sobre la salud mental o la prevención del suicidio en las escuelas;
- capacitación de los trabajadores de salud especializados y no especializados;
- capacitación de los guardianes (por ejemplo, para policías o bomberos).

Sistema de comunicación en la comunidad:

- canales de comunicación dentro de la comunidad;
- medios de comunicación destacados;
- directrices para la información responsable sobre el suicidio por parte de los medios de comunicación.

Suicidio en la comunidad:

- número de suicidios e intentos de suicidio;
- medios de suicidio en la comunidad, también según el sexo y la edad;
- acceso a los medios de suicidio;
- infraestructura y “puntos críticos” (lugares elegidos con frecuencia para el suicidio);
- factores de riesgo y de protección (anexos 1.7 y 1.8) presentes en la comunidad y relevantes para ella.

Posibles fuentes de datos:

- estadísticas policiales;
- registros de los servicios o establecimientos de salud de la comunidad;
- informes forenses;
- bases de datos de las líneas de crisis;
- vigilancia a nivel distrital;
- sistemas nacionales de vigilancia.

Los siguientes factores tienen especial importancia:

- grupos etarios (por ejemplo, personas mayores, jóvenes, mujeres jóvenes, hombres de mediana edad);
- vulnerabilidad (por ejemplo, refugiados, migrantes, minorías, personas que han sufrido abusos o maltrato, traumas, conflictos o desastres);
- abuso de alcohol o de sustancias psicotrópicas;
- grupos étnicos o culturales (por ejemplo, pueblos indígenas);

- grupos sociales (por ejemplo, presos, personas LGBTI, agricultores);
- grupos religiosos (por ejemplo, personas de diferentes creencias religiosas);
- características geográficas (por ejemplo, zonas urbanas o rurales).

Una forma de realizar un análisis inicial de la comunidad es a través del modelo de disposición de la comunidad (Tri-Ethnic Center for Prevention Research, 2014) (anexo 1.3). El modelo clasifica la disposición de las comunidades para el cambio según diferentes etapas y utiliza cinco dimensiones: 1) existencia de esfuerzos y conocimiento de dichos esfuerzos por parte de la comunidad, 2) liderazgo, 3) clima comunitario, 4) conocimiento del problema por parte de la comunidad y 5) recursos. Estas dimensiones se califican individualmente para estimar la preparación general de una comunidad determinada y sirven más adelante como base para elegir las actividades en la prevención del suicidio.

Otra posibilidad (que podría ser complementaria) sería iniciar entrevistas presenciales informales (o formales) con los posibles interesados directos o realizar grupos focales o de opinión. Dicha información podría utilizarse a la hora de elaborar las acciones iniciales.

Cabe señalar que, en algunas situaciones, es posible que los datos nacionales no ayuden a determinar las zonas geográficas o los grupos demográficos a los que hay que dar prioridad en los esfuerzos de participación comunitaria. Por ejemplo, los suicidios por ingestión de plaguicidas se producen principalmente en las zonas rurales; por lo tanto, las medidas para restringir el acceso a este medio de suicidio probablemente no serían un objetivo principal de los programas de prevención del suicidio en las zonas urbanas. Por otra parte, el suicidio en los pueblos indígenas tiende a ser mayor que en la población general, pero es posible que esto no se manifieste en las tasas nacionales de suicidio.

### 3. Definir metas generales

Hay muchas personas, grupos y organizaciones interesadas en la prevención del suicidio en su contexto local, y algunos de ellos que desean apoyar a las personas vulnerables y a otros miembros de la comunidad que, por ejemplo, han perdido a un ser querido por suicidio. Como punto de partida, se les podría preguntar qué les gustaría cambiar o qué diferencias les gustaría ver. Esto podría ayudar a formular las ideas iniciales y las metas generales.

Las metas generales comunes (anexo 1.4) que suelen motivar a los interesados directos y a los líderes deben basarse en las necesidades percibidas en la comunidad y podrían incluir las siguientes cuestiones (Suicide Prevention Australia, 2014):

- poder hablar del suicidio;
- saber dónde buscar ayuda y ayudar a otros a buscarla;
- establecer grupos de autoayuda o ayudar a otras personas que han perdido a alguien o que están afectadas;
- prevenir las muertes por suicidio y los intentos de suicidio;
- promover la salud mental y el bienestar;
- educar acerca de la detección y el manejo tempranos de los comportamientos suicidas;
- elaborar un plan a corto o largo plazo para proporcionar esfuerzos continuos de prevención del suicidio en la comunidad.

A medida que el proceso de participación de la comunidad evoluciona, los objetivos generales pueden volverse más específicos, y las pequeñas acciones que implican menos tiempo y menos recursos pueden convertirse en acciones mayores y más integrales con una perspectiva a largo plazo.

### 4. Constituir un comité directivo

Los primeros esfuerzos para tomar la iniciativa en la prevención del suicidio pueden surgir dentro de la comunidad. La acción inicial puede provenir de una organización, una institución o incluso una persona motivada. Sin embargo, sin apoyo, a veces las personas pueden tener dificultades para continuar, por lo que es importante permitir que se conecten con otras. Una buena manera de hacerlo es constituir un comité directivo de personas entusiastas que estén motivadas para participar en la prevención del suicidio. El comité directivo suele reunir a un grupo de personas afines con diferentes habilidades e ideas que comparten preocupaciones similares. Los miembros del comité directivo podrían, por ejemplo,

proceder de los siguientes ámbitos (Comisión de Salud Mental del Canadá, 2015; Capire Consulting Group, 2016; Suicide Prevention Australia, 2014):

- líderes comunitarios, políticos, parlamentarios o representantes;
- trabajadores dedicados a la salud, la salud mental o el consumo de sustancias psicotrópicas, incluido el personal médico, el personal de enfermería, los responsables de la promoción de la salud, las autoridades administrativas de salud;
- trabajadores de desarrollo comunitario o trabajadores sociales;
- docentes u otro personal escolar;
- líderes espirituales o religiosos;
- curanderos tradicionales o personas mayores de la comunidad;
- oficiales militares;
- policías, bomberos u otro personal de respuesta de primera línea;
- profesionales que trabajan con jóvenes, o grupos de jóvenes o estudiantes;
- grupos de personas mayores, o personas que trabajan con personas mayores;
- personas que brindan apoyo a otras que se encuentran en la misma situación;
- miembros de la comunidad que han perdido a un ser querido, un amigo o un colega por suicidio;
- personas que han intentado suicidarse;
- líderes empresariales;
- grupos de mujeres y de hombres;
- pueblos indígenas;
- refugiados;
- minorías y grupos étnicos de la comunidad;
- grupos de apoyo para problemas relacionados con el consumo de alcohol;
- asociaciones médicas;
- organizaciones deportivas;
- organismos u organizaciones benéficas locales de apoyo a la salud mental;
- organizaciones relacionadas con el bienestar de la comunidad o la prevención del suicidio;
- otras organizaciones no gubernamentales, como los clubes rotarios y los clubes de Leones;
- grupos de voluntariado.

Como cada comunidad abordará la prevención del suicidio de forma diferente, cada comité directivo será único. Sin embargo, un comité directivo de unas diez personas para planificar y organizar la primera reunión e iniciar una conversación sobre el suicidio garantizará que el grupo sea manejable y que se pueda trabajar.

Los miembros del comité directivo (anexo 1.5) deben estar dispuestos a dedicar tiempo y esfuerzo al proceso y a reunirse regularmente. Deben crear una motivación y una visión compartidas para la acción, establecer las metas deseadas, garantizar la coordinación y la identificación con el proceso, mantener los esfuerzos de prevención del suicidio en marcha y garantizar la supervisión de los progresos realizados. Para cada uno de estos elementos, sería importante asignar funciones y responsabilidades entre los miembros, con el fin de garantizar la sostenibilidad del proceso y evitar conflictos. Se debe invitar a todos los interesados directos y miembros de la comunidad a la primera reunión, en la que participará toda la comunidad.

Finalmente, se podría llamar a algunos interesados directos que no pueden dedicar tiempo al comité directivo para que participen en tareas específicas con plazos más cortos según su experiencia (Suicide Prevention Australia, 2014). Para ello, podrían crearse subcomités encargados de realizar determinadas tareas o trabajar en actividades específicas. La participación de grupos locales de usuarios de servicios y de voluntariado también puede ayudar a la hora de planificar las actividades y ponerlas en práctica (Harris et al., 2016).

Suele ser útil anotar los motivos de la participación de la comunidad y sus metas generales, los posibles beneficios y los efectos previstos a largo plazo (Lane y Tribe, 2010) (anexo 1.6).

Si los miembros del comité directivo consideran que necesitan orientación o están interesados en aprender más sobre el suicidio y su prevención, se puede llevar a cabo una sesión de orientación o información o un taller de capacitación. Esta sesión podría proporcionar información sobre los factores de riesgo y de protección, las señales de alerta, la carga y los

grupos vulnerables, así como las intervenciones eficaces (anexos 1.5-1.7). Se podría considerar la posibilidad de invitar a una persona experta o elaborar un directorio de recursos.

Participar en actividades de prevención del suicidio, independientemente de los vínculos personales con el tema, puede ser a menudo difícil y complejo. Es muy importante tener en cuenta la seguridad de las personas que participan en la prevención del suicidio, sobre todo si ellas o sus seres queridos han tenido previamente un comportamiento suicida. Podría ser importante considerar la capacitación, por ejemplo, en primera ayuda psicológica (OMS, 2011), la supervisión o el autocuidado de los miembros del comité directivo o de los subcomités, o los factores de riesgo y de protección y las señales de alerta de suicidio (anexos 1.7-1.9).

## 5. Determinar quiénes son los interesados directos clave

Es importante determinar quiénes son los interesados directos clave en la comunidad y, por lo tanto, a los posibles colaboradores que también podrían formar parte del comité directivo. El desarrollo de una red en la comunidad puede servir para pasar de los esfuerzos aislados de prevención del suicidio que ya pueden estar en marcha a un esfuerzo concertado. Los interesados directos pueden ser organizaciones, instituciones o personas (véase la lista en el apartado “Constituir un comité directivo”, anterior).

Es necesario prestar atención a las características de los diferentes interesados directos. Un ejercicio de mapeo de los interesados directos (anexo 1.10) puede ayudar a obtener una imagen más clara, mediante el análisis de elementos como:

- el compromiso continuo con la prevención del suicidio;
- las posibles razones para participar en la prevención del suicidio;
- la posible aversión a participar en la prevención del suicidio;
- las relaciones con otras personas, grupos o instituciones de la comunidad;
- los recursos (humanos y financieros);
- la experiencia;
- las habilidades y los puntos fuertes de los diferentes individuos o grupos;
- las debilidades;
- el nivel de influencia (por ejemplo, en la política y la práctica).

### Ejemplos de interesados directos pertinentes

#### *Políticos y parlamentarios*

Se podría invitar a los políticos a apoyar acciones o intervenciones en las comunidades o podrían ayudar presionando para cambiar la política del gobierno. Los gobiernos locales tienen el poder de hacer cambios y pueden desempeñar un papel importante en la prevención del suicidio en la comunidad. Obtener el apoyo municipal puede ayudar a integrar la prevención del suicidio en el entramado de una comunidad. Los responsables locales y los funcionarios públicos están bien situados para ayudar a desbloquear oportunidades y crear asociaciones, y pueden saber quién más está haciendo un trabajo similar. Además, los encargados de formular políticas desempeñan un papel fundamental en el apoyo a las políticas que financian y ejecutan programas y servicios en la comunidad.

En último término, la política, la evidencia y los intereses locales influyen en la política pública y la toma de decisiones. Por lo tanto, la comunicación sobre la prevención del suicidio con los encargados de formular políticas y los líderes de opinión se lleva a cabo a través de diferentes formas de participación y mensajes. En las etapas de planificación, es importante determinar las oportunidades de involucrar a los políticos y otros líderes de opinión de manera significativa. Hay que tener en cuenta que puede haber problemas a la hora de relacionarse con los políticos, ya que es probable que sus compromisos o posiciones cambien con el tiempo.

#### *Prestadores de atención de salud y administradores de servicios de atención de salud*

En muchas comunidades, los prestadores de servicios de salud pública suelen ser responsables de los esfuerzos para prevenir tanto las lesiones como el suicidio, y por ello son actores clave en la prevención del suicidio en la red de atención

de salud. Implicar a los prestadores de atención de salud en la planificación, las actividades y las evaluaciones de prevención del suicidio también puede ser beneficioso para:

- respaldar las oportunidades de capacitación para todos los profesionales de la salud;
- desarrollar estrategias para aumentar el registro de casos y la notificación de suicidios e intentos de suicidio;
- mejorar la evaluación y el manejo de los comportamientos suicidas, la depresión, los trastornos por consumo de alcohol y otros trastornos mentales y por consumo de sustancias psicotrópicas;
- permitir que reconozcan y aborden su propia necesidad de apoyo en materia de salud mental;
- mejorar la disponibilidad de los medicamentos esenciales;
- mejorar la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud escolares;
- desarrollar políticas para estandarizar los procedimientos y ofrecer capacitación en el servicio para la evaluación y el manejo de los comportamientos suicidas de las personas que reciben atención en la comunidad o en entornos de atención primaria de salud (incluidos los departamentos de urgencias, los establecimientos de salud mental y los centros de tratamiento de adicciones).

### *Organizaciones comunitarias y religiosas*

Las organizaciones comunitarias y religiosas son parte integrante del funcionamiento de una comunidad. Las organizaciones comunitarias y religiosas son organizaciones públicas o privadas sin fines de lucro (incluidas organizaciones como los clubes rotarios y los clubes de Leones, organizaciones no gubernamentales, iglesias u otras instituciones religiosas) que representan a una comunidad o a un segmento significativo de ella y se dedican a áreas como la salud, los servicios humanos, el arte y la cultura, las bibliotecas y el desarrollo de la juventud y de la comunidad.

Las organizaciones comunitarias y religiosas representan a sus conciudadanos y colaboran regularmente con ellos a nivel local. Estas organizaciones habrán establecido redes, programas e intervenciones de comunicación que se dirigen a los residentes de la comunidad. Una organización comunitaria y religiosa asociada puede ayudar a llegar a los residentes, generar credibilidad en los miembros de la comunidad, compensar los costos y acceder a recursos humanos y financieros.

Las organizaciones comunitarias y religiosas pertinentes deben participar desde el principio en la conversación sobre la prevención del suicidio. Esto permitirá que haya flexibilidad y garantizará que cada organización comunitaria y religiosa desempeñe un papel que sea coherente con sus prioridades.

## **6. Elegir una técnica de participación para la primera reunión**

Si se siguen los pasos preparatorios indicados anteriormente y se tienen en cuenta algunas consideraciones clave, debería ser más fácil iniciar la conversación en forma de una reunión con la comunidad. La técnica de participación (anexo 1.11) para la primera reunión debe elegirse en función de las circunstancias exactas que se establecieron en la preparación inicial. También hay que tener en cuenta el grado de formalidad del lenguaje o si las invitaciones se envían por correo postal o electrónico. Las técnicas de participación deben adaptarse a la cultura y los intereses de la comunidad y de sus líderes e interesados directos.

Las campañas organizadas a nivel local en los medios de comunicación locales, con la aparición de interesados directos locales, suelen funcionar bien. Las personalidades o los campeones locales conocidos que viven en la comunidad suelen parecer más fiables que las personas desconocidas.

Algunos ejemplos de técnicas de participación para una primera reunión son:

- una mesa redonda;
- un taller;
- una reunión en el ayuntamiento;
- un foro de debate.

El Día Mundial para la Prevención del Suicidio, que se celebra anualmente el 10 de septiembre y suele incluir actividades comunitarias, podría ser una oportunidad para celebrar una primera reunión con la comunidad. Por ejemplo, en el 2016,

se organizó en el Líbano un “paseo hacia el amanecer” por la orilla del mar a las 5 de la mañana con participantes que llevaban velas encendidas. En Nepal, además de realizar una concentración y encender velas, se organizó un programa interactivo con personas interesadas (desde docentes hasta el personal de salud, las personas voluntarias y los supervivientes) y se realizaron actividades interactivas con los medios de comunicación. En el 2015, se distribuyeron en Singapur apósitos adhesivos en los que se había escrito “#howru” (abreviatura de “¿cómo estás?” en inglés) para promover conversaciones sobre el bienestar personal y el suicidio.

Cabe señalar que la participación de diferentes interesados directos y miembros de la comunidad puede ser difícil en ocasiones. Pueden surgir desacuerdos sobre las funciones y responsabilidades, pero los enfoques de resolución de conflictos pueden ayudar a abordar las dificultades. Afrontar el conflicto es una forma de mejorar conscientemente las relaciones, las situaciones o los procesos. Por ejemplo, el triángulo actitud-comportamiento-contexto (conocido como el triángulo ABC por su sigla en inglés) permite analizar situaciones de conflicto incluso muy complejas. Este análisis se basa en la premisa de que los conflictos tienen tres componentes principales —el contexto o la situación, el comportamiento de los implicados y sus actitudes— y que estos tres factores se influyen mutuamente. Mediante un diálogo entre los interesados directos, se deben determinar las cuestiones clave relacionadas con cada componente para comprender los intereses y las necesidades de todos, y para manejar y resolver el conflicto (Galtung, 1985).

A la hora de organizar la primera reunión e involucrar a la comunidad, es importante tener en cuenta algunos de los siguientes obstáculos (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Peterson et al., 2016):

- el estigma o el tabú vinculados con el suicidio y su prevención (por ejemplo, el suicidio puede percibirse como un asunto privado del que no se debe hablar con los demás);
- la falta de confianza de los miembros de la comunidad o de las organizaciones de voluntariado;
- la reticencia de los miembros de la comunidad a participar;
- la sensación de que los servicios nacionales deben ocuparse del tema;
- la falta de conciencia de que el suicidio es un problema grave de salud pública;
- la experiencia insuficiente de las personas que participan en las actividades;
- la falta de información precisa sobre los casos de suicidio o sobre algún grupo emergente de casos de suicidios;
- la falta de recursos, como tiempo, experiencia profesional y dinero;
- la comunicación complicada y burocrática con las organizaciones cívicas y públicas;
- la falta de servicios de salud y comunitarios o la insatisfacción con dichos servicios;
- el posible interés de algunos interesados directos por dominar los procesos de toma de decisiones e influir en las actividades;
- la dificultad para encontrar un horario adecuado para todos o la mayoría de los miembros de la comunidad.

La confrontación previa y continua con los posibles retos ayudará a reducir estos obstáculos. Las estrategias para contrarrestar los retos u obstáculos para la participación de la comunidad en la prevención del suicidio deben decidirse a menudo caso por caso.

## 7. Planificar y organizar la primera reunión

Se debe invitar a la primera reunión a todos los interesados directos en formar parte de un esfuerzo comunitario en la prevención del suicidio, así como a los miembros de la comunidad en general (anexo 1.12) (véase la lista en el apartado “Constituir un comité directivo” anterior).

- La primera reunión podría abarcar los siguientes elementos:
- información sobre los motivos de la reunión o los acontecimientos que han conducido a ella;
- descripción de las tendencias actuales del suicidio y los intentos de suicidio en la comunidad;
- descripción de lo que ya se está haciendo en materia de prevención del suicidio en la comunidad;
- determinación de los temas clave y los recursos para la prevención del suicidio en la comunidad y debate sobre el modo en que cada individuo o grupo podría involucrarse;
- debate sobre cuáles deberían ser los objetivos de un grupo de acción para la prevención del suicidio (con la indicación clara de que los miembros del grupo de acción serían quienes decidirían finalmente los objetivos específicos);
- determinación de quiénes seguirán reuniéndose como grupo de acción y cuándo lo harán.

Se debe elaborar un orden del día (anexo 1.13) tomando como base los puntos anteriores.

Cuando el comité directivo o los subcomités consideren que necesitan orientación, se podría solicitar el apoyo de alguien familiarizado con temas de liderazgo, grupos asesores o investigadores (Harris et al., 2016).

Un miembro del comité directivo podría actuar como moderador de la primera reunión para ayudar a que el debate se ciña al tema y asegurarse de que se escuche a todo el mundo (anexo 1.14). Un secretario o un encargado de las actas debe tomar notas precisas como base para el seguimiento después de la primera reunión.

La organización de la primera reunión también implica abordar cuestiones logísticas, como la búsqueda de un espacio para reunirse, el envío de invitaciones y la publicidad de la reunión (anexo 1.15). La reunión puede anunciarse mediante carteles, personas voluntarias que vayan de puerta en puerta, o en diferentes eventos o reuniones (como encuentros religiosos, culturales, escolares o deportivos).

Los puntos de orientación general para la primera reunión son los siguientes (Comisión de Salud Mental de Canadá, 2015):

- *Seguridad*: Asegurarse de que las conversaciones se llevan a cabo de una manera cooperativa
- *Apoyo a la salud mental*: Garantizar que haya apoyo disponible para los asistentes que necesiten ayuda, ya que la conversación sobre temas relacionados con el suicidio puede desencadenar emociones complejas.
- *Flexibilidad*: Permitir que los miembros de la comunidad ajusten el formato según las circunstancias.
- *Recursos*: Ofrecer sugerencias para determinar los recursos y apoyos locales de prevención del suicidio para reforzar las actividades.
- *Campeones*: Identificar a los campeones de una comunidad que puedan acoger o facilitar la primera reunión o hacer presentaciones basadas en su experiencia.
- *Confidencialidad*: Asegurarse de que los participantes se sientan seguros de que se respeta su privacidad. La confidencialidad también se aplica a las personas en riesgo de suicidio con las que se relacionarán los miembros del comité directivo, como en un grupo emergente de casos de suicidio.

### Recuadro 1. Estudio de casos: India

El estado de Tamil Nadu representa el 12% de la carga de suicidios en India. La Schizophrenia Research Foundation (SCARF) ha involucrado a las comunidades de tres pueblos colindantes del distrito de Pudukottai, en Tamil Nadu. Todos los pueblos tenían un gran número de suicidios.

Al discutir las estrategias y cómo preparar una primera reunión con la comunidad, se consideró que era necesario comprender mejor el suicidio. Por ello, se organizó una sesión de concientización sobre el suicidio. Se invitó a especialistas externos que eran voluntarios de Sneha, una organización no gubernamental centrada en la prevención del suicidio. En la sesión de concientización se abordaron los factores de estrés de la vida, las emociones negativas, los mecanismos de afrontamiento de las emociones negativas y cómo acercarse a una persona que puede estar deprimida o tener tendencias suicidas.

Para anunciar la primera reunión pública con la comunidad e invitar a todos los interesados a participar, se crearon y expusieron carteles. También se invitó a interesados directos, como funcionarios públicos, prestadores de servicios de salud y organizaciones no gubernamentales. Unas 250 personas asistieron a la reunión, en la que estuvieron presentes especialistas externos de Sneha y de la SCARF.

Muchos miembros de la comunidad tomaron la palabra, tanto en la sesión plenaria como en pequeños grupos, y debatieron sobre las que, en su opinión, son las principales causas del suicidio, como las deudas, las disputas domésticas, los problemas de pareja, el desempleo y el fracaso en los exámenes. Destacaron la necesidad de criar a los niños en un entorno de apoyo donde reciban educación y de asegurar el empleo a fin de proporcionarles estabilidad económica y emocional y prevenir el suicidio.

Con polvo de tiza de colores y sal, se dibujó en el suelo un mapa de los recursos comunitarios. El comité directivo estaba formado por miembros de grupos de jóvenes y de mujeres de los tres pueblos, profesores del instituto local y un representante de una organización no gubernamental local. A continuación, el comité

consideró ideas de intervenciones a partir de lo debatido en la reunión pública y teniendo en cuenta las siguientes metas generales:

- comprender el fenómeno del suicidio y sus consecuencias;
- proporcionar apoyo emocional o psicológico a los jóvenes y a los padres, así como a quienes han intentado suicidarse;
- prevenir los comportamientos suicidas en la población infantil y adolescente.

Se determinaron los recursos y las acciones ya disponibles en la comunidad para la prevención y el apoyo al suicidio. Tras un mayor debate sobre la evidencia disponible y las posibles acciones, el comité directivo decidió tomar tres medidas:

1. Poner en marcha un programa llamado “Befrienders” (para proporcionar apoyo emocional) para las personas que han intentado suicidarse.
2. Ejecutar un programa de salud mental en la escuela, centrado en identificar y apoyar a los niños que tienen dificultades emocionales debido a factores estresantes en el hogar o en la escuela, e integrar en este marco la capacitación en habilidades para la vida y un programa de orientación profesional.
3. Crear un grupo de supervivientes para los familiares de personas que se han suicidado.

La comunidad decidió poner en marcha las acciones de forma escalonada, comenzando por el programa Befrienders, cuyo objetivo es proporcionar apoyo emocional durante un año a personas que han intentado suicidarse. Seis voluntarios recibieron dos días de capacitación por parte de los voluntarios de Sneha sobre cómo involucrar a una persona con ideas suicidas, proporcionarle apoyo emocional, garantizar la confidencialidad y cuándo y dónde derivar a estas personas a servicios especializados. Se decidió ofrecer el programa a personas que intentaron suicidarse cuando recibían atención médica en un hospital local de atención primaria. El personal del hospital les informaría sobre el servicio y, de estar interesados, debían ponerse en contacto con los números de teléfono que les habían facilitado. Alternativamente, si era aceptable, se daría a un voluntario el número de teléfono de la persona interesada. Además, los nombres y números de teléfono de los voluntarios se expondrían en las salas del hospital. El resto de actividades se planificaron para más adelante.

Se hizo un seguimiento estrecho del plan de acción comunitario con indicadores del proceso y de los resultados elegidos por la comunidad. El comité directivo estableció los siguientes indicadores para hacer un seguimiento del progreso y el éxito del programa Befrienders:

- el número de intentos de suicidio de los tres pueblos registrados en el establecimiento médico;
- el número de personas que habían intentado suicidarse que aceptaron participar en el programa;
- el número de personas que recibieron el servicio;
- el número de personas con las que se realizó el número de contactos propuesto;
- el número de personas que intentaron suicidarse de nuevo.

Los medios de comunicación se mantuvieron al tanto de las actividades en la comunidad. La prensa cubrió las reuniones y los actos comunitarios que se celebraron en el marco del programa. El apoyo de los medios de comunicación fue crucial para involucrar a la comunidad y aumentar la concientización y la sensibilización.

Tres meses después de iniciar el programa, la comunidad se sentía comprometida y había pasado de un papel pasivo a uno activo. La concientización aumentó y la percepción del suicidio cambió. La comunidad reconoció la importancia de los programas de prevención del suicidio y del apoyo a los miembros de la comunidad a través de dichos programas. Los retos detectados durante el proceso se relacionaban con la falta de conocimientos sobre la salud mental y el suicidio, el estigma y los recursos humanos y económicos insuficientes. La participación en actividades de voluntariado era escasa, ya que las personas no podían renunciar a su salario. Además, las estructuras sociales y las costumbres de los pueblos restringían la interacción entre personas de las castas superiores y las inferiores, lo que dio lugar a la duplicación de servicios. Por otro lado, la evidencia no era una prioridad en el proceso de toma de decisiones, que se guiaba por emociones subjetivas. En este contexto, cabe destacar el papel de una persona o agencia de recursos externa, ya que puede proporcionar la orientación y el enfoque necesarios para que la comunidad pueda tomar decisiones con conocimiento de causa.



## 2. Inicio de la conversación en la primera reunión

1. Realizar un ejercicio de mapeo.



1. Preparación Inicial



2. Inicio de la conversación en la primera reunión



3. Elaboración de un plan de acción comunitario



4. Movilización continua de los medios de comunicación



5. Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario



6. Reunión de retroalimentación de la comunidad

## 2. Inicio de la conversación en la primera reunión

En esta sección se ofrece orientación práctica sobre cómo una comunidad puede pasar a la acción iniciando la conversación sobre el suicidio en la primera reunión comunitaria. Todos los miembros de la comunidad deben sentirse cómodos para expresar sus preocupaciones y explicar lo que consideran que son las necesidades más urgentes en la prevención del suicidio en su comunidad. Esto forma parte del proceso de determinación de las brechas, así como de los recursos y las actividades que quizá ya estén disponibles en la comunidad.

### 1. Realizar un ejercicio de mapeo

Un primer paso importante en la conversación sobre el suicidio en la comunidad es conocer a fondo el impacto que tiene el suicidio y las cuestiones de prevención que son específicas de la situación local. Por ejemplo, en las comunidades rurales de zonas agrícolas de los países de ingresos bajos y medianos, un problema clave puede ser el acceso fácil y rápido a los plaguicidas como medio de autolesión y suicidio. Por lo tanto, las posibles actividades en dicha comunidad deben dirigirse a los agricultores y sus familias, según proceda.

Una forma de conocer mejor los factores relacionados con el suicidio es realizar un ejercicio de mapeo (anexo 2.1). Esta herramienta puede ser tan sencilla como dibujar en un papel grande para fomentar la participación en zonas donde la alfabetización es escasa, pero puede hacerse más compleja según sea necesario (Archer y Cottingham, 2012).

En primer lugar, los participantes deben tener en cuenta los medios habituales de suicidio en la comunidad y su ubicación física, como los “puntos críticos” (lugares elegidos con frecuencia para el suicidio). En segundo lugar, se debe establecer la ubicación física de los servicios sociales, de salud y de prevención del suicidio disponibles. En tercer lugar, hay que debatir acerca de la accesibilidad, las características y la calidad de los servicios identificados. Por último, los participantes deben abordar los puntos fuertes y débiles de la prevención del suicidio en la comunidad, como los recursos, los programas existentes, las posibles carencias, los problemas locales y el papel de los medios de comunicación.

Algunos ejemplos de preguntas para animar el debate podrían ser los siguientes:

- ¿Dónde hay lugares con acceso fácil a medios para consumar un suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego, edificios altos o puentes)?
- ¿Dónde se encuentran los servicios médicos y sociales? ¿Se ha impartido capacitación sobre la evaluación, la gestión y el seguimiento de los comportamientos suicidas?
- ¿Dónde se encuentran las escuelas locales? ¿Disponen de programas de educación sobre salud mental o prevención del suicidio?
- ¿Dónde se encuentran los diferentes canales de comunicación (por ejemplo, prensa, televisión, radio)? ¿Se ha capacitado a los profesionales de los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio?
- ¿Qué establecimientos venden bebidas alcohólicas y cuál es el horario en que están abiertos?
- ¿Cuáles son las brechas actuales en materia de servicios e infraestructuras?

Los participantes en la reunión deben ser quienes planteen estas y otras preguntas. Un facilitador debe fomentar la generación de ideas durante el ejercicio de mapeo. Una vez finalizado el mapeo, debería haber un mejor conocimiento de dónde están las brechas, qué es lo más necesario y quiénes son las personas más vulnerables al suicidio.

## Recuadro 2. Estudio de casos: Canadá

En Canadá mueren cada año casi 4000 personas por suicidio. En un esfuerzo por concientizar sobre la prevención del suicidio, movilizar el liderazgo nacional y abordar este acuciante problema de salud pública a escala nacional, la Comisión de Salud Mental de Canadá encabezó un diálogo en todo el país, llamado *#308conversations*, para involucrar a las comunidades.

A partir del 2014, la comisión ofreció a los 308 miembros del Parlamento elegidos a nivel federal apoyo y recursos para organizar conversaciones comunitarias sobre la prevención del suicidio. De esa manera, la comisión ideó un medio para identificar las iniciativas exitosas a nivel local y servir de base para planes futuros para un modelo comunitario de prevención del suicidio. Desde entonces se han celebrado más de 40 conversaciones en todo el país (Comisión de Salud Mental de Canadá, 2015).

La comisión, guiada por el documento *Changing directions, changing lives: The Mental Health Strategy for Canada*, es una entidad catalizadora para mejorar el sistema de salud mental y cambiar las actitudes y el comportamiento de los canadienses en torno a los problemas de salud mental. La prevención del suicidio es un área prioritaria para la comisión y es un área de enfoque importante en la estrategia de salud mental de Canadá.

El objetivo general de la campaña *#308conversations* era ofrecer un programa de prevención del suicidio basado en la evidencia y en la comunidad, con el fin de:

- 1) ofrecer un enfoque participativo y de abajo arriba dentro de una comunidad;
- 2) intercambiar las mejores prácticas de prevención, posvención e intervención en materia de suicidio;
- 3) determinar los retos y las oportunidades para abordar la prevención del suicidio en el nivel comunitario; y
- 4) adoptar medidas significativas para reducir el suicidio y el impacto nocivo del suicidio y los comportamientos relacionados.

La iniciativa *#308conversations* se centró en la sensibilización de los parlamentarios. Para maximizar la concientización y los beneficios, se animó a los parlamentarios a colaborar entre sí y a identificar a campeones de la comunidad para que participaran en las reuniones del ayuntamiento. En muchos casos, dos o varios parlamentarios se unieron para organizar reuniones de prevención del suicidio en comunidades donde un evento central tenía más sentido geográficamente.

Los anfitriones de la comunidad determinaron el diseño de cada evento, que varió según la disponibilidad de espacio, participantes y recursos. Aunque la salud mental y la prevención del suicidio fueron temas centrales en todas las reuniones, cada evento de la iniciativa *#308conversations* fue único y relevante para cada contexto comunitario específico.

Las 308 conversaciones se estructuraron de forma variada, como mesas redondas, reuniones en el ayuntamiento, cafés del mundo, grupos de trabajo y presentaciones. En algunas reuniones participaron oradores invitados de organizaciones locales de salud mental, personas afectadas por un suicidio y miembros de la comunidad que desempeñan funciones que aumentan su oportunidad de identificar a personas con ideas y comportamientos suicidas.

El programa *#308conversations* reconoció que los miembros del Parlamento estarían en buena posición para determinar las necesidades de sus comunidades. La campaña incluyó componentes basados en la evidencia, como:

- la educación de los anfitriones sobre la prevalencia del suicidio en Canadá, incluidos los grupos de riesgo, y el impacto que las muertes por suicidio pueden tener en una comunidad;
- la elaboración de un video de seguridad en el que se resaltara la importancia de celebrar una reunión segura y eficaz;
- la ayuda para identificar y movilizar a los posibles seguidores y campeones.

La campaña *#308conversations* reconoció la necesidad de que los interesados directos (los miembros del Parlamento y su personal) dispusieran de herramientas accesibles y prácticas para apoyar sus esfuerzos. Para ello, se incluyó en las herramientas lo siguiente:

- información básica,
- ejemplo de comunicado de prensa (anexo 2),
- enlaces a recursos de asociados,
- ejemplo de un artículo de opinión (anexo 2),
- enlaces a recursos de posvención,
- señalización de reuniones,
- guía de debate,
- preguntas del facilitador,
- posible cronograma del evento (anexo 2),
- programa sugerido para el evento (anexo 2),
- ejemplo de presentación,
- carta de agradecimiento (anexo 2).

Las herramientas y los ejemplos estaban disponibles en francés e inglés y se podían descargar como plantillas para que los anfitriones de las reuniones las rellenasen, y se podían modificar en función de las necesidades de las comunidades.

La iniciativa *#308conversations* fue apoyada por las redes sociales. La cuenta de Twitter @MHCC\_308 tenía más de 550 seguidores y una comunidad en línea cada vez mayor. Los interesados directos en la prevención del suicidio movilizaron regularmente el *hashtag* *#308conversations* para llamar la atención sobre los tuits relacionados con la prevención del suicidio, los recursos comunitarios y otros eventos de prevención del suicidio. También se recurrió a medios de comunicación tradicionales, como comunicados de prensa y artículos en boletines informativos.

En la iniciativa *#308conversations* hubo al menos una conversación en cada zona de Canadá. En cada uno de los eventos surgieron ideas, mejores prácticas y recomendaciones para abordar el suicidio en Canadá. Aunque cada comunidad era única y algunas poblaciones se enfrentaban a retos específicos, hubo temas comunes que dominaron claramente los debates.

Detrás de muchos de los retos determinados en cada informe había tres elementos significativos, a saber:

1. Las comunidades pidieron una estrategia nacional de prevención del suicidio para Canadá.
2. Los participantes consideraron que la reducción del estigma seguía siendo una prioridad principal porque el estigma era un reto subyacente para la prevención del suicidio.
3. Los esfuerzos para hacer frente a las crisis inmediatas de suicidios revelaron a menudo una falta de recursos para los programas centrados en la prevención.

También se habló de oportunidades como el apoyo entre pares. Varios participantes en la iniciativa *#308conversations*, muchos de los cuales habían sobrevivido a un intento de suicidio o eran familiares afectados, consideraron el apoyo entre pares como algo positivo, beneficioso e importante para la recuperación. En las directrices para la práctica y la capacitación del apoyo entre pares de la comisión (Sunderland et al., 2013) se señala que el apoyo entre pares es una relación de apoyo entre personas que tienen una experiencia vivida en común. Esta experiencia común puede estar relacionada con su propia salud mental en el caso de quienes han sobrevivido a un intento de suicidio, o con la muerte de un ser querido en el caso de las personas en duelo por un suicidio. La investigación y la información anecdótica de la iniciativa *#308conversations* indican que el apoyo entre pares puede ayudar a las personas a controlar sus síntomas, reducir los casos de hospitalización y mejorar la calidad de vida mediante la conexión y el apoyo sociales.

Debido al éxito de los eventos, al interés continuo en la participación de los diputados y a la implicación de la

comunidad, la comisión decidió continuar con la iniciativa **#308conversations** desde mayo del 2014 hasta mayo del 2015. Las comunidades siguieron celebrando conversaciones.

La comisión recibió diversas formas de retroalimentación sobre los eventos de la iniciativa **#308conversations**, desde informes oficiales hasta recursos para la prevención del suicidio, pasando por sugerencias y relatos personales escritos a mano. La diversidad de materiales enriquece la profundidad del conocimiento de esta perspectiva auténticamente pancanadiense.





### 3. Elaboración de un plan de acción comunitario

1. Examinar las cuestiones clave y las posibles acciones comunitarias.
2. Mapear los recursos para las posibles acciones.
3. Movilizar recursos.
4. Formular el plan de acción en función de las prioridades y los recursos.
5. Formular metas SMARTER en el plan de acción.
6. Elaborar una estrategia de divulgación para promover las actividades de prevención del suicidio y eventos comunitarios.



1. Preparación Inicial



2. Inicio de la conversación en la primera reunión



3. Elaboración de un plan de acción comunitario



4. Movilización continua de los medios de comunicación



5. Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario



6. Reunión de retroalimentación de la comunidad

### 3. Elaboración de un plan de acción comunitario

En esta sección se presentan algunos pasos prácticos para examinar, priorizar y ejecutar actividades sobre la prevención del suicidio pertinentes para la comunidad según los objetivos específicos elegidos.

El comité directivo y los interesados directos que se comprometieron a formar parte del proceso de priorización y ejecución deben reunirse nuevamente de acuerdo con los debates de la primera reunión. El comité directivo debe tomar la iniciativa de organizar reuniones futuras y ofrecer oportunidades para debatir acerca de cómo pasar a la acción comunitaria. Se deben tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- la motivación de las personas o los grupos para participar en el comité directivo y lo que esperan conseguir;
- los recursos (por ejemplo, experiencia, tiempo, dinero) que cada persona o grupo puede aportar al comité directivo;
- las dificultades, los obstáculos y los factores facilitadores que se presentan;
- las habilidades y los puntos fuertes de las distintas personas o grupos.

Es importante señalar que se dedicará mucho tiempo a examinar las cuestiones clave planteadas durante la primera reunión en relación con el contexto local y el desarrollo de un plan de acción comunitario adecuado.

#### 1. Examinar las cuestiones clave y las posibles acciones comunitarias

Durante el proceso de mapeo, se habrán establecido los temas clave relacionados con la prevención del suicidio en una comunidad dada. Un plan de acción comunitario eficaz para la prevención del suicidio debe incluir acciones que correspondan a los problemas más pertinentes que se deben abordar. Por lo tanto, hay que aclarar las cuestiones planteadas en el ejercicio de mapeo e integrarlas en el plan de acción comunitario. Deben compararse con las metas y el alcance determinados anteriormente.

Una revisión de los procesos de participación comunitaria utilizados en otros lugares (anexo 3.1) —incluidos sus éxitos, enseñanzas, enfoques y escala— puede ayudar a determinar la estructura y el alcance de las propias actividades. Se recomienda determinar las actividades que han demostrado ser eficaces y que son relevantes para la propia comunidad (anexo 3.2).

Entre las cuestiones que una comunidad quizá quiera abordar en su plan de acción podrían encontrarse las siguientes (Allen et al., 2014):

- el estigma en torno al suicidio debido a las creencias religiosas o culturales de la comunidad;
- la falta de conocimientos sobre el suicidio en la comunidad;
- el acceso a medios de suicidio fácilmente disponibles y listos (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego);
- la disponibilidad fácil de alcohol debido a la venta y producción sin restricciones;
- los factores de estrés social (por ejemplo, el estrés de los escolares o universitarios durante los exámenes);
- los medios de comunicación locales que dan un carácter sensacionalista al suicidio al dar información poco adecuada;
- la falta de apoyo y servicios disponibles para las personas vulnerables al suicidio o afectadas por un suicidio;
- la falta en la comunidad o en los centros sanitarios del distrito de personal de salud capacitado;
- la falta de asesoramiento psicosocial (por ejemplo, en la comunidad, en las escuelas, en los centros sociales).

Las personas que necesitan apoyo y servicios pueden ser aquellas que:

- han perdido a un ser querido por un suicidio;
- han intentado suicidarse anteriormente;
- tienen problemas y retos de salud mental;
- han tenido un consumo nocivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas;

- han sufrido pérdidas económicas;
- han padecido enfermedades o dolores crónicos;
- tienen antecedentes familiares de suicidio;
- han sufrido abusos, maltrato o violencia.

La lista de posibles problemas puede ser larga, y muchas comunidades habrán presentado más de uno de estos problemas al mismo tiempo. El ejercicio de mapeo durante la primera reunión ayudará a determinar los problemas clave que se relacionan con una comunidad dada.

El siguiente paso consiste en examinar los problemas detectados (anexo 3.3) y analizar acerca de cuáles de ellos pueden requerir medidas. Algunas cuestiones podrían estar fuera del control y la capacidad de la comunidad, pero el comité directivo puede desempeñar un papel importante en la concientización sobre ellas (por ejemplo, un sistema de vigilancia). También se deben reconocer los esfuerzos de prevención del suicidio en curso en la comunidad, y el plan de acción puede basarse en ellos. Los programas de eficacia demostrada deben recibir una atención especial.

A continuación se indican algunos ejemplos de posibles actividades. Están pensados para adaptarlos a las circunstancias locales, en función de las necesidades, los grupos destinatarios y los recursos disponibles de cada comunidad (Zalsman et al., 2016; Capire Consulting Group, 2016; Fleischman et al., 2016; Petersen et al., 2016; OMS, 2014; Suicide Prevention Australia, 2014; Hegerl et al., 2009):

### Concientizar al público y proporcionar información

**Concientizar y reducir el estigma.** La prevención del suicidio implica a toda la comunidad. El cambio social, que incluye el entendimiento del suicidio y el cambio de creencias y percepciones al respecto, solo se puede lograr dirigiéndose a la comunidad en su conjunto: empezando a hablar del suicidio, concientizando al respecto y mediante programas educativos. Se pueden organizar diferentes tipos de actos públicos, como obras de teatro en la calle o en teatros, sesiones o campañas de concientización o una semana de concientización, actos públicos, actos para recaudar fondos, artículos en la prensa, programas de radio o televisión, debates, mesas redondas, conferencias o reuniones sobre el suicidio y su prevención. Además, se pueden tener en cuenta diferentes lugares, como escuelas, lugares de trabajo, instalaciones militares, prisiones, lugares de culto, eventos o reuniones culturales o de otro tipo. El esfuerzo puede promoverse aún más mediante una charla de un defensor, un profesional de la salud o un representante de un grupo de apoyo de personas que han perdido a un ser querido por un suicidio o que se han autolesionado, o, por ejemplo, mediante una iniciativa artística comunitaria para promover la salud (Mohatt et al., 2013). El lanzamiento y el anuncio en la comunidad de la prevención del suicidio como una prioridad puede ser una señal del compromiso local con la reducción del suicidio y ayudar a desarrollar el apoyo y la participación en la comunidad. Potenciar el diálogo sobre el suicidio para reducir el estigma es una actividad que suele emplearse en la prevención del suicidio.

**Crear un directorio, vincular todos los servicios y programas locales y mapear las vías de servicio.** Una comunidad suele contar con una serie de servicios y programas de apoyo que pueden contribuir a apoyar a las personas en riesgo de suicidio o a proporcionar atención de seguimiento, en particular a quienes han intentado suicidarse. Estos recursos pueden ser en forma de asesoramiento y otros servicios de atención primaria, o pueden ser clubes y eventos sociales o deportivos, y a menudo tienen la capacidad de aumentar la vinculación. Una actividad relevante sería establecer los servicios y las personas a las que se puede recurrir (por ejemplo, los trabajadores de salud o los guardianes) y mapear las vías de servicio, y luego ayudar a promover estos servicios y programas dentro de la comunidad y asegurarse de que estén bien vinculados, proporcionen servicios y atención de buena calidad, tengan conocimientos sobre los factores de riesgo de suicidio, puedan hacer derivaciones cuando sea necesario y sean de fácil acceso. Esta es una actividad común en la prevención del suicidio.

**Promover los servicios de apoyo en caso de crisis y el comportamiento de búsqueda de ayuda.** El comportamiento suicida suele producirse cuando una persona está en crisis. Las comunidades —por ejemplo, en colaboración con los medios de comunicación— pueden desempeñar un papel importante a la hora de destacar

la disponibilidad de líneas de crisis, grupos de apoyo y otros servicios de intervención en crisis. Pueden ayudar a presionar para que estos servicios estén disponibles o aumentar su disponibilidad. También pueden animar a las personas en crisis a buscar ayuda y acceder a los servicios. Promover los servicios de apoyo en caso de crisis y el comportamiento de búsqueda de ayuda son actividades comunes en la prevención del suicidio.

## Restringir el acceso a los medios de suicidio

**Intervenciones comunitarias para un acceso más seguro a los plaguicidas.** Los plaguicidas son uno de los medios más importantes de suicidio, ya que representan una proporción considerable de todos los suicidios en el mundo. Los plaguicidas son especialmente preocupantes en las zonas rurales de los países de ingresos bajos y medianos. Por lo tanto, es importante que las comunidades determinen los medios de suicidio más comunes en sus contextos locales. Es importante involucrar a la comunidad en la reducción del acceso de las personas a los plaguicidas en contextos donde los suicidios son impulsivos, y proporcionar educación comunitaria, programas de concientización y capacitación de los vendedores minoristas y los usuarios de plaguicidas (OMS, 2016b). Se ha demostrado que la restricción del acceso a los medios de suicidio, como los plaguicidas o las armas de fuego, es eficaz para prevenir el suicidio (OMS, 2014).

## Información responsable en los medios de comunicación y concientización de la población

**Establecer protocolos de comunicación y medios de comunicación.** Los medios de comunicación, como las emisoras de radio locales, la televisión y los periódicos, pueden ser canales útiles para dar a conocer mensajes de salud pública sobre el suicidio, la prevención del suicidio, la búsqueda de ayuda y dónde buscarla. Al mismo tiempo, es importante asegurarse de que los medios de comunicación informen de forma responsable sobre el suicidio y cuenten con protocolos de comunicación adecuados (OMS, 2017a). Se pueden organizar sesiones de capacitación para periodistas y trabajar con las emisoras de radio y los periódicos locales para potenciar juntos los esfuerzos en la prevención del suicidio. Se ha demostrado que la información responsable sobre el suicidio en los medios de comunicación es eficaz para limitar la imitación en las personas vulnerables (OMS, 2014).

## Programas escolares de prevención del suicidio

**Proporcionar concientización y formación en materia de salud mental en el ámbito escolar.** Los comportamientos suicidas en los adolescentes suelen ser un gran problema. Es importante concientizar a los adolescentes sobre la salud mental y potenciar las habilidades necesarias para afrontar los acontecimientos vitales adversos, el estrés y los comportamientos suicidas (Wasserman et al., 2015; Aseltine et al., 2007; Wilcox et al., 2008; Kutcher et al., 2016). Se ha demostrado que las intervenciones escolares son eficaces en la prevención del suicidio (OMS, 2015).

**Integrar a la población joven en el diseño de los programas de prevención, incluidos los programas de apoyo escolar entre pares.** Al igual que ocurre con otros grupos, la población joven puede ser clave para el diseño y la aplicación de programas de prevención del suicidio dirigidos a ella. Puede determinar los factores de riesgo inherentes a su comunidad que deben integrarse en los procesos de planificación de los esfuerzos de participación comunitaria. Los adolescentes y jóvenes pueden participar en el diseño de programas de apoyo entre pares, especialmente cuando los recursos son escasos (Illback et al., 2010; Scott, 2011).

## Introducción de políticas sobre el alcohol

**Prevenir y reducir el consumo nocivo de alcohol y drogas.** Las comunidades pueden concientizar y ofrecer atención y apoyo comunitarios, incluidos grupos de autoayuda y redes de pares, a las personas afectadas por problemas de consumo de alcohol o drogas y a sus familias. Las comunidades también pueden impedir la venta de alcohol a los menores de edad y apoyar los entornos sin alcohol (por ejemplo, durante eventos especiales, como los eventos deportivos juveniles) (OMS, 2010). En las escuelas, se pueden aplicar programas de preparación para la vida a efectos de prevención. Se trata de actividades que se usan comúnmente y que son pertinentes para la prevención del suicidio ya que todos los trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas aumentan el riesgo de suicidio.

## Detección, tratamiento y seguimiento tempranos de los comportamientos suicidas

**Capacitar a los agentes comunitarios de salud y a los trabajadores de atención primaria de salud para que evalúen y manejen los comportamientos suicidas, así como el sufrimiento emocional, el dolor crónico y los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas, y para que hagan el seguimiento de las personas que han intentado suicidarse.** La educación y la capacitación de los trabajadores de salud —utilizando, por ejemplo, la Guía de Intervención del mhGAP de la OMS (OMS, 2016c; OMS, 2017b)— es importante para lograr que se preste ayuda oportuna y eficaz a los más necesitados. Además, después de acudir al hospital o de recibir tratamiento, las personas no suelen tener apoyo social y pueden sentirse aisladas cuando concluye la asistencia. El seguimiento sistemático es de suma importancia para garantizar la prestación de apoyo psicosocial (OMS, 2016c), y se ha demostrado que es eficaz en la prevención del suicidio (OMS, 2015).

**Capacitar a los líderes comunitarios y los guardianes para que sean recursos eficaces.** El liderazgo es un factor clave para el éxito de la participación de la comunidad en la prevención del suicidio. En una comunidad hay líderes oficiales y oficiosos (por ejemplo, policías, políticos, líderes religiosos) que desempeñan un papel importante a la hora de unir a la comunidad y aunar a las personas para lograr una meta común. Es importante conseguir que estos líderes y otros miembros destacados de la comunidad (como el personal de enfermería, el personal médico general y los trabajadores sociales, docentes, policías, bomberos, funcionarios de prisiones, militares y empleadores), que pueden actuar como guardianes, reciban capacitación y formación sobre la prevención del suicidio, y desempeñen un papel activo en la identificación de las personas de la comunidad en riesgo de suicidio (Kral et al., 2009). La capacitación de los guardianes es una actividad común en la prevención del suicidio.

## Atención de seguimiento y apoyo comunitario

**Crear un grupo de autoayuda para familias afectadas por un suicidio.** Un grupo de autoayuda de personas afectadas por un suicidio puede ofrecer la oportunidad de estar con otras personas que han pasado por la misma experiencia, obtener fuerza y comprensión de otros miembros del grupo, y ofrecer lo mismo a los demás. El grupo también puede asumir un papel educativo, proporcionando información sobre el proceso de duelo, sobre los hechos relacionados con el suicidio y sobre las funciones de los distintos profesionales de salud (OMS, 2008). Se sugiere que estas actividades, como la creación de un grupo de autoayuda, vayan acompañadas de orientación profesional para garantizar la calidad del apoyo. La creación de grupos de autoayuda para los supervivientes (quienes han perdido a un ser querido por un suicidio) es una práctica habitual en las comunidades.

**Establecer el apoyo a las personas que se han autolesionado.** La comunidad puede ayudar a apoyar a quienes han intentado suicidarse. Mediante la organización de eventos comunitarios y la creación de programas de apoyo o grupos de autoayuda se puede lograr que las personas o las familias no estén aisladas y reducir así su vulnerabilidad y el riesgo de suicidio. Las personas que anteriormente se han autolesionado pueden proporcionar ideas sobre cómo apoyar a quienes pueden estar afectados actualmente. Se sugiere que estas actividades vayan acompañadas de orientación profesional para garantizar la calidad del apoyo. Establecer el apoyo dentro de la comunidad es un elemento importante en el seguimiento de quienes han intentado suicidarse.

**Respuesta a las secuelas de un suicidio para los grupos vulnerables y prevención de los grupos de casos de suicidios.** Impartir capacitación al personal y a las personas voluntarias, por ejemplo, en escuelas, universidades, lugares de trabajo o centros y residencias para personas mayores puede ayudar a prestar apoyo tras un intento de suicidio o un suicidio. Después de un suicidio, las personas afectadas pueden tener sentimientos de dolor o pena, vergüenza, culpa o ira, y pueden volverse vulnerables al suicidio. El apoyo es necesario para promover la curación y prevenir un posible grupo de casos de suicidios, que es una cadena de suicidios donde uno parece desencadenar otros (CDC, 2001; Public Health England, 2015). La preparación de un plan de respuesta, capacitación y apoyo tras un suicidio es una actividad común para la prevención del suicidio, ya que dicho plan puede evitar los grupos de casos de suicidios.

## Programas dirigidos a las personas mayores

**Programas de prevención dirigidos a las personas mayores.** Uno de los retos de la movilización comunitaria puede ser que los recursos estén distribuidos de forma desigual. Por ejemplo, una proporción relativamente pequeña de los recursos puede centrarse en los suicidios de personas mayores. Las comunidades pueden establecer programas de prevención del suicidio dirigidos a las personas mayores mediante la concientización sobre el tema (incluso entre los trabajadores de salud y el personal que trabaja con personas mayores o las cuida), la educación sobre el envejecimiento saludable y la promoción del apoyo social y comunitario que puede evaluar y ayudar a mejorar las condiciones de vida (Erlangsen et al., 2011). Podrían implementarse actividades y programas que fomenten un sentido de propósito, así como la resiliencia y otros factores de protección (SAMHSA, 2015), incluso en hogares para convalecientes o residencias de personas mayores. Se trata de una actividad común en la prevención del suicidio.

## Programas en el lugar de trabajo

**Iniciar actividades de prevención del suicidio en el lugar de trabajo.** En un entorno tan cambiante como el actual, los empleados suelen dudar a la hora de comunicar que tienen dificultades, por miedo a que esto ponga en peligro su empleo o su promoción profesional. Aunque el suicidio de trabajadores es el resultado de la compleja interacción entre las vulnerabilidades individuales, las condiciones de trabajo estresantes y las condiciones de vida, el lugar de trabajo también puede cumplir una función de apoyo o incluso de guardián. Esto puede hacerse introduciendo a los empleadores en el tema mediante campañas de sensibilización (por ejemplo, sobre la salud mental en el lugar de trabajo) y proporcionando orientación práctica sobre cómo pueden ayudar y apoyar a alguien que tiene una crisis o pensamientos suicidas. Además, las comunidades pueden colaborar con las empresas para capacitar a empleadores o empleados designados para que se conviertan en guardianes (OMS, 2006).

Estos ejemplos no son una lista exhaustiva y se pueden llevar a cabo muchas más acciones. Por lo tanto, es esencial examinar más a fondo los problemas clave que afectan a la comunidad, teniendo en cuenta los factores de riesgo de suicidio relevantes, así como informarse sobre otras comunidades que han tenido problemas similares y sus esfuerzos para combatir el suicidio (Kral et al., 2009), que luego se podrían adoptar o adaptar para el plan de acción.

## 2. Mapear los recursos para las posibles acciones

Una vez que la comunidad ha determinado las posibles acciones, el siguiente paso es considerar los recursos necesarios en relación con cada acción. Es necesario mapear los recursos necesarios (por ejemplo, humanos, financieros, de infraestructuras), determinar dónde se pueden encontrar en la comunidad y evaluar su disponibilidad actual (anexo 3.4). Entre las preguntas que cabe tener en cuenta a la hora de hablar de los recursos se encuentran las que se indican a continuación.

Consideraciones generales:

- ¿Qué organizaciones deben participar? ¿Cuál sería el valor añadido de su participación?
- ¿Cuál es el calendario de las actividades? ¿Existe un momento ideal para realizar las actividades?

Recursos humanos:

- ¿De qué recursos humanos se dispone?
- ¿Quién debe participar en la planificación, ejecución, evaluación y promoción de las acciones?
- ¿Qué recursos de tiempo necesitan el comité directivo y los subcomités?

Recursos financieros:

- ¿Cuáles son los costos de las acciones? ¿Cuántos fondos se necesitan para la implementación?
- ¿Se puede utilizar algún recurso de forma gratuita (por ejemplo, tiempo de emisión en radio y televisión, anuncios)?
- ¿Qué fuentes potenciales de financiamiento están disponibles? ¿Hay algún programa gubernamental al que se pueda acceder? ¿Hay alguna propuesta de financiamiento que pueda desarrollarse?

Infraestructura:

- ¿Se necesita algún espacio físico (por ejemplo, un centro comunitario, un espacio público)?

El financiamiento adecuado y sostenido es un factor crucial para elaborar un plan de acción viable. El financiamiento es el mecanismo por el que los objetivos se traducen en acciones tangibles mediante la asignación de recursos. Es necesario determinar los servicios y sus sistemas de financiamiento para entender el nivel de recursos actuales y cómo se utilizan. Luego se deben asignar los recursos existentes para lograr los mayores beneficios posibles (OMS, 2003).

### 3. Movilizar recursos

Si una comunidad no cuenta con recursos financieros, se pueden utilizar varios métodos eficaces de recaudación de fondos con el fin de obtener financiamiento para ejecutar el plan de acción.

La movilización de recursos es el proceso por el que se consiguen diferentes tipos de apoyo para la comunidad. Entre los métodos de movilización de recursos se encuentran los siguientes:

- presentar propuestas a un donante (por ejemplo, para subvenciones o programas de financiamiento);
- solicitar apoyo técnico a, por ejemplo, organizaciones no gubernamentales, universidades, grupos de investigación y organizaciones nacionales o internacionales;
- armonizar la estrategia de recaudación de fondos de la comunidad con las metas de fundaciones, organizaciones y grupos empresariales;
- organizar eventos para recaudar fondos, como encuentros matutinos a la hora del café o cafés antes del trabajo, en los que haya folletos o carteles informativos y se puedan hacer donaciones para actividades de prevención del suicidio (por ejemplo, en una caja de colecta);
- recoger contribuciones en especie, como ropa usada, muebles, libros, vehículos o incluso edificios, que puedan venderse y convertirse en ayuda económica;
- colocar cajas de donación en lugares públicos muy frecuentados;
- promover el tiempo compartido como apoyo a las actividades de voluntariado, en las que las personas voluntarias aportan su tiempo y sus recursos para apoyar el plan de acción de prevención del suicidio (esto puede unir a la comunidad en una forma de solidaridad en torno al tema de la ayuda y el apoyo mutuos);
- organizar eventos patrocinados, como carreras o caminatas;
- probar el “financiamiento igualado”, por el que los empresarios se comprometen a igualar lo que sus empleados hayan recaudado, lo que supone una forma de duplicar las donaciones rápidamente.

### 4. Formular el plan de acción en función de las prioridades y los recursos

Tras el ejercicio de mapeo, el examen de las cuestiones clave y la identificación de posibles actividades de implementación, es esencial priorizar estas acciones dentro de un plan de acción.

Si el comité directivo decidiera abordar todas las cuestiones clave y llevar a cabo todas las acciones simultáneamente, se vería desbordado. Al centrarse en un número adecuado de acciones para una comunidad determinada a la vez (por ejemplo, una o dos acciones para empezar), se pueden concentrar los esfuerzos y los recursos para lograr que la eficacia sea óptima. Las acciones futuras pueden basarse en estos esfuerzos iniciales para que todos los objetivos puedan alcanzarse finalmente.

Para priorizar estas acciones, se podría acordar una clasificación simple, pero también se pueden utilizar una serie de herramientas de priorización para facilitar este proceso y ayudar a sopesar las necesidades de la comunidad y las actividades basadas en la evidencia. Un ejemplo de esta herramienta es la matriz de priorización tridimensional (anexo 3.5), en la que se pide a los participantes que clasifiquen las actividades en tres dimensiones: 1) la necesidad percibida, 2) la evidencia y 3) la viabilidad (que incluye los recursos humanos y financieros y el calendario). Cada actividad puede recibir un máximo de cinco puntos en cada una de las tres dimensiones. La suma de puntos de cada actividad debe proporcionar orientación sobre su priorización.

En cuanto al plazo, algunas actividades (por ejemplo, la vigilancia o el apoyo psicosocial) deben ser continuas, mientras que otras (por ejemplo, la capacitación de los trabajadores de salud o las sesiones informativas para los miembros de la comunidad) pueden tener lugar a intervalos regulares.

El plan de acción debe estar por escrito, con todos los detalles de las acciones necesarias (Archer y Cottingham, 2012). Además, el plan debe establecer una división clara del trabajo y asignar funciones y responsabilidades en función de los recursos disponibles. Tomarse este punto muy en serio debería resultar útil a lo largo del proceso.

## 5. Formular metas SMARTER en el plan de acción

Aunque hay diferentes enfoques para establecer metas, una forma convincente de asegurarse de que sean alcanzables y prácticas es utilizar las metas SMARTER (“más inteligentes”, conocidas así por su sigla en inglés) (anexo 3.6). Más concretamente, estas metas ayudan a estructurar la actividad. Establecer las metas de antemano puede facilitar la flexibilidad del plan si alguno de los elementos cambia (Capire Consulting Group, 2016).

Las metas SMARTER son (Mindstrong, 2016):

### 1. ESPECÍFICAS

Las metas deben ser precisas y claras, y deben indicar exactamente lo que se quiere conseguir (quién, qué, dónde, por qué).

*Ejemplo: Los agentes comunitarios de salud están capacitados para evaluar y manejar los comportamientos suicidas.*

### 2. MEDIBLES

Las metas deben establecer criterios concretos para medir el progreso hacia la consecución de cada meta fijada.

*Ejemplo: Reducción del número de suicidios en la comunidad, aumento de la conciencia del público acerca del suicidio.*

### 3. ALCANZABLES

Las metas deben ser alcanzables. Cumplen con la prueba de sentido común de que requieren un cambio en las prácticas o los comportamientos actuales que sea alcanzable.

*Ejemplo: Los profesionales de los medios de comunicación están capacitados para informar responsablemente sobre el suicidio.*

### 4. PERTINENTES

Las metas deben ser pertinentes para el grupo destinatario y para las necesidades y prioridades establecidas.

*Ejemplo: Se crea en la comunidad un grupo de autoayuda para supervivientes de un suicidio.*

### 5. TENER UN PLAZO

Las metas deben tener un marco temporal claro y ajustable durante el cual se alcanzarán.

*Ejemplo: A los seis meses se alcanza un hito.*

### 6. EVALUABLES

Las metas deben evaluarse periódicamente y ajustarse según sea necesario para tener en cuenta los cambios y las enseñanzas extraídas con el tiempo.

*Ejemplo: Se celebran reuniones para recabar la opinión de la comunidad o se realizan encuestas periódicamente.*

### 7. RESPONSABILIDAD

Las metas deben definir una división clara del trabajo, con una declaración precisa de quién es responsable de la aplicación, el seguimiento y la evaluación.

*Ejemplo: El grupo de acción ha asignado responsabilidades y tareas claras entre sus miembros.*

Los avances en la consecución de las metas pueden medirse mediante reuniones ordinarias del grupo de acción, tanto al concluir una actividad importante como a intervalos oportunos en los que resulte útil medir los avances.

## 6. Elaborar una estrategia de divulgación para promover las actividades de prevención del suicidio y los eventos comunitarios

Es esencial que el comité directivo logre llegar a la comunidad en general para promover actividades y concientizar. A la hora de elegir una estrategia de divulgación (anexo 3.7), hay que tener en cuenta el grado de estigmatización, así como factores culturales, religiosos, históricos y económicos. La estrategia de divulgación también debe adaptarse a los recursos disponibles.

Entre los enfoques que se pueden adoptar están uno o más de los siguientes (Comisión de Salud Mental de Canadá, 2015):

- publicidad directa enviada por correo;
- periódicos;
- por internet (por ejemplo, correo electrónico, sitio web, lista de correo electrónico, redes sociales);
- medios impresos tradicionales (por ejemplo, folletos, volantes);
- anuncios de televisión;
- anuncios de radio;
- lugares de encuentro tradicionales (por ejemplo, mercados, conciertos);
- anuncios en el transporte público (por ejemplo, en los autobuses).

### Recuadro 3. Estudio de casos: Kenya

Kenya dispone de pocos datos sobre el número de personas que intentan suicidarse o que mueren por suicidio. El suicidio es ilegal en Kenya y está rodeado de estigma y tabú, lo que aumenta la probabilidad de que los casos de suicidio se subnotifiquen o no se notifiquen en absoluto, en especial los intentos de suicidio. Por miedo a acciones legales y debido a las creencias culturales y religiosas, a menudo el suicidio puede documentarse erróneamente como muerte accidental o por otra causa. Para concientizar y sensibilizar a la población sobre el suicidio y su prevención, Befrienders Kenya, una organización no gubernamental local, movilizó a líderes de opinión de la comunidad y tomó medidas para abordar este problema crucial de salud pública en Mashimoni, Mathare, en el condado de Nairobi. Befrienders Kenya facilitó el proceso de participación de la comunidad utilizando las herramientas de participación de la comunidad.

Tras los preparativos iniciales —como sesiones de planificación y visitas a la comunidad por parte del equipo de ejecución—, se llevó a cabo un debate para conocer cuánto sabía la comunidad sobre el suicidio y averiguar cuáles eran sus percepciones, actitudes, ideas y creencias al respecto. En el debate participaron un líder religioso, un profesor, agentes sanitarios de la comunidad, jóvenes, el jefe adjunto de policía de la zona y un representante comunitario del sector empresarial. Del debate se desprendió que el suicidio era relativamente frecuente en la comunidad, sobre todo en la población joven desempleada que consumía drogas y abusaba del alcohol, lo que aumentaba su riesgo de suicidio y de embarazos adolescentes, habituales en la zona. Los participantes en el debate destacaron la necesidad de conocer a fondo el suicidio y las razones del comportamiento suicida, para aumentar la conciencia pública sobre el suicidio y proporcionar educación al respecto.

Se constituyó un comité directivo, compuesto por adolescentes y jóvenes, líderes religiosos, agentes comunitarios de salud, docentes, representantes de empresas y de la administración pública, para facilitar el proceso de participación de la comunidad y establecer el vínculo con la comunidad en general. El comité directivo encabezó las acciones comunitarias en los esfuerzos de prevención del suicidio. El comité estableció quiénes eran los interesados directos clave, organizó los aspectos logísticos y el contenido de la primera reunión y elaboró el plan de acción comunitario, incluidas la definición de las metas generales y la identificación de las acciones y los recursos. Befrienders Kenya recopiló datos de varias fuentes, como internet, la Oficina de Estadística de Kenya, el Ministerio de Salud y el Hospital Mental y de Referencia de Mathare; sin embargo, los datos sobre el suicidio, las autolesiones y los intentos de suicidio eran muy escasos, no solo en lo que respecta a la zona identificada sino en el país en general.

La primera reunión pública celebrada en la comunidad contó con 240 participantes. Se trataron temas como los conocimientos sobre el suicidio, el abuso de drogas y alcohol y la salud mental, así como el relato de una experiencia vivida por una persona afectada por un suicidio. El mensaje que transmitieron todos los facilitadores de la reunión era que los suicidios son evitables y que la comunidad, así como las personas, pueden desempeñar un papel en su prevención. Se sensibilizó a la comunidad acerca de los signos de advertencia del suicidio y las medidas que deben tomarse si se sospecha que existe riesgo de suicidio. Se destacó que la depresión es un problema de salud mental importante con asociaciones importantes con el suicidio.

Uno de los resultados fundamentales de la primera reunión tuvo que ver con la necesidad de cambiar actitudes, percepciones y creencias para poder ayudar a reducir el estigma y permitir que las personas y las familias afectadas tengan acceso al apoyo. Los participantes se mostraron satisfechos con los temas presentados y consideraron que habían aprendido muchas cosas de las que no se había hablado antes. La impresión final fue que los participantes comenzaron a cambiar sus percepciones y su forma de pensar sobre el suicidio y empezaron a considerar su prevención.

El comité directivo y Befrienders Kenya formularon un plan de acción en consonancia con las prioridades de la comunidad y los recursos disponibles, aunque las finanzas y la falta de personal capacitado se destacaron como temas preocupantes. Los objetivos generales eran disminuir el número de suicidios en la comunidad, reducir el estigma y capacitar a los líderes comunitarios.

En consonancia con los objetivos generales, las acciones previstas fueron:

1. capacitar a agentes comunitarios de salud para que detecten a las personas y los grupos vulnerables y manejen los comportamientos suicidas;
2. aumentar la conciencia y la sensibilización acerca del suicidio y su prevención mediante un diálogo mayor con la comunidad, lo que también ayudaría a reducir el estigma; y
3. capacitar a líderes comunitarios para que detecten a las personas en riesgo de suicidio y las ayuden a acceder a la ayuda.

En el plan de acción comunitario se describieron todos los detalles de cada acción y se asignaron responsabilidades generales. Teniendo en cuenta los recursos necesarios para cada acción, el comité trazó un mapa de los recursos disponibles en la comunidad y se identificó a los interesados directos principales para llevar a cabo las acciones. El reparto de tareas se consideró importante para garantizar la sostenibilidad del plan de acción. Una vez elaborado el plan de acción, se transmitió a la comunidad.

Durante la reunión de retroalimentación, quedó claro que un número importante de miembros de la comunidad había tenido un cambio de mentalidad con respecto al suicidio. Durante los debates, reconocieron la asociación del suicidio con problemas de salud mental y que el suicidio requería atención al igual que cualquier otro problema de salud. La comunidad reconoció que las personas afectadas por el suicidio de un ser querido necesitaban ánimo y apoyo, mientras que las personas con pensamientos suicidas necesitaban que las escucharan y las remitieran a los prestadores de servicios adecuados.

Se determinó que la necesidad de crear grupos de apoyo para las personas afectadas por un suicidio y para quienes han intentado suicidarse era un punto de acción clave. Esto daría a las personas afectadas la oportunidad de intercambiar experiencias y apoyarse mutuamente, así como de ayudarse a buscar la ayuda adecuada.

También quedó claro que la comunidad puede desempeñar un papel importante en la prevención del suicidio, ya que puede proporcionar una plataforma para la educación y la sensibilización. Todos estuvieron de acuerdo en que todo el mundo es un interesado directo cuando se trata de la prevención del suicidio, ya que todas las personas se ven afectadas de una u otra manera.



## 4. Movilización continua de los medios de comunicación

1. Consejos para trabajar con éxito con los medios de comunicación locales.
2. Información responsable en los medios de comunicación.



1. Preparación Inicial



2. Inicio de la conversación en la primera reunión



3. Elaboración de un plan de acción comunitario



4. Movilización continua de los medios de comunicación



5. Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario



6. Reunión de retroalimentación de la comunidad

## 4. Movilización continua de los medios de comunicación

Los medios de comunicación desempeñan un papel importante en la conformación de la opinión pública y las actitudes de la población (Borinstein, 1992; Kalafatelis y Dowden, 1997; Philo, 1994). En ocasiones, el interés de los medios de comunicación puede ser muy grande, sobre todo durante los actos del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, el 10 de septiembre. Aunque es importante que las comunidades aprovechen la oportunidad de trabajar con los medios de comunicación como un canal para promover sus esfuerzos y mensajes, cabe señalar que la participación con los medios de comunicación en el ámbito de la prevención del suicidio puede ser complicada. En particular, es importante que los medios de comunicación informen responsablemente de los casos de suicidio para evitar la imitación de los actos suicidas por parte de personas vulnerables. La participación de los medios de comunicación es aún más difícil cuando sigue habiendo estigma y mitos sobre el suicidio. Dada la gran influencia de los medios de comunicación, los esfuerzos de participación comunitaria en la prevención del suicidio deben considerar de qué manera se puede movilizar a los medios de comunicación con éxito (anexo 4.1).

### 1. Consejos para trabajar con éxito con los medios de comunicación locales

1. Trabajar con los medios de comunicación locales para desarrollar campañas en los medios que informen sobre el suicidio y su prevención, promuevan la salud mental y reduzcan el estigma. Reforzar los mensajes de promoción de la salud sobre la relación entre los factores de estrés, la salud mental y la salud física.
2. Alentar a los medios de comunicación locales a que informen de manera responsable sobre el suicidio (OMS, 2017a).
3. Invitar a los medios de comunicación locales a participar en las actividades comunitarias.
4. Alentar a los medios de comunicación locales a desarrollar una estrategia de comunicación que incluya el desarrollo y la distribución de un conjunto de materiales informativos para la prensa que proporcione recursos para informar de forma responsable sobre el suicidio, así como información de contacto de los portavoces locales. Divulgar los recursos disponibles sobre el suicidio y los medios de comunicación.
5. Alentar a los medios de comunicación a seguir un código ético en relación con el suicidio.
6. Poner en marcha un proceso de seguimiento de los medios de comunicación para recoger información sobre la cobertura adecuada del suicidio y proporcionar comentarios constructivos sobre las descripciones engañosas o hirientes del suicidio.
7. Instaurar un proceso para nominar a los medios de comunicación locales a premios a la excelencia informativa existentes, o colaborar en la creación de premios nuevos para reconocer a los periodistas.
8. Involucrar a los profesionales de los medios de comunicación en un taller sobre la información responsable sobre el suicidio.

### 2. Información responsable en los medios de comunicación

Los profesionales de los medios de comunicación disponen de varias fuentes de orientación sobre la información responsable sobre el suicidio, incluido un documento de recursos de la OMS (OMS, 2017a). La orientación incluye las siguientes cuestiones:

- Suministrar información precisa acerca de dónde buscar ayuda.
- Educar al público acerca de los datos sobre el suicidio y la prevención del suicidio, sin difundir mitos.
- Informar sobre maneras de hacer frente a los factores de estrés de la vida o a pensamientos suicidas y sobre formas de obtener ayuda.
- Tener mucho cuidado al informar sobre suicidios de famosos.
- Tener cuidado al entrevistar a familiares o amistades que estén atravesando un duelo por haber perdido a un ser querido por suicidio.
- Reconocer que los propios profesionales de los medios de comunicación se pueden ver afectados por noticias sobre suicidios.
- No destacar las noticias sobre suicidios ni repetirlos innecesariamente.
- No utilizar un lenguaje que sea sensacionalista o normalice el suicidio, ni que lo presente como una solución constructiva a los problemas.
- No describir explícitamente el método utilizado.
- No facilitar detalles sobre el sitio ni la ubicación.

- No utilizar titulares sensacionalistas.
- No usar fotografías, material de video ni enlaces a redes sociales.

#### Recuadro 4. Estudio de caso: Trinidad y Tabago

El suicidio sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública en Trinidad y Tabago. Chaguanas, el mayor distrito de Trinidad, representa aproximadamente 25% de los suicidios del país. Se organizaron reuniones de debate para establecer quiénes se ocupaban habitualmente de los comportamientos suicidas y quiénes estarían interesados en trabajar en la prevención del suicidio en la comunidad. Se contactó a distintos interesados directos de la comunidad, como la alcaldía, el servicio de policía, prestadores de atención de salud mental, líderes religiosos, representantes del sector empresarial y grupos de alcohólicos anónimos. Se reconoció que la población joven en el sistema escolar era vulnerable al suicidio debido al consumo de drogas, a la escasa supervisión, a problemas familiares y a trastornos mentales no diagnosticados.

De las reuniones surgió un comité directivo, constituido por un trabajador social, una enfermera comunitaria del servicio de salud mental, una enfermera jefa del servicio de urgencias, un director del servicio de atención primaria, un agente de policía, un orientador, un profesor, dos concejales del gobierno local y dos directores de organizaciones no gubernamentales. Se celebraron varias reuniones para establecer los mecanismos mediante los cuales el grupo podría involucrar a personas de la comunidad. Se sabía que el suicidio era un problema importante, pero no había datos disponibles o no se los conocía en términos generales.

Se organizó una primera reunión comunitaria que fue anunciada por los medios de comunicación. Asistieron unos 25 participantes. El orden del día incluyó un panorama general de las estadísticas sobre el suicidio e información sobre los signos y factores de riesgo. En la reunión se realizó un ejercicio de mapeo sobre los recursos. Entre las estrategias que se debatieron se encontraban la sensibilización sobre el suicidio y su prevención en la comunidad, la identificación de los estudiantes en riesgo y las intervenciones en el lugar de trabajo. En general, hubo una sensación de impotencia, reconocimiento de la importancia del estigma social, así como preocupación reiterada por que la policía y los trabajadores de salud carecían de capacitación para abordar el suicidio y por que había poca información sobre la magnitud del problema y las formas en que la comunidad podía ayudar en la prevención.

Se creó un grupo de acción dentro del grupo directivo y se celebraron reuniones periódicas para debatir el plan de acción comunitario. El grupo determinó cuatro metas generales:

- detectar a las personas o los grupos vulnerables de la comunidad;
- establecer un sistema de vigilancia;
- ofrecer apoyo clínico rápido a las personas y las familias, incluidas las que habían perdido recientemente a un pariente o amigo cercano por suicidio;
- capacitar al personal de primera línea, la policía, los bomberos y el personal paramédico de emergencias en materia de estrategias de prevención e intervención en caso de suicidio.

Se seleccionaron las siguientes acciones para el plan de acción:

1. Acciones para grupos establecidos como especialmente vulnerables, a saber:
  - adolescentes: formación y sensibilización de docentes o padres para concientizar sobre la salud mental de los adolescentes;
  - personas adultas jóvenes: aplicación de programas de asistencia a los empleados y creación de lugares de ocio;
  - personas mayores: formación y sensibilización de los profesionales de las divisiones de pensiones y servicios sociales, grupos de jubilados, residencias geriátricas y servicios hospitalarios.
2. Creación de un sistema de vigilancia del suicidio en el distrito mediante la colaboración entre los servicios de salud, la policía y los bomberos.
3. Suministro de información sobre las vías de atención si se detectaban comportamientos problemáticos.
4. Capacitación para guardianes que están en contacto con personas en riesgo.

Más concretamente, en el caso de los adolescentes, se preveía la extensión a las escuelas y el enlace con los directores y orientadores de las escuelas primarias y secundarias de la zona, así como el trabajo con organizaciones de padres y de docentes para concientizar sobre la salud mental. Las actividades recreativas servirían para sensibilizar e invitar a participar a preparadores, facilitadores y clubes juveniles.

Se decidió intentar llegar a las personas adultas jóvenes mediante consultas de empleadores, programas de asistencia a los empleados y los lugares de ocio que son populares en Chaguanas. La información de divulgación, la capacitación de los prestadores de asistencia a los empleados y la prevención del consumo de sustancias psicotrópicas a través de los grupos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos y los servicios de salud formarían parte del programa de prevención para esta subpoblación. También se consideró prioritario el asesoramiento en materia de relaciones y familia, pero se pensó que podría gestionarse a través de organizaciones religiosas y comunitarias existentes que interactúan con las familias.

Se decidió intentar llegar a las personas mayores a través de grupos de jubilados, residencias geriátricas y servicios hospitalarios. Las divisiones de pensiones y servicios sociales del distrito recibirían capacitación y sensibilización.

Se organizaron reuniones y talleres comunitarios periódicos para involucrar a la comunidad en la prevención del suicidio y para actualizar al grupo de acción acerca de los cambios que pudieran afectar a la implementación del plan de acción de prevención del suicidio. Se acordó que los medios de comunicación prestarían el apoyo necesario. Se planificó una campaña en medios de comunicación públicos y en las redes sociales para involucrar a personalidades populares que vivían en el distrito para promover el tema de la prevención del suicidio.

Debido a la participación, hubo entusiasmo y esperanza en que las acciones beneficiarían a la comunidad, ayudándola a tomar conciencia de los problemas de salud mental, reduciendo los suicidios y creando un espíritu comunitario mayor y más participativo. La alcaldía y el gobierno local reforzarían el mensaje de prevención del suicidio a través de proyectos e iniciativas del gobierno local. Se esperaba que el reconocimiento y el tratamiento de los problemas de salud mental aumentaran y fueran más tempranos, en particular en lo que se refiere a la depresión y al abuso de sustancias.



## 5. Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario

1. Seguimiento continuo.
2. Evaluación para extraer las enseñanzas para otras iniciativas futuras.
3. Sistemas de vigilancia y cambio cuantitativo.



1. Preparación Inicial



2. Inicio de la conversación en la primera reunión



3. Elaboración de un plan de acción comunitario



4. Movilización continua de los medios de comunicación



5. Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario



6. Reunión de retroalimentación de la comunidad

## 5. Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario

Una vez que se ha creado un plan de acción y se están ejecutando las acciones, es importante comprobar los avances en relación con el plan de acción y el cronograma, adaptarse a los cambios de manera oportuna, cambiar el enfoque, adaptar el plan de acción según sea necesario y documentar los obstáculos y las enseñanzas. El seguimiento y la evaluación implican medir el impacto real de una intervención y evaluar su eficacia y costoeficacia (Acosta et al., 2013; Capire Consulting Group, 2016).

- Por seguimiento se entiende el seguimiento sistemático del plan de acción. Es esencial evaluar el grado de aplicación del plan de modo que se pueda rectificar regularmente cualquier problema detectado (OMS, 2007).
- La evaluación se refiere a un proceso de valoración sistemática para evaluar el valor, el rendimiento o la eficacia del plan (OMS, 2007).

Aunque la ejecución de las actividades supone un gran esfuerzo, lo ideal es que la evaluación se integre en el plan de acción comunitario a lo largo de todas las fases de desarrollo. Es importante averiguar qué es lo que realmente funciona, si ayuda a las personas o las perjudica, para quién es más adecuado y útil, y si se puede adaptar para que otras comunidades lo usen.

El seguimiento y la evaluación son complementarios y en cierta medida se superponen, en lugar de ser procesos totalmente distintos. La información recopilada a través del seguimiento suele alimentar las evaluaciones sistemáticas y el seguimiento también implica cierta valoración de la información que puede utilizarse como base para desarrollar los planes (OMS, 2007).

El seguimiento y la evaluación son importantes para los esfuerzos de participación comunitaria por las siguientes razones (Capire Consulting Group, 2016) :

1. **seguimiento continuo** para medir cómo avanza el plan de acción y si se requieren ajustes y cambios sobre la marcha;
2. **evaluación para formular las enseñanzas** que sirvan de base a otras iniciativas de prevención del suicidio en la misma comunidad o en otras;
3. **sistemas de vigilancia y cambio cuantitativo** para estudiar las tendencias generales del número de suicidios e intentos de suicidio.

### 1. Seguimiento continuo

Lo ideal es que el seguimiento se integre en todo el proceso de aplicación del plan de acción de prevención del suicidio. Se deben esbozar de antemano los objetivos, las metas y los indicadores para definir lo que determina el éxito, así como el proceso y los intervalos de evaluación. Podría haber comprobaciones periódicas para ver si las actividades van por buen camino para lograr lo que se pretende y si han surgido nuevas posibilidades o es necesario un cambio de dirección. Esto puede hacerse de varias maneras (anexo 5.1) (Capire Consulting Group, 2016; Suicide Prevention Australia, 2014). Por ejemplo:

- Durante las reuniones del comité directivo y los subcomités, reservando tiempo para comprobar el progreso de las actividades. Verificando si (OMS, 2007):
  - las actividades previstas se han completado;
  - los plazos establecidos para cada actividad se respetan;
  - las aportaciones previstas se han realizado;
  - los resultados de las actividades se han logrado;
  - las metas de las distintas estrategias se han alcanzado.
- Preguntando periódicamente a todos los miembros que participan en la planificación de las actividades cuáles son los retos a los que se han enfrentado y si han sugerido algún cambio en las actividades.
- Si son necesarios cambios, revisando el objetivo general en función de los nuevos desafíos y oportunidades.
- Estableciendo pequeños puntos de referencia o indicadores incrementales (por ejemplo, el número de personas que asisten a un evento, la cantidad de tiempo de emisión en la radio o los medios de comunicación, el número de personas a las que llega un mensaje) para comprobar el progreso a lo largo del proceso.
- Si una actividad no está llegando al público destinatario o ya no parece eficaz, abordando de qué manera se puede modificar o adaptar.

Programar un tiempo para reflexionar y examinar los avances permite perfeccionar el plan de acción general y garantiza el seguimiento del progreso a lo largo del camino. El seguimiento debe formar parte del plan de acción desde las etapas de planificación y desarrollo; esto ayudará a lograr que la evaluación cualitativa también siga su curso.

## 2. Evaluación para extraer las enseñanzas que sirvan para otras iniciativas futuras

El examen de los retos afrontados y las enseñanzas al planificar y ejecutar cualquier actividad del plan de acción comunitario es una parte importante del aprendizaje para actividades futuras. Aunque el seguimiento se realiza a lo largo de todo el proceso de planificación y ejecución, es importante reflexionar sobre las enseñanzas después de un evento, programa, actividad o serie de actividades y documentarlas para garantizar que se puedan introducir las mejoras necesarias. Hay que asegurarse de que estas enseñanzas se documentan, no solo para que el comité directivo las utilice en futuras actividades, sino también para que otras comunidades puedan aprender de ellas.

Deben seleccionarse métodos de evaluación congruentes para obtener datos comparables (anexo 5.2). Se sugieren los métodos siguientes para recoger y documentar las enseñanzas:

- Pedir a los participantes que intervengan en la actividad que escriban lo que les ha parecido que ha funcionado y lo que no, y anotar los mensajes que hayan extraído (por ejemplo, utilizando un formulario o una encuesta de retroalimentación).
- Pedir al comité directivo y a los subcomités que reflexionen sobre su aprendizaje y los mensajes que han extraído, así como sobre las opiniones de los participantes (por ejemplo, en un taller o mediante entrevistas).
- Observar varios indicadores, como la calidad o integridad de la ejecución de las actividades, el número total de actividades ejecutadas, el número de personas que han participado, la satisfacción y la colaboración de los interesados directos.

Otra opción sería organizar un debate en un grupo de opinión (anexo 5.3). Se trata de una actividad en un grupo pequeño, de 6 a 10 personas, dirigido por un moderador experto que facilita un debate abierto y fluido. Es importante preparar bien estas sesiones porque hay que seleccionar un grupo diverso de personas desconocidas como participantes, seleccionar cuidadosamente un conjunto de unas diez preguntas predeterminadas (que no deben mostrarse a los participantes antes del debate) y elegir un moderador junto con alguien que tome notas o grabe el debate (Elliot & Associates, 2005). Los participantes pueden ser, por ejemplo, líderes comunitarios, docentes, personal de enfermería u otros trabajadores de salud, líderes religiosos, agricultores y funcionarios administrativos.

Tres tipos de preguntas (Elliot & Associates, 2005) deberían ayudar a abordar un tema determinado, como el suicidio en la comunidad y las actividades para su prevención, a saber:

- **Preguntas de participación:** Presentar a los participantes y hacer que se sientan cómodos con el tema de debate. Por ejemplo:
  - ¿Qué saben los participantes sobre el suicidio? ¿Qué saben sobre la prevención del suicidio?
  - ¿Hay alguna actividad de prevención del suicidio que conozcan los participantes? ¿Qué opinan de las actividades de prevención del suicidio realizadas en su comunidad según el plan de acción?
- **Preguntas de exploración:** Abordan el núcleo del debate. Por ejemplo:
  - ¿Cuáles son las carencias actuales en materia de servicios e infraestructuras?
  - ¿Cuáles son los obstáculos para la prevención del suicidio en la comunidad?
  - ¿Qué opinan los participantes sobre la eficacia de las actividades de prevención del suicidio para reducirlo?
- **Preguntas de salida:** Para comprobar si en el debate se ha pasado algo por alto. Por ejemplo:
  - ¿Alguien quiere añadir algo?
  - ¿Hay más preguntas?

Suele ser necesario más de un grupo de opinión (aproximadamente tres) sobre un tema determinado para obtener resultados válidos (Elliot & Associates, 2005).

### 3. Sistemas de vigilancia y cambio cuantitativo

Más allá del seguimiento habitual del plan de acción para ver cómo avanza, los sistemas de vigilancia consideran datos cuantitativos. Los datos cuantitativos proporcionan una imagen más amplia de las tendencias generales del número de suicidios e intentos de suicidio durante un período en una comunidad determinada. Por tanto, los datos fiables y de buena calidad permiten el seguimiento de las tendencias a lo largo del tiempo, y también pueden demostrar la eficacia de una intervención en la reducción del suicidio y los intentos de suicidio. Sin embargo, el suicidio es un acontecimiento raro y no se puede esperar necesariamente que haya un cambio estadísticamente significativo en el nivel de una sola comunidad. La aparición de grupos de casos de suicidio puede complicar aún más el panorama. Es necesario utilizar otros indicadores, como el número de personas capacitadas, el número de personas derivadas o el número de personas que participan en las actividades.

Aunque la dirección y los posibles cambios de los sistemas de vigilancia corresponderán a la atención de salud, la política y la investigación, es importante integrar las consideraciones sobre los sistemas de vigilancia en el plan de acción comunitario para tener en cuenta la necesidad de contribuir en último término a estructuras de vigilancia más amplias a nivel regional, nacional o mundial. En el informe de la OMS *Prevención del suicidio: un imperativo global* (OMS, 2014), se afirma la importancia de contar con un sistema de vigilancia funcional como parte de una estrategia integral de prevención del suicidio en cualquier país. La meta final de cualquier intervención en el ámbito de la prevención del suicidio es reducir el número de suicidios y de intentos de suicidio, lo que implica que es necesario disponer de datos de buena calidad.

Si es posible, las comunidades (por ejemplo, los agentes comunitarios de salud, la policía) deberían ver si pueden iniciar la vigilancia recopilando sistemáticamente información sobre el suicidio y los intentos de suicidio en su zona, con vistas a contribuir a un sistema de vigilancia más amplio. Esto se puede hacer asignando la función de recogida de datos a personas designadas en la comunidad (anexo 5.4). Una vez al mes, estas personas deben consultar las posibles fuentes de información relacionadas con el suicidio y visitar las instituciones pertinentes, según proceda, para obtener el número de casos de suicidio e intentos de suicidio y recopilar datos sobre el suicidio. Las posibles fuentes de información son:

- registros hospitalarios;
- líderes de la comunidad;
- médicos de cabecera, agentes comunitarios de salud y personal de enfermería;
- guardianes, como los docentes, la policía y los bomberos;
- crematorios y cementerios;
- miembros designados de la comunidad;
- líderes religiosos.

Es importante que cualquier conversación sobre un suicidio o intento de suicidio sea totalmente confidencial y que los registros de datos se guarden en un lugar seguro.

Estos esfuerzos para contribuir a una vigilancia más amplia pueden formar parte de un sistema nacional de registro civil (que documenta oficialmente todos los acontecimientos vitales de una población). Se pueden comunicar los datos nacionales a la base de datos de mortalidad de la OMS ([http://www.who.int/healthinfo/mortality\\_data/en/](http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/), consultada el 14 de octubre del 2016). La OMS también ofrece orientación sobre cómo registrar la mortalidad por traumatismos, incluido el suicidio, en los depósitos de cadáveres y los hospitales (OMS, 2012). Igualmente, la información sobre el establecimiento o el fortalecimiento de un sistema de registro hospitalario de los intentos de suicidio y las presentaciones en hospitales debido a autolesiones se ha puesto a disposición en un manual de prácticas (OMS, 2016a). Además, el método STEPS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/es/>, consultado el 14 de octubre del 2016) proporciona una herramienta para obtener datos poblacionales representativos a nivel nacional sobre los factores de riesgo, incluidos los intentos de suicidio, en un país.

### Recuadro 5. Estudio de casos: Nepal

En Nepal, uno de los distritos más afectados por el devastador terremoto del 2015 fue Sindhupalchok, donde el número de casos de suicidio aumentó de 58 a 72 en dos años. El municipio de Chautara, en el distrito de Sindhupalchok, decidió involucrar a la comunidad en la prevención del suicidio.

En una reunión preparatoria participaron el jefe de distrito de la comunidad, agentes de la policía local, trabajadores de salud, líderes locales y miembros de organizaciones no gubernamentales. Analizaron la carga de suicidio en la comunidad y los servicios disponibles. Se informó a los administradores de salud del distrito y a los interesados directos locales sobre los objetivos de la actividad prevista y sobre la secuencia de eventos para involucrar a la comunidad.

Las primeras conversaciones con docentes, miembros de organizaciones no gubernamentales, residentes, trabajadores de salud y las voluntarias de salud de la comunidad pusieron de manifiesto la falta de concientización sobre el suicidio y de capacitación sobre su prevención, así como el manejo y el seguimiento inadecuados e ineficaces de los casos. No se brindaba a los escolares educación sobre la salud mental y la prevención del suicidio.

A partir de los debates y las reuniones preparatorias, se formó un comité directivo para determinar los interesados directos, establecer metas generales para la prevención del suicidio y desarrollar un plan de acción comunitario. El comité estaba compuesto por el jefe de distrito de la comunidad, directores de escuela, presidentes de organizaciones no gubernamentales locales, residentes y voluntarias de salud de la comunidad. Los miembros del comité directivo señalaron la debilidad de los mecanismos de apoyo social y la falta de prestación de servicios básicos. Después del terremoto, el número de casos de suicidio en la comunidad aumentó porque las personas que habían perdido todo apoyo no tenían a quién recurrir.

Se organizó una sesión de orientación de un día para el comité directivo debido a la falta de conocimientos de sus miembros sobre el suicidio y su prevención. En esta sesión se explicó cómo evaluar a las personas con pensamientos o planes suicidas, o actos de autolesión, y cómo alentarlas a buscar atención médica o apoyo psicosocial adecuados. Se adaptó el módulo de autolesión y suicidio de la guía de intervención del Programa de acción para superar las brechas en salud mental de la OMS (mhGAP-IG) y se utilizó para la sesión de orientación.

Se celebró una primera reunión comunitaria en la sala de reuniones de la oficina municipal. Se invitó a los miembros de la comunidad y a los interesados directos clave con la ayuda de una organización no gubernamental local, movilizadores sociales y voluntarias de salud de la comunidad. En total, asistieron 69 participantes. El orden del día incluía los siguientes temas: introducción al suicidio, necesidad de una acción urgente, objetivos, posibles actividades de prevención del suicidio, papel de la comunidad y mapeo de las actividades existentes en la comunidad. Se identificaron las siguientes cuestiones clave:

- facilidad de acceso a insecticidas y plaguicidas en la comunidad;
- facilidad de acceso al alcohol debido a la producción y la venta sin restricciones;
- falta de trabajadores de salud capacitados, tanto en la comunidad como en los centros de salud del distrito;
- disputas interpersonales entre familias o miembros de la comunidad;
- ausencia de asesoramiento psicológico disponible en las escuelas;
- falta de asesoramiento psicosocial en la comunidad;
- información inadecuada sobre el suicidio por parte de los medios de comunicación.

En reuniones posteriores, el comité directivo y los interesados directos clave llegaron a las siguientes metas generales:

- prevenir los intentos de suicidio y el suicidio en la comunidad;
- desarrollar un sistema de salud y de protección social receptivo para ayudar a las personas con comportamientos suicidas;
- aumentar la concientización y reducir el estigma asociado al suicidio y a los problemas de salud mental.

El plan de acción comunitario se basó en la priorización de los problemas clave determinados durante la reunión con la comunidad. Para cada problema clave, se elaboró un mapa de recursos y se esbozaron las acciones comunitarias posibles. Las acciones se priorizaron utilizando una matriz de priorización tridimensional. Estas fueron las acciones acordadas:

1. restringir la disponibilidad de plaguicidas en la comunidad;
2. capacitar a los trabajadores de salud de la comunidad o de los centros de salud del distrito;
3. movilizar a los medios de comunicación para aumentar la concientización y reducir el estigma;
4. proporcionar ayuda en caso de disputas interpersonales entre familias o miembros de la comunidad;
5. proporcionar apoyo psicológico en las escuelas;
6. proporcionar apoyo psicosocial de la comunidad;
7. restringir la producción y venta de alcohol.

Se seleccionó a una persona de enlace para dirigir las actividades en coordinación con los interesados directos gubernamentales y no gubernamentales. Dado que la prevención del suicidio requiere un enfoque multisectorial, era esencial una coordinación sólida bajo la dirección de la persona de enlace.

Tomando como base de las acciones anteriores, la estrategia de divulgación del comité directivo consistió en realizar campañas de sensibilización sobre el suicidio y la prevención del suicidio a través de medios de comunicación locales como la radio, la televisión y los periódicos. En la radio local se transmitieron canciones cortas sobre la prevención del suicidio. El comité directivo confiaba en la movilización de los medios de comunicación de la comunidad para sensibilizarlos sobre el suicidio y capacitar a los profesionales de los medios de comunicación para que informasen de forma responsable sobre el suicidio.

En la comunidad se consideró que la participación hizo que las personas entendieran mejor el suicidio y que las animó a hablar más sobre él. Los principales obstáculos para la aplicación fueron las limitaciones financieras y la falta de recursos humanos con capacitación. Los centros de salud de la comunidad tendrían que ser capaces de proporcionar atención primaria y atender las derivaciones desde la comunidad. Los trabajadores de salud de la comunidad deben ser capaces de prestar apoyo psicosocial y recibir tutoría y supervisión.



## 6. Reunión de retroalimentación de la comunidad



1. Preparación Inicial



2. Inicio de la conversación en la primera reunión



3. Elaboración de un plan de acción comunitario



4. Movilización continua de los medios de comunicación



5. Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario



6. Reunión de retroalimentación de la comunidad

## 6. Reunión de retroalimentación de la comunidad

Una forma importante de evaluar las actividades y señalar un hito en el proceso de participación es una reunión de retroalimentación de la comunidad (anexo 6.1). Al igual que en la reunión inicial al comienzo del proceso, la idea es reunir a toda la comunidad, hablar sobre la repercusión de las actividades y evaluarlas. La reunión de retroalimentación puede recoger las enseñanzas extraídas y proporcionar algunas indicaciones para seguir adelante. Un momento adecuado para celebrar una reunión de este tipo podría ser una vez que la actividad se haya ejecutado por completo.

Hay muchas maneras de llevar a cabo una reunión de retroalimentación, y la adecuada dependerá de las características de la comunidad y de las actividades de prevención del suicidio. Podría ser similar a la primera reunión en su estructura, o podría ser solo una presentación breve y un debate. Para recibir la opinión de la comunidad, se pueden distribuir formularios de encuesta.

### **Cuadro 6. Estudio de casos: Estados Unidos de América**

El suicidio es una de las principales causas de muerte en Estados Unidos. El estado de Virginia Occidental ocupa el decimocuarto lugar en las tasas de suicidio estatales de Estados Unidos; en el 2015, la tasa ajustada por edad fue de 18,4 por 100 000 habitantes. La Universidad de Virginia Occidental, en asociación con Healthy Harrison, una organización comunitaria sin fines de lucro del condado de Harrison, decidió trabajar en colaboración en la aplicación de las herramientas de participación comunitaria, centrándose en las necesidades locales, los valores y los recursos disponibles en la zona.

Se celebró un debate inicial con miembros de las comunidades locales para abordar el proceso, definir las metas y proyectar las actividades. Entre los miembros de este grupo había profesionales de la salud mental, administradores de servicios de salud, especialistas en prevención del suicidio, miembros de la comunidad religiosa y representantes de las fuerzas del orden. Inicialmente, el grupo no indicó que hubiera una gran concientización sobre el suicidio. Sin embargo, el debate ayudó a determinar los grupos de riesgo y los principales factores asociados al suicidio a nivel local, como el consumo de opioides, la desesperanza, la pérdida del propósito y los obstáculos en el acceso a los servicios de salud mental, sobre todo cuando se requiere un tratamiento involuntario.

Se determinaron los interesados directos y los posibles asociados que serían colaboradores valiosos en las actividades de prevención del suicidio. Entre los asociados principales se encontraban empleadores locales, centros de enseñanza superior, servicios regionales para jóvenes, iglesias, clubes de campo, instalaciones recreativas y organizaciones locales de veteranos. Se determinaron como especialmente importantes los lugares frecuentados por grupos de alto riesgo, como hombres de mediana edad que estaban aislados o abusaban del consumo de sustancias psicotrópicas (por ejemplo, lugares de trabajo, bares). También se debatió acerca de las oportunidades de desplegar programas de prevención diseñados para abordar el acceso a medios sumamente letales, como las armas de fuego, y se reconocieron como factores exclusivos de esta zona.

Se trazó un mapa de los recursos existentes y se detectaron importantes lagunas en los programas de prevención, como la falta de comunicación entre grupos y en lo que respecta a la salud mental y la prevención del suicidio, la escasa conexión de los servicios, los posibles cambios en la participación de los servicios médicos de urgencia y de los servicios de bomberos y de policía, y la necesidad de servicios de salud proactivos.

En el proceso de desarrollo del plan de acción comunitario, el comité directivo estableció las siguientes metas generales para la prevención del suicidio:

- prevenir el suicidio con los recursos y servicios disponibles;
- detectar y apoyar los esfuerzos para desestigmatizar la salud mental y la prevención del suicidio;

- crear una hoja de ruta para que las personas necesitadas reciban atención;
- fomentar una razón de ser y esperanza en las personas con angustia;
- planificar la participación de las fuerzas del orden y de los equipos de primera línea en modelos innovadores de atención y participación de la comunidad;
- proporcionar apoyo a los miembros de la familia y a los supervivientes.

Cabe señalar que el grupo Healthy Harrison consideró que la población destinataria debía estar constituida por personas en riesgo de suicidio que en ese momento estuvieran fuera del sistema de servicios de salud mental, y que el objetivo debía ser identificarlas y apoyarlas.

El condado de Harrison abarca una zona relativamente grande, con más de diez ciudades y pueblos más pequeños. La distancia entre los núcleos de población y la concientización sobre las diferencias de recursos y administración entre las comunidades de esta zona supusieron un reto a la hora de establecer una estrategia común que pudiera adoptarse para el grupo más amplio. Al crear un plan de acción, el reto era pensar en acciones locales en una zona comparativamente grande. Además, se conocían las actividades de los programas estatales y regionales de prevención del suicidio que ya operaban en esta zona. En consecuencia, se hizo hincapié en la identificación de categorías generales de acción que pudieran adoptarse o modificarse en función de las necesidades, los recursos y los programas existentes a nivel local. El plan de acción incluía lo siguiente:

1. integrar estrategias y programas apoyados por los programas locales y nacionales existentes;
2. elaborar estrategias para elevar la prevención del suicidio a la máxima prioridad en la zona y determinar los asociados locales (por ejemplo, servicios religiosos y de la tercera edad) para crear una red de apoyo y servicios;
3. buscar financiamiento para llevar a cabo programas y actividades mediante la participación de asociados y empresas locales;
4. coordinar con los prestadores de salud locales para apoyar las transiciones en la atención y la creación de una hoja de ruta para buscar ayuda.

Los miembros de la comunidad se dieron cuenta de que podían trabajar juntos para prevenir el suicidio. Quedó claro que era muy importante abordar los sentimientos de desesperanza y desánimo. Sería necesario continuar el debate público sobre las acciones de prevención del suicidio y el desarrollo de una estrategia de financiamiento.

# Recursos para la prevención del suicidio en la comunidad

## Recursos generales para la prevención del suicidio

- Prevención del suicidio: un imperativo global. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Prevención del suicidio: serie de recursos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/mental-health/resources/preventingsuicide/en/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Public health action for the prevention of suicide: a framework. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- WHO MiNDbank. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://www.mindbank.info>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Suicide Prevention Australia. Sitio web (<https://www.suicidepreventionaust.org/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Living is for everyone. Proyecto de la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio gestionado por On the Line, Australia, en nombre del Departamento de Salud. (<http://www.livingisforeveryone.com.au/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Working to prevent suicide. Ministerio de Salud de Nueva Zelanda (<http://www.health.govt.nz/our-work/mental-health-and-addictions/working-prevent-suicide>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Catálogo del CRES (Centre de Ressources en Suicidologie, Francia) (en francés). (<http://cresuicidologie.docressources.fr/opac/index.php>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Recursos para la prevención del suicidio. Rockville (Maryland, Estados Unidos): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/suicide-prevention>; última consulta: 31 de enero del 2018).
- Tips for funding your program: determining your needs and developing a plan. Newton (Massachusetts, Estados Unidos): Suicide Prevention Resource Centre (<http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/fundingtips.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- International Association for Suicide Prevention (IASP). Sitio web (<https://www.iasp.info>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Australian Institute for Suicide Research and Prevention. Sitio web (<https://www.griffith.edu.au/health/australian-institute-suicide-research-prevention>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Beijing Suicide Research and Prevention Center, China. Sitio web (<http://www.crisis.org.cn>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Japan Support Center for Suicide Countermeasures. Sitio web ([http://www.ncnp.go.jp/nimh/english/j\\_yobou.html](http://www.ncnp.go.jp/nimh/english/j_yobou.html); consultado el 31 de enero del 2018).
- National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP). Sitio web (<https://ki.se/en/nasp/national-centre-for-suicide-research-and-prevention>; consultado el 31 de enero del 2018).
- National Suicide Research Foundation, Irlanda. Sitio web (<http://www.nsrfl.ie>; consultado el 31 de enero del 2018).

## Implicación de los interesados directos clave en el proceso de prevención del suicidio

- Prompts for local leaders on suicide prevention. Departamento de Salud, Reino Unido ([https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/137641/Prompts-for-local-leaders-on-suicide-prevention.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/137641/Prompts-for-local-leaders-on-suicide-prevention.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- Identifying promising partners. Newton (Massachusetts, Estados Unidos): Suicide Prevention Resource Centre (<http://www.sprc.org/resources-programs/identifying-promising-partners>; consultado el 31 de enero del 2018).
- #308conversations. Comisión de Salud Mental de Canadá (<https://www.mentalhealthcommission.ca/resource/308conversations-its-time-to-start-talking-about-suicide-prevention/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Community engagement toolkit. The Social Planning and Research Council of British Columbia, Canadá (<http://www.sparc.bc.ca/wp-content/uploads/2017/03/community-engagement-toolkit.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).

## Ejemplos de otros programas comunitarios de prevención del suicidio

- A community-based suicide prevention planning manual for designing a program just right for your community. Pocatello (Idaho, Estados Unidos): Universidad Estatal de Idaho (<http://www.isu.edu/irh/projects/ysp/CommunitySuicidePrevention/4PreventionPlanning/PreventionPlanning.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Guidance for developing a local suicide prevention action plan: information for public health staff in local authorities. Londres: Public Health England ([https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/359993/Guidance\\_for\\_developing\\_a\\_local\\_suicide\\_prevention\\_action\\_plan\\_2\\_.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/359993/Guidance_for_developing_a_local_suicide_prevention_action_plan_2_.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- How to implement a 4-level community-based intervention targeting depression and suicidal behaviour. Leipzig: European Alliance Against Depression (EAD) ([http://www.eaad.net/files/cms/downloads\\_files/eaad-manual\\_final\\_web.pdf](http://www.eaad.net/files/cms/downloads_files/eaad-manual_final_web.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- A framework for suicide prevention planning. Winnipeg: Manitoba Health & Healthy Living ([https://www.gov.mb.ca/health/mh/docs/suicide\\_prevention\\_framework.pdf](https://www.gov.mb.ca/health/mh/docs/suicide_prevention_framework.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- Operation Save Lives: education in suicide prevention. Estocolmo, Instituto Karolinska (<http://ki.se/en/nasp/operation-save-lives-education-in-suicide-prevention>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Prevención del suicidio en el condado de Estocolmo. Estocolmo, Instituto Karolinska (<http://ki.se/en/nasp/suicide-prevention-in-stockholm-county-spis>; consultado el 31 de enero del 2018).

## Recursos generales para la participación comunitaria (no relacionados con el suicidio)

- Participatory vulnerability analysis: a step-by-step guide for field staff. Londres: ActionAid International (<http://www.livestock-emergency.net/userfiles/file/assessment-review/ActionAid.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Village book training manual: community led planning and development. Yangon: ActionAid Myanmar (<https://actionaid.org/publications/2014/village-book-training-manual-community-led-and-planning-process>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Community toolbox. Lawrence (Kansas, Estados Unidos): Grupo de Trabajo para la Salud y el Desarrollo de la Comunidad, Universidad de Kansas (<http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/overview/model-for-community-change-and-improvement>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Emerging action principles for designing and planning community change. Gaithersburg (Maryland, Estados Unidos): Community Science ([http://communityscience.com/pdfs/CS\\_Vol1-1\\_2015\\_v9\\_fugr5.pdf](http://communityscience.com/pdfs/CS_Vol1-1_2015_v9_fugr5.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- Community planning toolkit. Belfast: Community Places (<http://www.communityplanningtoolkit.org/working-together>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Modelo Communities that Care (CTC). Seattle (Washington): Social Development Research Group, Universidad de Washington (<http://www.sdrp.org/CTCInterventions.asp>; consultado el 31 de enero del 2018).
- The Community development handbook: a tool to build community capacity. Victoriaville: Canadian Community Economic Development Network (<https://ccednet-rcdec.ca/en/toolbox/community-development-handbook-tool-build-community-capacity>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Asset mapping for asset-based community development. Vibrant Communities Canada (<http://vibrantcanada.ca/resource-library/community-asset-building/using-asset-mapping-asset-based-community-development>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Community readiness for community change. Fort Collins (Colorado, Estados Unidos): Tri-Ethnic Centre for Prevention Research, Universidad Estatal de Colorado ([http://triethniccenter.colostate.edu/docs/CR\\_Handbook\\_8-3-15.pdf](http://triethniccenter.colostate.edu/docs/CR_Handbook_8-3-15.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- Active Implementation Hub. Chapel Hill (Carolina del Norte, Estados Unidos): National Implementation Research Network, Universidad de Carolina del Norte (<http://implementation.fpg.unc.edu/>; consultado el 31 de enero del 2018).

## Financiamiento

- Mental health policy and service guidance package: mental health financing. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/6\\_financing\\_WEB\\_07.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/policy/services/6_financing_WEB_07.pdf?ua=1); consultado el 31 de enero del 2018).

## Seguimiento y evaluación

- Mental health policy and service guidance package: monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([http://www.who.int/entity/mental\\_health/policy/services/14-monitoring%20evaluation\\_HKprinter.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/mental_health/policy/services/14-monitoring%20evaluation_HKprinter.pdf?ua=1); consultado el 31 de enero del 2018).
- A guide to real-world evaluations of primary care interventions: some practical advice. Agency for Healthcare Research and Quality, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos ([https://www.pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/PCMH\\_Evaluation\\_Guide.pdf](https://www.pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/PCMH_Evaluation_Guide.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44187/9789243547701\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44187/9789243547701_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y); consultado el 31 de enero del 2018).
- Guidelines for developing monitoring and evaluation plans for human resources for health. Washington (D. C., Estados Unidos): Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (<https://www.capacityplus.org/files/resources/guidelines-HRH-monitoring-and-evaluation-plans.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018)
- Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados del desarrollo. Nueva York (Nueva York, Estados Unidos): Programa Nacional de Desarrollo de las Naciones Unidas ([https://www.undp.org/content/dam/undp/documents/evaluation/handbook/spanish/documents/manual\\_completo.pdf](https://www.undp.org/content/dam/undp/documents/evaluation/handbook/spanish/documents/manual_completo.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).

## Reducción de la estigmatización y sensibilización sobre la salud mental y el suicidio

- Safe and effective messaging for suicide prevention. Newton (Massachusetts, Estados Unidos): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/SafeMessagingrevised.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Campaña "Time to Change". Sitio web (<http://www.time-to-change.org.uk/>; consultado el 31 de enero del 2018).

## Reducción del acceso a los medios de suicidio

- Methods of suicide: international data derived from the WHO mortality database. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489/en/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Limits on analgesic packaging. Newton (Massachusetts, Estados Unidos): Suicide Prevention Resource Centre (<http://www.sprc.org/resources-programs/reduced-analgesic-packaging>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Preventing suicides in public places: a practice resource. Londres: Public Health England ([https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/481224/Preventing\\_suicides\\_in\\_public\\_places.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/481224/Preventing_suicides_in_public_places.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- Emergency Department Means Restriction Education. Rockville (Maryland, Estados Unidos): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=15>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Safer access to pesticides for suicide prevention: experiences from community interventions. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246233/1/WHO-MSD-MER-16.3-eng.pdf>, consultado el 31 de enero del 2018).

## Implicación de los medios de comunicación para promover la información responsable sobre el suicidio

- Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2017. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49121/OPSNMH180021\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49121/OPSNMH180021_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y); consultado el 31 de enero del 2018).
- Canadian Association for Suicide Prevention. Sitio web (<http://suicideprevention.ca/news-resources/media-guidelines-and-social-marketing/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Recommendations for the media. Reporting on suicide. Sitio web (<http://reportingonsuicide.org/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Mindset: reporting on mental health. Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma. Sitio web (<http://www.mindset-mediaguide.ca/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- How journalists can prevent copycat suicides. Leipzig: European Alliance Against Depression ([http://www.eaad.net/uploads/media/Mediaguide\\_2017.pdf](http://www.eaad.net/uploads/media/Mediaguide_2017.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).

## Capacitación de los guardianes

- Suicide prevention training. Question, Persuade, Refer. Sitio web (<http://www.qprinstitute.com>; consultado el 31 de enero del 2018).
- safeTALK. LivingWorks. Sitio web (<https://www.livingworks.net/programs/safetalk/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). Rockville (Maryland, Estados Unidos): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) ([https://www.sprc.org/sites/default/files/Applied%20Suicide%20Intervention%20Skills%20Training%20%28ASIST%29\\_0.pdf](https://www.sprc.org/sites/default/files/Applied%20Suicide%20Intervention%20Skills%20Training%20%28ASIST%29_0.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).

## Personas que han intentado suicidarse

- A guide for medical providers in the emergency department taking care of suicide attempt survivors. Rockville (Maryland, EUA): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<https://sprc.org/sites/default/files/resource-program/AfterAnAttemptMedProviders.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Después de un intento de suicidio. Guía para cuidarse después del tratamiento en la sala de emergencias. Rockville (Maryland, EUA): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<https://sprc.org/sites/default/files/resource-program/After%20an%20attempt%20guide%20Spanish.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Después de un intento de suicidio. Guía para cuidar a su familiar después del tratamiento en la sala de emergencias. Rockville (Maryland, Estados Unidos): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<https://sprc.org/sites/default/files/resource-program/FamiliesSpanish.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Working with the suicidal patient: a guide for health professionals. Consortium for Organizational Mental Health, Canadá (<http://www.sfu.ca/content/dam/sfu/carmha/resources/wwsp/WWSP.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Emergency care of a suicidal person. Estocolmo: Instituto Karolinska (<http://ki.se/en/nasp/emergency-care-of-a-suicidal-person-aosp>; consultado el 31 de enero del 2018).

## Recursos específicos para los jóvenes

- *Sources of Strength (a universal suicide prevention programme)*. Sitio web (<https://sourcesofstrength.org/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Reconnecting Youth: A Peer Group Approach to Building Life Skills. Sitio web (<https://www.sprc.org/resources-programs/reconnecting-youth-peer-group-approach-building-life-skills>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Kognito At-Risk for High School Educators. Sitio web (<https://kognito.com/products/at-risk-for-high-school-educators>; consultado el 31 de enero del 2018).
- American Indian Life Skills Development Curriculum/Zuni Life Skills Development. Sitio web (<https://uwpress.wisc.edu/books/0129.htm>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Lifelines: A Comprehensive Suicide Awareness and Responsiveness Program for Teens. Sitio web (<https://www.hazelden.org/web/public/lifelines.page>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Multisystemic Therapy with psychiatric supports (MST). Sitio web (<http://www.msts-services.com>; consultado el 31 de enero del 2018).
- *Model Adolescent Suicide Prevention Program (MASPP)*. Sitio web (<https://nrepp.samhsa.gov/Legacy/ViewIntervention.aspx?id=251>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Sandbox Project. Teen Mental Health.org. Sitio web (<http://teenmentalhealth.org/care/health-professionals/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Together to live. Ottawa: Centre for Excellence for Child and Youth Mental Health ([www.togethertolive.ca](http://www.togethertolive.ca); consultado el 31 de enero del 2018).
- Preventing suicide: lesbian, gay, bisexual and trans young people: toolkits for nurses. Londres: Public Health England (<https://www.gov.uk/government/publications/preventing-suicide-lesbian-gay-and-bisexual-young-people>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Headspace National Youth Mental Health Foundation Ltd, Australian Government Department of Health and Ageing. Sitio web (<http://headspace.org.au/resource-library/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Headspace National Youth Mental Health Foundation Ltd, Australian Government Department of Health and Ageing. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/1/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/1/WHO_MNH_MBD_00.3.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- Youth Aware of Mental Health (YAM). Sitio web (<http://www.y-a-m.org>; consultado el 31 de enero del 2018).

## Recursos para los pueblos indígenas

- Suicide Prevention Program. Indian Health Service, the Federal Health Program for American Indians and Alaska Natives (Estados Unidos). Sitio web (<https://www.ihs.gov/suicideprevention/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- QUNGASVIK toolbox. Fairbanks (Alaska, Estados Unidos): Universidad de Alaska (<https://www.uaf.edu/canhr/projects/elluam/Qungasvik.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Promoting Community Conversations About Research to End Suicide (PC CARES) initiated, developed, and implemented by indigenous communities in Alaska. Fairbanks (Alaska, Estados Unidos): Universidad de Alaska, y Amherst (Massachusetts, Estados Unidos): Universidad de Massachusetts. Sitio web (<http://www.pc-cares.org/about/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- White Mountain Apache Tribe and Johns Hopkins University collaboration to reduce youth suicide, including a tribally-mandated surveillance system, emergency department screening, and a multi-tiered suicide prevention program for youth. Baltimore (Maryland, Estados Unidos): Center for American Indian Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Sitio web (<http://caih.jhu.edu/programs/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- North-South Partnership for Children in Remote First Nations Communities. between First Nation chiefs, elders and youth living in remote communities in northwestern Ontario with caring individuals and voluntary organizations based in southern Ontario. Guelph: North-South Partnership for Children. Sitio web ([http://northsouthpartnership.net/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=109&Itemid=567](http://northsouthpartnership.net/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=109&Itemid=567); consultado el 31 de enero del 2018).

## Recursos para los refugiados e inmigrantes

- Refugee suicide prevention training toolkit. Boston (Massachusetts, Estados Unidos): Refugee Health Technical Assistance Center (<http://refugeehealthta.org/physical-mental-health/mental-health/suicide/suicide-prevention-toolkit/>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Addressing mental health, PTSD, and suicide in refugee communities. Clearwater (Florida, Estados Unidos): Gulf Coast Jewish Family and Community Services. Seminario web (<https://gulfcoastjewishfamilyandcommunityservices.org/refugee/2014/08/05/1202998/>; consultado el 31 de enero del 2018).

## Recursos para las personas mayores

- Overview of resources by Suicide Prevention Resource Center. Sitio web (<https://www.sprc.org/populations/older-adults>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Senior's Suicide Prevention Resource Toolkit. Calgary: Centre for Suicide Prevention (<https://suicideinfo.ca/LinkClick.aspx?fileticket=cmFwRL4DMJw=>; consultado el 31 de enero del 2018).

## Recursos para los lugares de trabajo

- Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75426/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.8\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75426/WHO_MNH_MBD_00.8_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y); consultado el 31 de enero del 2018).
- Primera ayuda psicológica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf?sequence=1); consultado el 31 de enero del 2018).

## Posvención: apoyo a los afectados por un suicidio y prevención de la imitación

- Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/mental\\_health/media/survivors\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- Suicide postvention toolkit: a guide for secondary schools. Headspace National Youth Mental Health Foundation Ltd, Australian Government Department of Health and Ageing (<http://headspace.org.au/assets/School-Support/Compressed-Postvention-Toolkit-May-2012-FA2-LR.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Identifying and responding to suicide clusters and contagion: a practice resource. Londres: Public Health England (<https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-identifying-and-responding-to-suicide-clusters>; consultado el 14 de octubre del 2016).
- SAMHSA news: Suicide cluster prevention on campus. Rockville (Maryland, EUA): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (<http://newsletter.samhsa.gov/2015/12/03/suicide-cluster-prevention-on-campus/>; última consulta: 31 de enero del 2018).

- SOS: a handbook for survivors of suicide. Washington (D. C., EUA): American Association of Suicidology ([https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/SOS\\_handbook.pdf](https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/SOS_handbook.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- Hope and healing: a practical guide for survivors of suicide. Calgary: Ministerio de Salud de la Columbia Británica (<http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/HopeandHealing.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Surviving a suicide loss: a financial guide. Greenwood Village (Colorado, Estados Unidos): National Endowment for Financial Education ([http://afsp.org/wp-content/uploads/2016/02/survivingasuicideloss\\_afinancialguide.pdf](http://afsp.org/wp-content/uploads/2016/02/survivingasuicideloss_afinancialguide.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- After a suicide attempt: a guide for family and friends. Winnipeg: Canadian Association for Suicide Prevention (<https://vch.eduhealth.ca/media/VCH/GV/GV.150.A38.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Support After Suicide Partnership. Sitio web (<http://www.supportaftersuicide.org.uk/>; consultado el 31 de enero del 2018).

# Referencias

- Acosta JD, Ramchand R, Becker A, Felton A, Kofner A (2013). RAND Suicide Prevention Program evaluation toolkit. Santa Monica (CA): RAND Corporation.
- Allen J, Mohatt GV, Beehler S, Rowe HL (2014). People awakening: collaborative research to develop cultural strategies for prevention in community intervention. *Am J Community Psychol*. 54:100-11. doi:10.1007/s10464-014-9647-1.
- Archer D, Cottingham S (2012). Reflect mother manual. Londres: ActionAid International.
- Aseltine RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*. 7(161). doi:10.1186/147172458777161.
- Borinstein AB (1992). Public attitudes towards persons with mental illness. *Health Affairs*. 11(3):186-96.
- Capire Consulting Group (2016). Inclusive Community Engagement Toolkit: versión 2. Melbourne: Capire Consulting Group ([http://capire.com.au/wp-content/uploads/2016/03/Booklet\\_Capire\\_Toolkit\\_2015\\_screen.pdf](http://capire.com.au/wp-content/uploads/2016/03/Booklet_Capire_Toolkit_2015_screen.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- CDC (2001). CDC Recommendations for a Community Plan for the Prevention and Containment of Suicide Clusters. *MMWR*. 2 de mayo del 2001 (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001755.htm>; consultado el 31 de enero del 2018).
- Coppens E, Van Audenhove C, Iddi S, Arensman E, Gottlebe K, Koburger N et al. (2014). Effectiveness of community facilitator training in improving knowledge, attitudes, and confidence in relation to depression and suicidal behavior. Results of the OSPI-Europe intervention in four European countries. *J Affect Disord*. 165:142-50. doi:10.1016/j.jad.2014.04.052.
- Elliot & Associates (2005). Guidelines for conducting a focus group. ([https://datainnovationproject.org/wp-content/uploads/2017/04/4\\_How\\_to\\_Conduct\\_a\\_Focus\\_Group-2-1.pdf](https://datainnovationproject.org/wp-content/uploads/2017/04/4_How_to_Conduct_a_Focus_Group-2-1.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).
- Erlangsen A, Nordentoft M, Conwell Y, Waern M, De Leo D, Lindner R et al. (2011). International Research Group on Suicide Among Elderly. Key considerations for preventing suicide in older adults. *Crisis*. 32(2):106-9.
- Fleischmann A, Arensman E, Berman A, Carli V, De Leo D, Hadlaczky G et al. (2016). Overview evidence on interventions for population suicide with an eye to identifying best-supported strategies for LMICs. *Glob Ment Health*. 3:e5. doi:10.1017/gmh.2015.27.
- Harris F, Maxwell M, O'Connor R, Coyne C, Arensman E, Coffey C et al. (2016). Exploring synergistic interactions and catalysts in complex interventions: longitudinal, mixed methods case studies of an optimised multi-level suicide prevention intervention in four European countries (Ospi-Europe). *BMC Public Health*. 16:268. doi:10.1186/s12889-016-2942-z.
- Galtung J (1985). Conflict Triangle ABC (Attitude-Behaviour-Context). ([http://competendo.net/en/The\\_ABC\\_Triangle](http://competendo.net/en/The_ABC_Triangle); consultado el 31 de enero del 2018).
- Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Van Audenhove C, Coyne JC, McDaid D et al. (2019). Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*. 9:428. doi:10.1186/1471-2458-9-428.
- Illback R, Bates T, Hodges C, Galligan K, Smith P, Sanders D et al. (2010). Jigsaw: engaging communities in the development and implementation of youth mental health services and supports in the Republic of Ireland. *J Ment Health*. 19(5):422-35.

Kalafatelis E, Dowden A (1997). Public knowledge of, and attitudes to, mental health and illness. Wellington: Business Research Centre for Ministry of Health.

Kral M, Wiebe P, Nisbet K, Dallas C, Okalik L, Enuaraq N et al. (2009). Canadian Inuit community engagement in suicide prevention. *Int J Circumpolar Health*. 68(3):292-308.

Kutcher S, Wei Y, Costa S, Gusmão R, Skokauskas N, Sourander A (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 25(6):567-9. doi:10.1007/s00787-016-0867-9.

Lane P, Tribe R (2010). Following NICE 2008: a practical guide for health professionals on community engagement with local black and minority ethnic (BME) community groups. *Diversity in Health and Care*. 7(2):105-14.

Mental Health Commission of Canada (2015). #308conversations Interim Report. Ottawa: Mental Health Commission of Canada ([http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC%252520%252523308%252520Conversations%252520Report\\_ENG\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC%252520%252523308%252520Conversations%252520Report_ENG_0.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).

McLeroy K, Norton B, Kegler M, Burdine J, Sumaya C (2003). Community-based interventions. *Am J Public Health*. 93(4):529-33.

Mendel P, Ngo VK, Dixon E, Stockdale S, Jones F, Chung B et al. (2001). Partnered evaluation of a community engagement intervention: use of a kickoff conference in a randomized trial for depression care improvement in underserved communities. *Eth Dis*. 21(2 Suppl 1):S1-7888.

Mindstrong (2016). How to set SMART (and SMARTER) goals. Peterborough: Mindstrong Ltd (<http://mindstrongltd.co.uk/wp-content/uploads/2014/04/SMARTER-goals-1.pdf>; consultado el 31 de enero del 2018).

Mohatt NV, Singer JB, Evans Jr AC, Matlin S, Golden J, Harris C et al. (2013). A community's response to suicide through public art: stakeholder perspectives from the Finding the Light Within project. *Am J Community Psychol*. 52(1-2):197-209. doi:10.1007/s10464-013-95817.

National Institute for Health and Care Excellence (2016). Community engagement: Improving health and wellbeing and reducing health inequalities. NICE guideline (NG44). (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources>; consultado el 31 de enero del 2018).

Petersen I, Evans-Lacko S, Semrau M, Barry M, Chisolm D, Gronholm P et al. (2016). Promotion, prevention and protection: interventions at the population and community levels for mental, neurological and substance abuse disorders in low- middle-income countries. *Int J Ment Health Syst*. 10(1):1. doi:10.1186/s13033-016-0060-z.

Philo G, Secker J, Platt S, Henderson L, McLaughlin G, Burnside J (1994). The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Educ Journal*. 53(3):271-81.

Public Health England (2015). Identifying and responding to suicide clusters and contagion: a practice resource. Londres: Public Health England ([https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/459303/Identifying\\_and\\_responding\\_to\\_suicide\\_clusters\\_and\\_contagion.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/459303/Identifying_and_responding_to_suicide_clusters_and_contagion.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).

SAMHSA (2015). Promoting emotional health and preventing suicide: a toolkit for senior centers. Rockville (Maryland, Estados Unidos): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (<https://www.sprc.org/resources-programs/promoting-emotional-health-and-preventing-suicide-toolkit-senior-centers>; consultado el 31 de enero del 2018).

Scott A (2011). Having those conversations: the politics of risk in peer support practice. *Health Sociol Rev*. 20(2):187-201. doi:10.5172/hesr.2011.20.2.187.

Suicide Prevention Australia (2014). Communities matter: a toolkit for community driven suicide prevention (a resource for small towns). Versión 1. Sidney: Suicide Prevention Australia (<https://communitiesmatter.suicidepreventionaust.org>; consultado el 31 de enero del 2018).

Sunderland K, Mishkin W, Peer Leadership Group (2013). Guidelines for the practice and training of peer support. Calgary: Mental Health Commission of Canada.

Tri-Ethnic Center for Prevention Research (2014). Community readiness for community change. Fort Collins (Colorado, Estados Unidos): Colorado State University ([http://triethniccenter.colostate.edu/docs/CR\\_Handbook\\_8-3-15.pdf](http://triethniccenter.colostate.edu/docs/CR_Handbook_8-3-15.pdf); consultado el 31 de enero del 2018).

Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 385(9977):1536-44. doi:10.1016/S014076736(14)6121377.

Wasserman D, editor (2016). *Suicide: an unnecessary death*, segunda edición. Oxford, Nueva York: Oxford University Press.

Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Jalongo NS, Wang W et al. (2008). The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend*. 95(Suppl.1):S60-S73. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.01.005.

Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 3(7):646-59. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X.

OMS (2003). *Conjunto de Guías sobre Servicios y Política de Salud Mental: Financiación de la salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2006). *Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2007). *Conjunto de orientaciones sobre políticas y servicios de salud mental: seguimiento y evaluación de políticas y planes de salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2008). *Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2010). *Estrategia global para reducir el uso nocivo del alcohol*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2011). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2012). *Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Organización Mundial de la Salud.

OMS (2015). mhGAP Evidence Resource Centre ([http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/); consultado el 31 de enero del 2018).

OMS (2016a). *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2016b). *Safer access to pesticides for suicide prevention: experiences from community interventions*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2016c). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada, versión 2.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2017a). Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2017. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2017b). Manuales de capacitación del mhGAP ([http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/training\\_manuals/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/); consultado el 31 de enero del 2018).



## Anexo 1: Herramientas para la participación comunitaria

### 1. Preparación inicial

#### 1.1 Conocer la comunidad y fomentar un entorno comunitario de apoyo

El nivel de preparación de una comunidad para abordar un tema delicado como el suicidio puede variar. El entorno o clima social y cultural de una comunidad puede ser más o menos propicio para participar activamente en la prevención del suicidio. Desde el principio, es muy importante conocer la comunidad y fomentar un entorno comunitario propicio para la prevención del suicidio.

Ejemplos:

- Explorar las creencias, las ideas, las percepciones, las actitudes y los sentimientos sobre el suicidio y sobre quienes mueren por suicidio, quienes intentan suicidarse y sus familias.
- Explorar cuestiones religiosas y culturales sobre el suicidio.
- Explorar las prácticas funerarias y de luto cuando alguien muere por suicidio.
- Explorar las preocupaciones sobre la salud y la atención de salud.
- Explorar la situación socioeconómica de la comunidad.
- Explorar las tensiones sociales, culturales, políticas, étnicas o económicas.
- Empezar a hablar del suicidio en grupos más pequeños (por ejemplo, grupos de mujeres, de hombres, de jóvenes o de personas mayores).
- Proporcionar información para aumentar los conocimientos sobre el suicidio y su prevención y sobre dónde buscar ayuda.
- Concientizar acerca del suicidio (por ejemplo, mediante campañas en los medios de comunicación, teatro callejero, pancartas, carteles, reuniones en el ayuntamiento).
- Contar con un campeón o líder que hable sobre el suicidio.
- Incorporar a los medios de comunicación.
- Conectar a los interesados directos y crear espacios de diálogo.
- Crear asociaciones.

Anote las actividades que se podrían llevar a cabo en su comunidad para fomentar un entorno comunitario de apoyo:

---

---

---

---

---

## 1.2 Considerar la escala, la población, los servicios y la información sobre el suicidio

*Piense en las siguientes cuestiones: ubicación geográfica, escala, población, vulnerabilidad, origen étnico, grupos socioeconómicos, grupos de poblaciones indígenas, grupos culturales, grupos religiosos, refugiados, grupos etarios, patrones de abuso de alcohol y sustancias, servicios, casos de suicidio.*

Describe la población a la que quiere involucrar en la prevención del suicidio:

---

---

---

¿Se han producido suicidios e intentos de suicidio en la comunidad? En caso afirmativo, ¿cuántos? ¿De qué edades, de qué sexo? ¿Cuáles son los factores de riesgo y los factores de protección relevantes para su comunidad? (véanse los apartados 1.7 y 1.8 de este anexo). ¿Qué métodos de suicidio se utilizan mayoritariamente en su comunidad?

---

---

---

¿Hay un buen acceso a servicios de salud y de salud mental de calidad en su comunidad? ¿Se ha capacitado a los trabajadores de salud (especializados y no especializados) en la prevención del suicidio? ¿Se ha impartido capacitación a los guardianes (por ejemplo, policía, bomberos, docentes)?

---

---

---

¿Qué calidad tienen los servicios para las personas que han intentado suicidarse o que están en duelo por un suicidio, y en qué medida pueden las personas acceder a estos servicios? ¿Hay algún programa en marcha? Si existen servicios, ¿han recibido capacitación los prestadores de estos servicios?

---

---

---

Describe la infraestructura de comunicación y los recursos de su comunidad. ¿Cuáles son los canales de comunicación más destacados en su comunidad? ¿Cuáles son los medios de comunicación más destacados en su comunidad? ¿Existen directrices para la información responsable sobre el suicidio por parte de los medios de comunicación y se ha capacitado a los profesionales de los medios de comunicación?

---

---

---

Describe los recursos de su comunidad para la prevención del suicidio. ¿Cuáles podrían ser las barreras y los factores facilitadores de sus actividades?

---

---

---

¿Cuáles cree que son las necesidades más urgentes para la prevención del suicidio en su comunidad?

---

---

---

### 1.3 Evaluar la preparación de la comunidad

Puntúe las siguientes dimensiones de la preparación de la comunidad según su investigación (debates informales, lecturas, etc.):

Dimensión	Puntuación (máximo: 5)
Grado de preparación y conocimiento de la comunidad	
Liderazgo	
Clima comunitario	
Conocimiento del problema por parte de la comunidad	
Recursos	

*Explicaciones de las dimensiones:*

Grado de preparación y conocimiento de la comunidad: ¿Cuánto sabe la comunidad sobre los programas y las actividades actuales de prevención del suicidio?

Liderazgo: ¿Cuál es la actitud de los líderes respecto a abordar la prevención del suicidio?

Clima comunitario: ¿Cuál es la actitud de la comunidad respecto a abordar la prevención del suicidio?

Conocimiento del tema por parte de la comunidad: ¿Cuánto sabe la comunidad sobre la prevención del suicidio?

Recursos: ¿Qué recursos (por ejemplo, humanos, financieros, de infraestructura) se están utilizando o podrían utilizarse para abordar la prevención del suicidio?

*Fuente:* Edwards RW, Jumper-Thurman P, Plested BA, Oetting ER, & Swanson, L. Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*. 2000; 28(3) 291-307.

Si una comunidad obtiene una puntuación baja en la preparación, se podrían considerar las actividades de la sección 1.1 para fomentar un entorno comunitario de apoyo.

## 1.4 Definir metas generales

Ejemplos:

- Poder hablar del suicidio.
- Saber dónde buscar ayuda y ayudar a otros a buscarla.
- Establecer grupos de autoayuda o ayudar a otras personas que han perdido a alguien o que están afectadas.
- Prevenir las muertes por suicidio y los intentos de suicidio.
- Promover la salud mental y el bienestar.
- Educar acerca de la detección y el manejo tempranos de los comportamientos suicidas.
- Elaborar un plan a corto o largo plazo para realizar esfuerzos continuos de prevención del suicidio en la comunidad.

Meta general	Clasificación de las prioridades

## 1.5 Constituir un comité directivo

Nombre	Descripción/ motivación	Recursos	Disponibilidad	Datos de contacto	¿Hubo contacto? ¿Respuesta?	Función/ responsabilidad

## 1.6 Comité directivo: razones, metas generales, posibles beneficios y efectos a largo plazo

Indique las razones por las que quiere iniciar actividades de prevención del suicidio en su comunidad:

---

---

---

Explique las metas generales:

---

---

---

Anote los posibles beneficios de las actividades de prevención para la comunidad:

---

---

---

Indique los efectos previstos a largo plazo del compromiso comunitario:

---

---

---

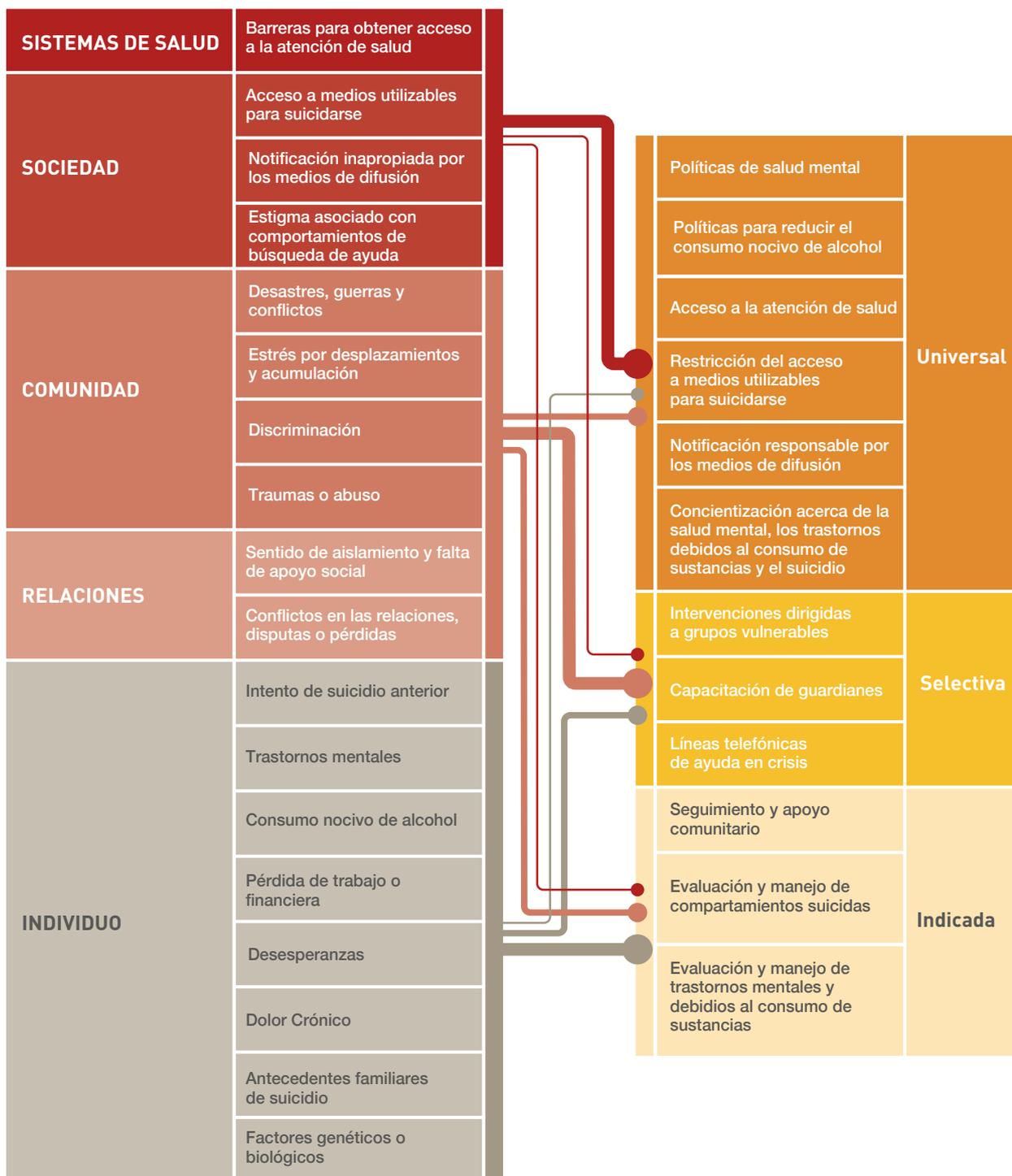
## 1.7 Principales factores de riesgo de suicidio

En la figura A1, se describen los principales factores de riesgo de suicidio y las intervenciones que pueden aplicarse.

Esto podría utilizarse para un ejercicio de enumeración, en una hoja aparte, de los factores de riesgo más relevantes en la comunidad, añadiendo ejemplos.

**Figura A1. Principales factores de riesgo de suicidio alineados con las intervenciones pertinentes**

(Las líneas reflejan la importancia relativa de las intervenciones en diferentes niveles para diferentes área de factores de riesgo)



Fuente: *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014.

## 1.8 Factores de protección frente al suicidio

Entre los factores de protección frente al suicidio se encuentran los siguientes:

- relaciones personales sólidas;
- creencias religiosas o espirituales;
- estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida (incluidas las habilidades de resolución de problemas y de gestión del estrés).

Fuente: *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014.

En la figura A2, se muestra la estructura de un marco de apoyo en relación con el suicidio.

**Figura A2. Creación de un marco de apoyo**



Fuente: Programa Resilient Minds - Building the Psychological Strength of Fire Fighters Canadian Mental Health Association, filial de Vancouver-Fraser.

## 1.9 Señales de alerta

Las señales de alerta de suicidio se pueden observar directamente, a menudo como alertas muy inmediatas y agudas que indican la presencia de una crisis suicida (Van Orden, 2006). Dado que se manifiestan a través de señales verbales, conductuales y ambientales (Rezaie, 2011), el reconocimiento de estas señales de alerta suele requerir una evaluación relativamente subjetiva. Las siguientes señales de alerta conocidas pueden ser de ayuda en este contexto:

- amenazar con suicidarse;
- hacer afirmaciones indirectas, como “nadie me echará de menos cuando me haya ido”, o referirse a la muerte como un lugar al que ir;
- buscar la manera de suicidarse (por ejemplo, buscar acceso a medicamentos, armas de fuego, pesticidas);
- describir el suicidio como una solución a un problema;
- regalar posesiones valiosas;
- despedirse de los amigos cercanos o de los miembros de la familia.

### Reaccionar ante las señales de alerta

- Si observa a alguien que está en peligro inmediato de suicidio, busque ayuda cuanto antes (por ejemplo, llame al teléfono de emergencias, a un profesional de la salud mental o a una línea telefónica de ayuda para casos de suicidio). También puede intentar llevar a la persona a un centro de urgencias o a un hospital, si procede.
- No deje a la persona sola.
- Elimine todos los medios de suicidio.
- Intente averiguar si la persona está bajo los efectos del alcohol o las drogas o si ha tomado una sobredosis. Si es así, actúe en consecuencia llamando a un teléfono de emergencias.
- Sea directo. Hable abiertamente y con naturalidad sobre el suicidio. Pregunte si la persona está pensando en suicidarse. Preguntar a alguien sobre su intención de morir no hará que esa persona intente suicidarse.
- Busque ayuda de profesionales, personas de confianza o personas que estén en contacto muy estrecho con la persona. Comparta sus preocupaciones.
- No subestime la amenaza de suicidio. No diga cosas como “Vamos, no es tan grave”, “Las cosas mejorarán pronto” o “Tienes que reponerte”.
- No juzgue.
- Participe y sea interactivo.

*Fuentes:* Van Orden KA, Joiner TE Jr, Hollar D, Rudd M, Mandrusiak M, Silverman MM. A test of the effectiveness of a list of warning signs for the public. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*. 2006;36(3):272-87.  
Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, Schwebel DC. Self-immolation a predictable method of suicide: a comparison study of warning signs for suicide by self-immolation and by self-poisoning. *Burns*. 2011;37(8):1419-26.

## 1.10 Ejercicio de mapeo de los interesados directos

*Ejemplos de interesados directos*

*Políticos; parlamentarios; prestadores de atención de salud; organizaciones comunitarias y religiosas; miembros de la comunidad que han perdido a un ser querido, un amigo o un colega por suicidio; personas con experiencia vivida de autolesión o de un suicidio; líderes comunitarios; trabajadores sociales o de desarrollo comunitario; docentes u otro personal escolar; curanderos tradicionales o personas mayores de la comunidad; oficiales militares; policías, bomberos u otro personal de respuesta de primera línea; organizaciones deportivas; trabajadores en el ámbito de la juventud y personas que trabajan con personas mayores; organismos locales u organizaciones benéficas locales de apoyo a la salud mental; organizaciones relacionadas con el bienestar de la comunidad; grupos de voluntariado; líderes empresariales.*

<b>Interesado directo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos, habilidades, experiencia y puntos débiles</b>	<b>Papel en la comunidad</b>	<b>Red en la comunidad y relación con otros grupos e interesados directos</b>	<b>Relación con la prevención del suicidio, motivos para la aversión a participar, motivos para comprometerse a participar</b>	<b>Datos de contacto</b>

## 1.11 Elección de una técnica de compromiso para la primera reunión

Describa las actitudes de su comunidad respecto a la prevención del suicidio:

---

---

---

Anote las creencias culturales o religiosas y las circunstancias sociales y económicas importantes, así como los canales de comunicación comunes que cabe tener en cuenta al ponerse en contacto con su comunidad:

---

---

---

¿Qué barreras podría encontrar al relacionarse con la comunidad?

*Ejemplos: Experiencia insuficiente en materia de promoción de la causa; estigma o tabú en relación con el suicidio y su prevención; falta de información exacta sobre los casos de suicidio o un nuevo grupo de casos de suicidio; falta de recursos, como el tiempo; falta de habilidades de comunicación para hablar del suicidio de una manera que no sea crítica ni estigmatizante; falta de experiencia profesional y de dinero; comunicación complicada y burocrática con las organizaciones cívicas y públicas; insatisfacción con los servicios de salud y comunitarios; posible interés de algunos interesados directos por dominar los procesos de toma de decisiones e influir en las actividades.*

---

---

---

¿Necesita organizar un evento de sensibilización antes de la primera reunión (por ejemplo, como resultado de una evaluación del modelo de disposición)? En caso afirmativo, ¿qué tipo de evento tiene en mente?

*Ejemplos: Campaña en las redes sociales; campaña en medios tradicionales, como carteles en vallas publicitarias, televisión y radio; discursos inspiradores, sesiones de capacitación; campañas itinerantes; teatro callejero; simposios.*

---

---

---

¿Qué técnica de compromiso utilizará para la primera reunión?

Ejemplo de técnicas: Mesa redonda, taller, reunión en el ayuntamiento, foro de debate.

---

---

---

¿Cómo va a informar al público sobre la reunión? ¿Cómo va a llegar a la comunidad?

*Ejemplos: Avisos públicos, carteles, mensajes de correo electrónico, invitaciones oficiales por correo postal, anuncios por radio.*

---

---

---

## 1.12 Planificar y organizar la primera reunión

(En el anexo 2 encontrará ejemplos de elementos clave del estudio de casos de la iniciativa #308conversations que se deben tener en cuenta).

Tarea	Progreso
Invitaciones enviadas	
Lugar reservado	
Logística organizada (por ejemplo, proyector, sillas, folletos informativos)	
Cronograma preparado	
Apertura organizada (por ejemplo, orador invitado, presentador)	
Cierre organizado	
Actividades de divulgación organizadas (por ejemplo, conexión con los medios de comunicación, invitación a periodistas)	
Papel de moderador de la reunión asignado	
Papel de encargado de grabar o tomar notas asignado	



## 1.14 Preguntas que el moderador podría considerar

1. ¿Cuál es la mejor manera de superar el estigma que rodea al suicidio y al distrés psicológico, tanto a nivel individual como comunitario?
  - ¿Podrían indicar algunas ideas para disipar el estigma relacionado con el suicidio?
  - ¿Cuál es su mayor esperanza?
2. ¿Cómo podemos lograr que los habitantes de nuestra región se sientan cómodos al hablar de la prevención del suicidio y del distrés psicológico y puedan hacerlo de forma segura?
  - ¿Cuáles son los mayores temores al hablar del suicidio (en su casa, en su lugar de trabajo, durante sus actividades recreativas)?
  - ¿Qué necesitan para sentirse más cómodos?
3. Existe una inmensa gama de recursos para promover la salud mental y prevenir el suicidio. ¿Cómo hacemos llegar estas herramientas a las personas que las necesitan?
  - ¿Qué es lo que podrían hacer ustedes mañana?

## 1.15 Convocatoria pública para la primera reunión

La primera reunión podría anunciarse, por ejemplo, por correo electrónico, yendo de puerta en puerta, o mediante folletos o volantes en la calle, en restaurantes o en establecimientos de salud.

*Ejemplo:*

*Reunión comunitaria sobre la prevención del suicidio*

*(Nombre) organizará una conversación comunitaria para que los ciudadanos interesados hablen sobre la prevención del suicidio en la comunidad. Será una oportunidad para escuchar a expertos locales, prestadores de atención de salud, policías, docentes, trabajadores sociales, prestadores de servicios, supervivientes de un suicidio, personas con experiencia vivida, líderes o grupos religiosos de la comunidad, representantes militares y líderes comunitarios y empresariales.*

*Esta reunión de la comunidad se ha concebido para recopilar ideas y conocimientos valiosos sobre la prevención del suicidio. La meta es compartir las mejores ideas y trabajar juntos para crear soluciones duraderas para nuestra comunidad.*

*La idea es reunir a miembros de la comunidad interesados, asociaciones e interesados directos para compartir lo que está funcionando en la prevención del suicidio en nuestra comunidad, determinar dónde hay deficiencias y lo que cada uno de nosotros puede hacer. Tomando como base nuestros debates, se formará un grupo de acción para planificar nuevas actividades.*

*Fecha:*

*Hora:*

*Lugar:*

Escriba aquí su convocatoria pública:

---



---



---



---



---



---



---



---



---

## 2. Inicio de la conversación en la primera reunión

### 2.1 Realizar un ejercicio de mapeo

Instrucciones: Asegúrese de proporcionar una hoja de papel o un rotafolio y un bolígrafo a cada grupo.

1. Reúna a la gente en una zona común durante la primera reunión y anime a todos a participar.
2. Explique la finalidad del ejercicio y su utilidad para analizar y comprender la situación de la comunidad en lo que respecta al suicidio y su prevención.
3. Hable de los medios de suicidio que se utilizan habitualmente en la comunidad (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego) y pida a los participantes que localicen los principales “puntos críticos” en relación con el suicidio, es decir, los lugares que se suelen elegir para quitarse la vida (por ejemplo, los puentes).
4. Pida a los participantes que localicen los servicios sociales, de salud y de prevención del suicidio disponibles (por ejemplo, escuelas, hospitales, centros de crisis, lugares de culto).
5. Pida a los participantes que hablen sobre la accesibilidad, las características y la calidad de los servicios que han localizado.
6. Pregunte a los participantes sobre el papel de los medios de comunicación locales en la prevención del suicidio.
7. Pida a los participantes que determinen los factores de riesgo de suicidio y los factores de protección en su comunidad (en las secciones 1.4 y 1.5 se presenta un panorama de los factores de riesgo y de protección).
8. Hablen sobre los puntos fuertes y débiles en la prevención del suicidio en la comunidad, como los recursos, las posibles deficiencias y las preocupaciones locales (por ejemplo, el suicidio en los jóvenes, las personas indígenas o los refugiados).

Véase también, por ejemplo, el mapeo participativo en: Participatory learning and action toolkit: For application in BSR’s Global Programs; 2012 (<https://herproject.org/files/toolkits/HERproject-Participatory-Learning.pdf>, consultado el 10 de abril del 2018).

## 3. Elaboración un plan de acción comunitario

### 3.1 Examinar ejemplos de participación comunitaria que se han llevado a cabo en otros lugares

Nombre del proyecto de participación comunitaria	Ubicación	Población destinataria y ámbito de acción	Actividades realizadas	Resultados	Enseñanzas	Relevancia para las actividades de mi comunidad	Recursos útiles y datos de contacto

**3.2 Determinar las actividades que han demostrado ser eficaces y que son relevantes para su comunidad**

Anote las actividades que han demostrado ser eficaces e indique su relevancia para su comunidad:

---

---

---

### 3.3 Examinar las cuestiones clave y las posibles acciones comunitarias

Ejemplo:

<b>Cuestiones clave</b>	<b>Posibles acciones comunitarias</b>
<i>Estigma en torno al suicidio debido a las creencias religiosas o culturales de la comunidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el estigma aumentando el diálogo sobre el suicidio y la salud mental</li> </ul>
<i>Falta de conocimientos sobre el suicidio y la salud mental en la comunidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar a los agentes sanitarios de la comunidad y a los trabajadores de atención primaria de la salud para que evalúen, gestionen y hagan el seguimiento de los comportamientos suicidas</li> <li>• Capacitar a los líderes comunitarios y a los guardianes para que sean recursos eficaces</li> <li>• Promover los servicios de apoyo en caso de crisis y el comportamiento de búsqueda de ayuda</li> </ul>
<i>Acceso fácil a los medios de suicidio (por ejemplo, pesticidas, armas de fuego)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones comunitarias para un acceso más seguro a los plaguicidas</li> </ul>
<i>Factores de estrés social (por ejemplo, el estrés de los escolares o universitarios durante los exámenes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar concientización y capacitación en materia de salud mental en el ámbito escolar</li> <li>• Integrar a la población joven en el diseño de los programas de prevención, incluidos los programas de apoyo escolar entre pares</li> </ul>
<i>Medios de comunicación locales que dan un carácter sensacionalista al suicidio al difundir información poco adecuada</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer protocolos de comunicación y medios de comunicación</li> </ul>
<i>Falta de apoyo y servicios para personas vulnerables al suicidio o afectadas por un suicidio</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer el apoyo a las familias en duelo y a las personas que se han autolesionado</li> <li>• Después de un suicidio, responder a los grupos vulnerables</li> <li>• Dirigir los programas de prevención a las personas mayores</li> <li>• Crear un directorio, vincular todos los servicios y programas locales y mapear las vías de servicio</li> </ul>

<b>Cuestiones clave</b>	<b>Posibles acciones comunitarias</b>



### 3.5 Formular un plan de acción en función de las prioridades y los recursos

Una forma de seleccionar actividades para el plan de acción es utilizar una herramienta tridimensional que tenga en cuenta la necesidad percibida, la evidencia y la viabilidad:

1. Escriba en la columna de la izquierda las actividades que quiere clasificar.
2. Clasifique cada una de estas actividades según cada una de las tres dimensiones, asignando puntos (0 puntos es el calificación más baja y 5 puntos es la más alta).
3. Para cada actividad, sume los puntos asignados en cada una de las tres dimensiones.
4. Comente los resultados.
5. Seleccione las actividades para el plan de acción según corresponda.

<b>Actividad</b>	<b>Necesidad percibida</b> (0-5 puntos)	<b>Evidencia<sup>1</sup></b> (0-5 puntos)	<b>Viabilidad: recursos</b> humanos y financieros, calendario (0-5 puntos)	<b>Suma de todos los puntos</b> (máximo de 15 puntos)

<sup>1</sup> En la página de infografía procedente del informe Prevención del suicidio: un imperativo global (OPS, 2014) se presenta un panorama de las medidas preventivas eficaces ([https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf), consultado el 31 de enero del 2018).

Enumere las actividades en orden, empezando por la que haya recibido más puntos:

---

---

---

---

**3.6 Formular metas SMARTER**

Indique sus metas SMARTER (específicas, medibles, alcanzables, pertinentes, con un plazo, evaluadas, responsabilidad):

---

---

---

### 3.7 Determinar su estrategia de divulgación

Describa los factores culturales, religiosos, sociales, históricos y económicos de la comunidad, así como la estigmatización del suicidio. Observe cómo estos factores se relacionan con la prevención del suicidio y con su estrategia de divulgación. Considere los recursos del grupo de acción.

---

---

---

Indique su estrategia de divulgación:

*Ejemplos: Correo directo, periódicos, internet (por ejemplo, correo electrónico, sitio web, lista de correo electrónico, redes sociales), medios impresos tradicionales (por ejemplo, folletos, cuadernillos, volantes, carteles, infografías, hojas de consejos, cuestionarios), anuncio de televisión, anuncio comunitario en la radio, lugares de encuentro tradicionales (por ejemplo, mercados, conciertos), anuncio en el transporte público (por ejemplo, en los autobuses).*

---

---

---

*Ejemplos de mensajes o eslóganes de concientización:*

- “El suicidio es un problema de salud pública grave”.
- “Los suicidios son prevenibles”.
- “Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países enteros”.
- “Todo el mundo desempeña un papel en la prevención del suicidio”.
- “La prevención del suicidio es cosa de todos”.
- “Puedes hacer algo para prevenir el suicidio: ofrecerte a hablar”.
- “Reconocer las señales de alerta de suicidio puede salvar vidas”.
- “Pedir ayuda es un signo de fortaleza”.
- “No estás solo, hay esperanza y ayuda”.

## 4. Movilización continua de los medios de comunicación

### 4.1 Trabajar con los profesionales de los medios de comunicación

Anote a los profesionales de los medios de comunicación o a las agencias de comunicación con los que le gustaría trabajar (en el anexo 2 encontrará ejemplos de un comunicado de prensa y un artículo de opinión del estudio de casos de la iniciativa #308conversations):

Nombre	Datos de contacto	¿Hubo contacto?	¿Respuesta?

## 5. Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario

### 5.1 Seguimiento continuo

Ejemplo: Durante las reuniones del grupo de acción comunitaria, se deben reservar al menos cinco minutos para comprobar el progreso de las actividades. Pregunte periódicamente a todos los miembros que participan en la planificación de las actividades cuáles son los retos a los que se han enfrentado y si sugieren algún cambio en las actividades. Si son cambios necesarios, revise el objetivo general en función de los nuevos retos y oportunidades. Determine pequeños puntos de referencia incrementales (por ejemplo, la cantidad de personas que asisten a un evento, la cantidad de cobertura en la radio o los medios de comunicación, la cantidad de personas a las que llega un mensaje) para comprobar el progreso a lo largo del proceso. Si una actividad no está llegando al público destinatario o ya no parece eficaz, vea de qué manera se puede modificar o adaptar.

Meta	Estrategia de seguimiento	Situación antes de las actividades	Situación después de las actividades

## 5.2 Documentar las enseñanzas

Ejemplos:

- *Pida a los participantes que intervengan en la actividad que escriban lo que les ha parecido que ha funcionado y lo que no en la actividad, así como los mensajes que hayan extraído (por ejemplo, use una encuesta).*
- *Pida al comité directivo y a los subcomités que reflexionen sobre lo que han aprendido y sobre los mensajes que han extraído, y pregunte sobre las opiniones de los participantes (por ejemplo, en un taller o mediante entrevistas).*
- *Examine la ejecución de las actividades, anotando la cantidad total de actividades realizadas, la cantidad de personas que han participado, su satisfacción y la colaboración de los interesados directos.*
- *Lleve a cabo debates en grupos de opinión (véase la sección 5.3).*

---

---

---

Anote las enseñanzas:

---

---

---

### 5.3. Debate en un grupo de opinión

¿Cómo se recluta a los participantes del grupo de opinión?

*Ejemplos: Por nominación (por ejemplo, personas familiarizadas con el tema y conocidas por su capacidad para compartir sus opiniones de forma respetuosa), por selección aleatoria (de un grupo grande pero definido, como una escuela), todos los miembros del mismo grupo, personas con la misma función o el mismo cargo (por ejemplo, reclutados a través de volantes).*

---

---

Anote la lista de participantes en el debate del grupo de opinión:

---

---

---

¿Quién moderará el debate? ¿Quién tomará notas o grabará el debate?

---

---

---

¿Qué temas se debatirán?

*Ejemplos: Percepción de los participantes sobre el suicidio en la comunidad, razones para el suicidio y métodos de suicidio en la comunidad, realización de actividades de prevención del suicidio.*

---

---

---

¿Cuáles serán las preguntas de participación, exploración y salida?

Ejemplos:

*Preguntas de participación:* ¿Qué saben los participantes sobre el suicidio y su prevención? ¿Conocen los participantes alguna actividad de prevención del suicidio? ¿Qué opinan de las actividades de prevención del suicidio realizadas en su comunidad según el plan de acción?

*Preguntas de exploración:* ¿Cuáles son las carencias actuales en materia de servicios e infraestructuras? ¿Cuáles son los obstáculos para la prevención del suicidio en la comunidad? ¿Qué opinan los participantes sobre la eficacia de las actividades de prevención del suicidio en lo que respecta a la reducción de los suicidios?

*Preguntas de salida:* ¿Alguien quiere añadir algo? ¿Queda alguna pregunta?

---

---

---

Véase también, por ejemplo: Introduction to conducting ([https://permanent.access.gpo.gov/gpo1916/focus\\_group.pdf](https://permanent.access.gpo.gov/gpo1916/focus_group.pdf), consultado el 31 de enero del 2018).

## 5.4 Sistemas de vigilancia y cambio cuantitativo

Asigne la función de recopilación de datos sobre el suicidio y los intentos de suicidio a personas designadas en la comunidad y anote aquí sus nombres:

---

---

---

Pida a las personas designadas que una vez al mes consulten el archivo de historias clínicas y visiten a líderes de la comunidad, personal médico de cabecera, agentes sanitarios de la comunidad, personal de enfermería, guardianes (por ejemplo, docentes, policías, bomberos), lugares de cremación y cementerios, miembros designados en la comunidad y líderes religiosos. Anote la cantidad de casos de suicidio e intentos de suicidio en la comunidad cada mes:

---

---

---

---

---

---

---



## 6. Reunión de retroalimentación de la comunidad

### 6.1 Organizar la reunión de retroalimentación de la comunidad

Tarea	Progreso
Invitaciones enviadas	
Lugar reservado	
Decidir cómo se recibe la retroalimentación de los miembros de la comunidad	
Logística organizada (por ejemplo, proyector, sillas, folletos informativos)	
Cronograma preparado	
Apertura organizada (por ejemplo, orador invitado, presentador)	
Cierre organizado	
Actividades de divulgación organizadas (por ejemplo, conexión con los medios de comunicación, invitación a periodistas)	
Papel de moderador de la reunión asignado	
Papel de encargado de grabar o tomar notas asignado	

## Anexo 2: Herramientas de la iniciativa #308conversations

### 1. Modelo de comunicado de prensa (para adaptarlo a la situación local)

#### PARA PUBLICACIÓN INMEDIATA

(Nombre de la organización anfitriona) realiza una reunión comunitaria de prevención del suicidio: #308conversations

CIUDAD, FECHA - (Nombre de la organización) organizará una conversación comunitaria sobre la prevención del suicidio en (lugar del edificio), el (fecha). Esta reunión comunitaria forma parte de la iniciativa #308conversations lanzada por la Comisión de Salud Mental de Canadá (MHCC) y se ha pensado para recopilar ideas y conocimientos valiosos sobre la prevención del suicidio en todo Canadá. Organizaciones de todo el país celebrarán reuniones comunitarias o “conversaciones”.

“#308conversations trata de reunir a miembros de la comunidad, asociaciones e interesados directos para compartir lo que está funcionando y dónde hay deficiencias en lo que respecta a la prevención del suicidio, así como lo que cada uno de nosotros puede hacer”, dijo (organización anfitriona). “Todos tenemos un papel que desempeñar”.

Entre (mes, año) y (mes, año), organizaciones de todo Canadá invitarán a expertos locales, prestadores de servicios, prestadores de atención de salud, policía local, docentes, trabajadores sociales, clubes de servicios, supervivientes, líderes y grupos religiosos comunitarios, representantes militares, veteranos y líderes comunitarios, así como a ciudadanos interesados, para debatir sobre la prevención del suicidio.

“La iniciativa #308conversations ha sido concebida para recopilar ideas y conocimientos valiosos sobre la prevención del suicidio en todo Canadá, con el objetivo de compartir las mejores ideas y trabajar juntos para crear soluciones duraderas que sirvan a nuestras comunidades”, dijo Louise Bradley, directora general de la MHCC. “La Comisión de Salud Mental de Canadá recopilará los resultados de estas reuniones para elaborar un modelo comunitario de trabajo que se pueda compartir como recurso para las comunidades de todo Canadá. Al mismo tiempo, los canadienses también dispondrán de nueva información sobre las acciones y las iniciativas que se llevan a cabo en sus propias comunidades”.

Fecha:

Hora:

Lugar: (edificio, sala)

Para más información sobre la iniciativa #308conversations, visite: [www.mentalhealthcommission.ca/308conversations](http://www.mentalhealthcommission.ca/308conversations).

Siga la conversación en Twitter: #308conversations o @MHCC\_308.

*Fuente:* #308conversations. Ottawa: Comisión de Salud Mental de Canadá ([www.mentalhealthcommission.ca/308conversations](http://www.mentalhealthcommission.ca/308conversations), consultado el 31 de enero del 2018).

## 2. Modelo de un artículo de opinión (para adaptarlo a la situación local)

### ¿Es hora de hablar del suicidio?

Cada año, en Canadá, cerca de 3900 personas mueren a causa del suicidio y muchas más intentan acabar con su vida. Ninguna parte de la sociedad es inmune al suicidio. El suicidio es un problema de salud pública que nos afecta a todos. El suicidio es una de las diez principales causas de muerte en Canadá; entre los jóvenes de 15 a 24 años, es la segunda causa de muerte después de los accidentes. El coste económico estimado de un suicidio oscila entre 433.000 y 4.131.000 de dólares por persona, dependiendo de los años de vida potenciales perdidos, el nivel de ingresos y los efectos en los supervivientes. El coste emocional para los supervivientes del suicidio es incalculable. El suicidio de una persona puede tener un impacto significativo en las vidas de otras siete a diez personas y las pone en mayor riesgo de suicidio.

Pero no todo son malas noticias. La buena noticia es que la prevención del suicidio es posible. Aunque las causas del suicidio son complejas, sabemos que la promoción de una buena salud mental, la prevención de las enfermedades mentales y la reducción del estigma contribuyen al bienestar mental y a la disminución de los suicidios y sus consecuencias. Todos podemos desempeñar un papel en la reducción de los suicidios y todos tenemos la responsabilidad colectiva de hacerlo.

Debemos desempeñar un papel en la prevención del suicidio en nuestras comunidades. El suicidio es un tema que sigue estando rodeado de miedo, vergüenza y silencio, pero si rompemos el estigma y abordamos abiertamente los factores que contribuyen al suicidio, todos podemos ayudar a prevenirlo. Todos podemos prevenir el suicidio: informándonos sobre las señales de alerta y reconociendo los factores de riesgo; aceptando participar en un programa de capacitación; tendiendo la mano a un ser humano necesitado.

Estamos convocando una reunión en nuestra comunidad para hablar sobre la prevención del suicidio y sobre lo que podemos hacer a nivel local e individual. Le invitamos a que se una a nosotros y dedique algo de tiempo de su apretada agenda a ver qué puede hacer para ayudar y para tomar conciencia de lo que está ocurriendo en nuestra propia comunidad en lo que respecta a este asunto tan importante.

La reunión se celebrará el día XX a las XX.XX. Esperamos verle allí.

Atentamente,  
(nombre)

*Fuente:* #308conversations. Ottawa: Comisión de Salud Mental de Canadá ([www.mentalhealthcommission.ca/308conversations](http://www.mentalhealthcommission.ca/308conversations), consultado el 31 de enero del 2018).

### 3. Posible cronograma del evento

A continuación se detallan los elementos clave que se deben tener en cuenta a la hora de planificar y llevar a cabo la reunión comunitaria de #308conversations.

Lista de verificación de #308conversations		
Fecha	✓	Actividad
<b>Tres semanas antes de la reunión</b>		
		Elegir una fecha
		Reservar un lugar
		Elegir un formato de reunión (panel, ayuntamiento, mesa redonda, etc.)
		Confirmar el material audiovisual necesario
		Invitar a interesados directos, defensores de la comunidad de nivel alto, panelistas
		Prestador de primeros auxilios de salud mental
		Personalizar los materiales del kit del evento #308conversations, también disponible en línea en <a href="http://www.mentalhealthcommission.ca/308conversations">www.mentalhealthcommission.ca/308conversations</a>
		Notificar a las organizaciones comunitarias el lugar y la fecha de publicación en sus sitios web
		Elaborar contenidos para las redes sociales (consulte el manual de redes sociales para obtener consejos)
		Colocar carteles de la reunión en zonas de gran afluencia
<b>Dos semanas antes de la reunión</b>		
		Distribuir materiales a los periódicos y los medios de comunicación de la comunidad
		Publicar un aviso en los periódicos de la comunidad y en el calendario local de eventos
		Emitir un comunicado de prensa
<b>Una semana antes de la reunión</b>		
		Promover el evento a través de las redes sociales - #308conversations
		Contactar con los medios de comunicación para concertar entrevistas
		Redactar y entregar el cronograma de la reunión
		Imprimir formularios de opinión para todos los participantes
<b>Lista de verificación final de los materiales de la reunión</b>		
		Café, té, agua
		Señales sobre la ubicación y cinta adhesiva
		Cajas de pañuelos de papel
		Mesa para el material informativo local
		Identificar a la persona encargada de tomar notas en la reunión
		Hoja de inscripción para los participantes
		Diapositivas de PowerPoint
		Revisar la guía de debate
		Autorizaciones para la cesión de derechos de imagen para los participantes
		Formulario de opinión impreso, junto con bolígrafos y lápices
		Material audiovisual
<b>Una semana después de la reunión</b>		
		Redactar cartas de agradecimiento a los invitados (véase la plantilla)
		Enviar retroalimentación a los grupos de salud mental

Fuente: #308conversations. Ottawa: Comisión de Salud Mental de Canadá ([www.mentalhealthcommission.ca/308conversations](http://www.mentalhealthcommission.ca/308conversations), consultado el 31 de enero del 2018).

## Tick Tock sugerido (para adaptarlo a la situación local)

**Fecha:** (Día), (Mes), (Año), (Lugar), (Ciudad)

#308conversations: conversación pública - (Nombre del organizador) invita a todos los miembros de la comunidad a participar en una conversación comunitaria iniciada por (nombre) en (lugar) para contribuir al desarrollo de un modelo comunitario sobre la prevención del suicidio.

### Al llegar:

Incluya información, si procede (por ejemplo, indicaciones, estacionamiento, registro).

### Escenario del evento:

Las reuniones se celebrarán en un centro comunitario, una biblioteca, el gimnasio de una escuela u otro lugar accesible que el organizador elija. La disposición de la sala debe reflejar el formato de la reunión (panel, ayuntamiento). Se puede ofrecer café, té, agua y galletas a los asistentes.

### Información de contacto:

Organización del personal y los voluntarios		
(Nombre)	(Número)	(Correo electrónico)
(Nombre del anfitrión)		
(Nombre)	(Número)	(Correo electrónico)
Interesados directos (si procede)		
(Nombre)	(Número)	(Correo electrónico)

Fuente: #308conversations. Ottawa: Comisión de Salud Mental de Canadá ([www.mentalhealthcommission.ca/308conversations](http://www.mentalhealthcommission.ca/308conversations), consultado el 31 de enero del 2018).

#### 4. Cronograma propuesto para el evento

<b>Preparación</b>		
(Tiempo: 90 minutos antes del evento)		El personal llega al lugar Montaje audiovisual en (lugar) Montaje de mesas y sillas Montaje de la mesa de inscripción y la mesa de información, formulario de opinión en cada silla Preparación del servicio de café, té y refrescos
<b>Evento</b>		
(Tiempo: 30 minutos antes)		Los invitados especiales y los interesados directos llegan a (lugar)
(Tiempo: 15 minutos antes)		Apertura de puertas y comienzo de la inscripción
(Tiempo: 90 minutos)	5 minutos	El facilitador <ul style="list-style-type: none"> <li>- da la bienvenida a los invitados;</li> <li>- presenta a MHCC/VIP/interesados directos (si procede)</li> <li>- explica el formato de la reunión</li> <li>- indica las normas para los medios de comunicación*</li> </ul>
	10 minutos	Importancia del proceso de la iniciativa #308conversations Introducción a los temas de debate
	15 minutos	Propuesta de tema de debate 1
	15 minutos	Propuesta de tema de debate 2
	15 minutos	Propuesta de tema de debate 3
	15 minutos	Propuesta de tema de debate 4
	25 minutos	Recogida final de sugerencias (qué funciona bien, dónde hay deficiencias)
	5 minutos	El organizador pronuncia su discurso de clausura
(Tiempo: 15 minutos)		Continúa el servicio de café y té
<b>Conclusión del evento</b>		
(Tiempo)		Limpieza de la sala y retirada del material

#### \* Nota para los medios de comunicación:

Los medios de comunicación están invitados a asistir a la reunión. Sin embargo, por razones de privacidad, no se permitirán dispositivos de grabación dentro de la sala de reuniones. Las entrevistas grabadas deben tener lugar antes o después de la reunión.

Fuente: #308conversations. Ottawa: Comisión de Salud Mental de Canadá ([www.mentalhealthcommission.ca/308conversations](http://www.mentalhealthcommission.ca/308conversations), consultado el 31 de enero del 2018).

## 5. Carta de agradecimiento (para adaptarla a la situación local)

Nombre

Dirección

Ciudad, provincia, código postal

Estimado/a (nombre),

En nombre de (organización) y de (anfitrión), deseamos agradecerle su participación el (fecha) en nuestra conversación comunitaria sobre la prevención, la intervención y la posvención del suicidio.

Nuestra reunión comunitaria formaba parte de la iniciativa #308conversations, que lanzó la Comisión de Salud Mental de Canadá, y se concibió para recopilar ideas y conocimientos valiosos sobre la prevención del suicidio en nuestra zona. Agradecemos de su contribución a este debate y tomamos nota de ella.

Una vez más, queremos agradecerle su participación en esta nueva iniciativa para la prevención del suicidio.

Atentamente,  
(nombre)

*Fuente:* #308conversations. Ottawa: Comisión de Salud Mental de Canadá ([www.mentalhealthcommission.ca/308conversations](http://www.mentalhealthcommission.ca/308conversations), consultado el 31 de enero del 2018).

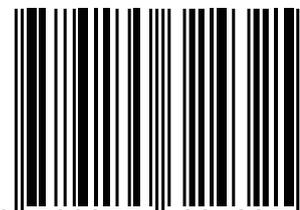


**Para más información, contactar a:**

Unidad de Salud Mental y Abuso de Sustancias  
Organización Panamericana de la Salud

<https://www.paho.org/en/topics/suicide-prevention>

ISBN 978-92-75-32432-5



9 789275 324325