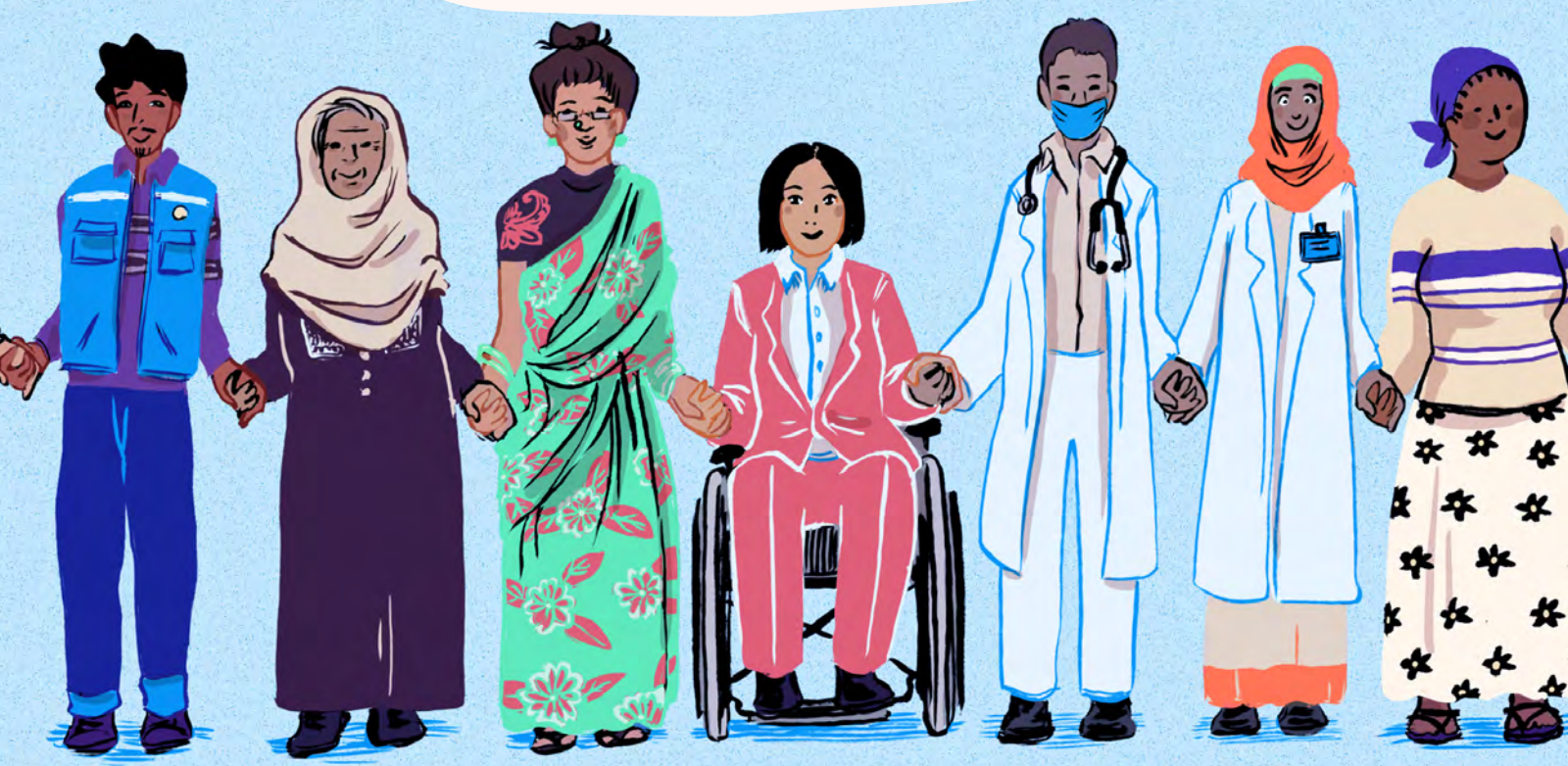




Abordar el suicidio
en contextos humanitarios


Directrices



IASC Inter-Agency
Standing Committee

Cita sugerida:

Comité Permanente entre Organismos (IASC). Directrices: Abordar el suicidio en contextos humanitarios, IASC, Ginebra, 2022.



Traducciones:

Todas las traducciones realizadas se publicarán en el sitio web del GR IASC SMAPS. Póngase en contacto con el Grupo de Referencia del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia ([mhps.refgroup@gmail.com](mailto:mhpss.refgroup@gmail.com)) para la coordinación de traducciones a otros idiomas.

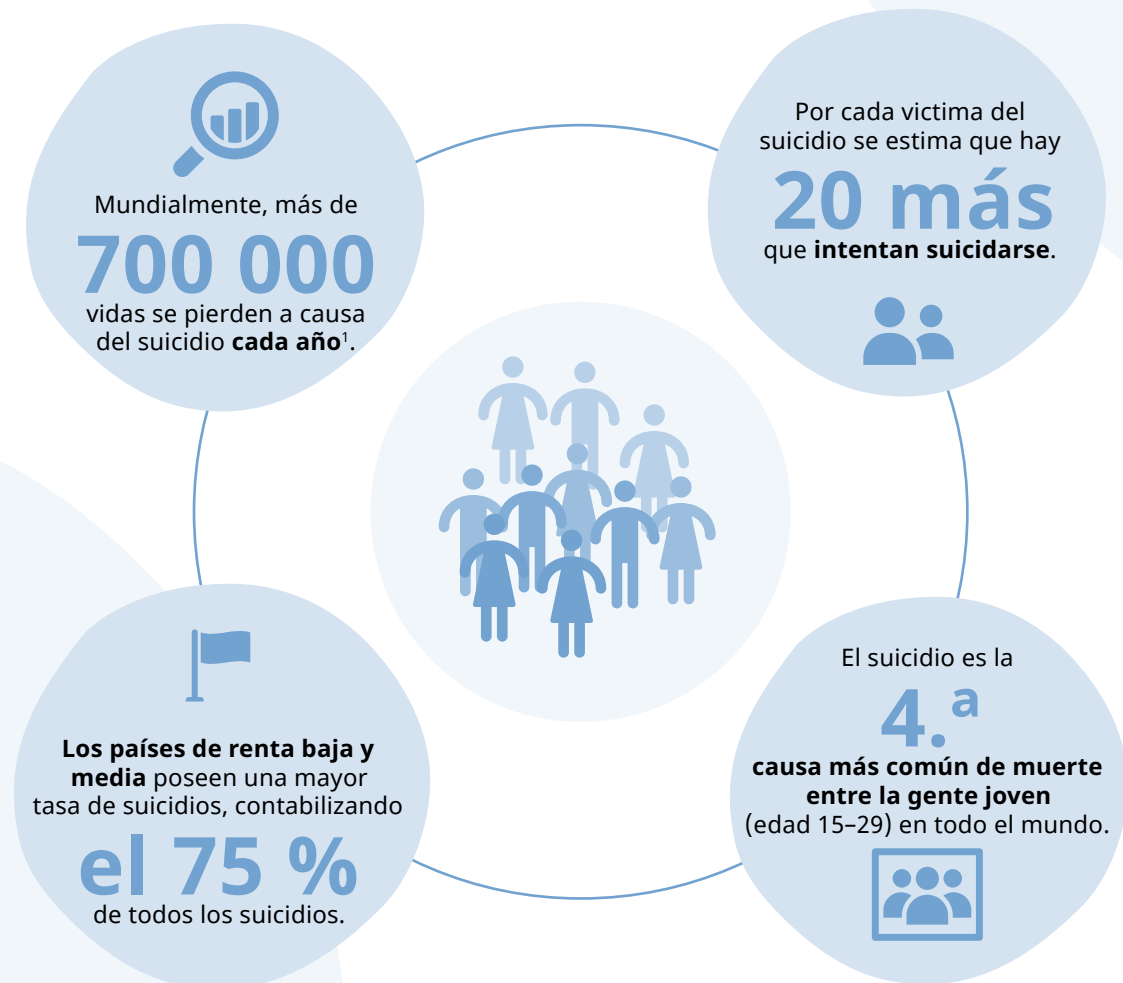
Si usted crea una traducción o una adaptación de esta obra, tenga en cuenta que:

- No está permitido agregarle al producto un logotipo personal (o el de una agencia de financiación).
- En caso de adaptación (es decir, si se realizan cambios en el texto o en las imágenes), no está permitido el uso del logotipo del IASC. En ningún uso de este trabajo debe sugerirse que el IASC respalda una organización específica, un producto o un servicio.
- Su traducción o adaptación debe certificarse conforme a la misma licencia Creative Commons o una equivalente. Se sugiere CC BY-NC-SA 4.0 o 3.0. Esta es una lista de las licencias compatibles: <https://creativecommons.org/share-your-work/licensing-considerations/compatible-licenses>.
- Debe añadirse el siguiente descargo de responsabilidad en el idioma de la traducción: “Esta traducción/adaptación no fue creada por el Comité Permanente entre Organismos (IASC). El IASC no es responsable del contenido ni de la fiabilidad de esta traducción. La edición original en inglés titulada ‘Inter-Agency Standing Committee (IASC). DGuidance Note: Addressing Suicide in Humanitarian Settings”, Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, será la edición vinculante y auténtica.

© IASC, 2022. Esta edición se publicó conforme a la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Según los términos de esta licencia, usted puede reproducir, traducir y adaptar esta obra con fines no comerciales, siempre que se cite debidamente la fuente de información.

Introducción:

Abordar el suicidio en contextos humanitarios



Las **emergencias humanitarias** tienden a tener lugar de modo más frecuente en los países de renta baja y media (PRBM), los cuales pueden estar menos preparados para prevenir y responder al suicidio, dado que poseen recursos humanos y asignaciones presupuestarias más limitadas para servicios de salud mental y sistemas de información adecuados, así como una sensibilización por la salud mental reducida a nivel comunitario.

Así mismo, la población afectada por emergencias humanitarias puede experimentar factores de estrés que pueden incrementar el riesgo de suicidio, tales

como dificultades económicas, pérdida de recursos, violencia y abuso, y aislamiento social. Al mismo tiempo, el acceso al apoyo familiar y a una atención en salud mental adecuada puede ser reducido, y el estigma en torno a la salud mental está presente.

También hay una fuerte necesidad de una mayor información e investigación acerca del riesgo de suicidio en dichos contextos, al igual que una prevención al suicidio efectiva y servicios de apoyo posteriores al suicidio para la población afectada por emergencias en los países de renta baja y media ².

1. Organización Mundial de la Salud (2021). *LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*.

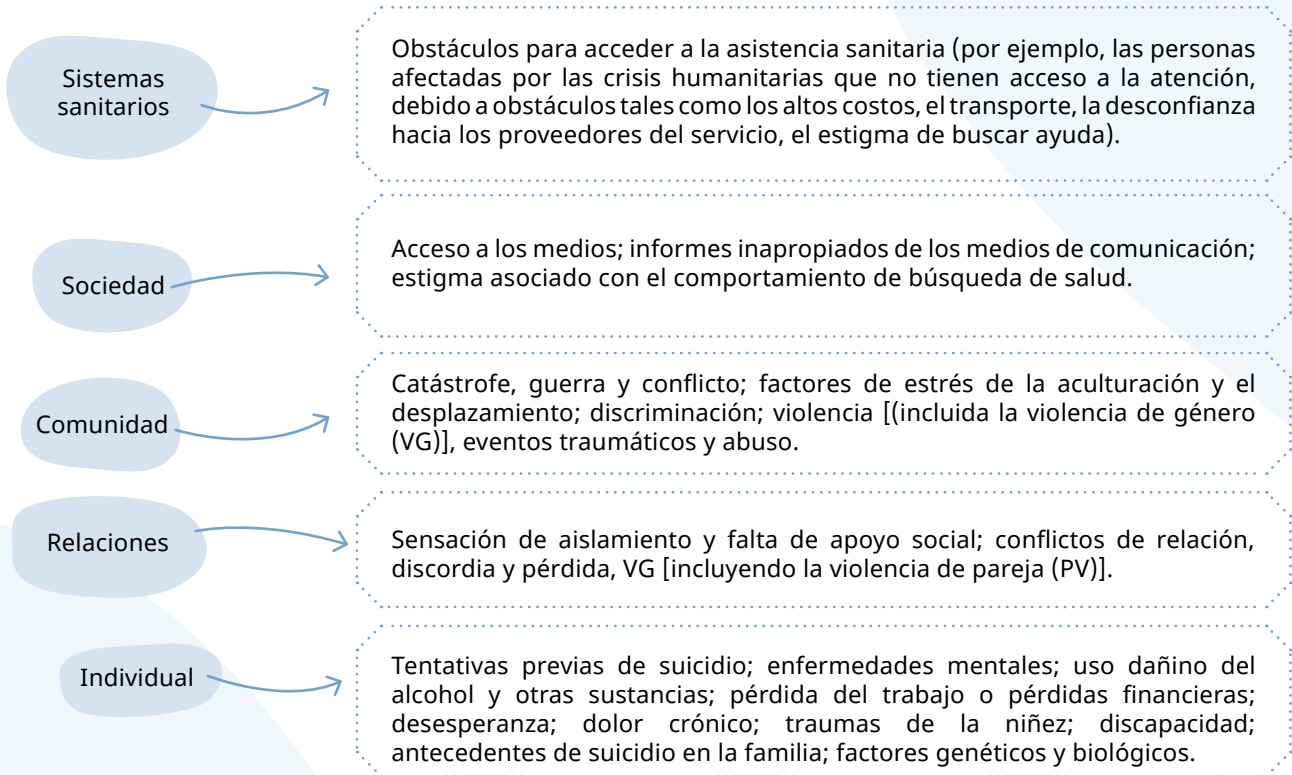
2. *Ibid*

Factores de riesgo y de protección

En una población afectada por una crisis, algunos individuos pueden pensar en acabar con sus vidas. Muchas acciones se pueden llevar a cabo para reducir la posibilidad de que una persona recurra a la autolesión o al suicidio, así como para identificar a las personas que están en riesgo.

Los factores de riesgo y de protección pueden existir en varios niveles, incluyendo a nivel individual, de relación, comunitarios y sociales.

Síntesis de los factores que afectan el riesgo de suicidio ³



Cada vida perdida es una tragedia, y los esfuerzos para prevenir el suicidio son vitales para salvar vidas. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las ONU (ODS) y el **Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS 2013-2030⁴**, incluyen el **objetivo** de reducir la tasa de mortalidad por suicidio a nivel mundial en un tercio para 2030. Como se indica en el más reciente Atlas de salud mental de la OMS (2020), el progreso conseguido hacia el fin de 2019 fue una reducción del 10 % en la tasa de suicidio desde 2013⁵.

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2021 Componentes de LIVE LIFE⁶



Las directrices mundiales han sido desarrollada por la OMS, con el fin de asistir a los gobiernos en el desarrollo de estrategias de prevención nacionales e integrales⁷, comprometiéndose a las comunidades con la prevención del suicidio⁸, estableciendo y manteniendo sistemas de vigilancia contra la autolesión⁹ y estableciendo un modelo de salud pública para la prevención del suicidio. En 2021, la OMS impulsó el programa LIVE LIFE, una guía de implementación para la prevención del suicidio¹⁰ a nivel de país. Estas directrices han sido desarrolladas para ser consistente con LIVE LIFE, con adaptaciones y consideraciones específicas para contextos humanitarios.

3. Adaptado de: Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevenir el suicidio: Una imperativa mundial*.

4. Organización Mundial de la Salud (2021). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*.

5. Organización Mundial de la Salud (2021). *Atlas de salud mental 2020*.

6. Organización Mundial de la Salud (2021). *LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*.

7. Organización Mundial de la Salud (2018). *Estrategias nacionales de prevención del suicidio: Progreso, ejemplos e indicadores*.

8. Organización Mundial de la Salud (2019). *Prevención del suicidio: Herramientas para la participación comunitaria*.

9. Organización Mundial de la Salud (2016). *Manual de prácticas para establecer y mantener los sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autolesiones*.

10. Organización Mundial de la Salud (2012). *Medidas de la salud pública para la prevención del suicidio*.

Cómo leer estas directrices

Estas directrices apuntan a apoyar a los implementadores del programa, a los coordinadores y otras personas en contextos humanitarios, y reúne una amplia gama de enfoques, herramientas, documentos de referencia, y ejemplos de casos. El siguiente recuadro puede ser utilizado para navegar por el contenido y seleccionar las secciones más relevantes para leer:

1. Coordinación y evaluación interinstitucional 6

Debe ser iniciado lo antes posible, previo a empezar a implementar las actividades del programa:



- 1.1. Coordinación y colaboración a través de múltiples sectores y partes interesadas 7
- 1.2. Evaluación del contexto, de las necesidades y de los recursos para orientar la planificación 12



2. Partes esenciales de todos los programas 18

Debe iniciarse al comienzo de las actividades del programa y en curso:

- 2.1. Sensibilización y promoción 19
- 2.2. Vigilancia, monitoreo y evaluación 23
- 2.3. Cuidado y bienestar del personal y los voluntarios 27
- 2.4. Competencias del personal y los voluntarios 28



3. Actividades clave del programa para la prevención e intervención eficaces del suicidio 30

Priorizar, seleccionar y planificar las actividades del programa desde el menú:

- 3.1. Reducción del acceso a medios para el suicidio 31
- 3.2. Asegurar la comunicación y la cobertura de los medios 33
- 3.3. Capacitación de los trabajadores de primera línea 35
- 3.4. Proporcionar atención de salud mental como parte de los servicios generales de salud 40
- 3.5. Construir habilidades para la vida entre la gente joven 41

Ejemplos del ámbito

Irak p.10



territorio palestino ocupado p.10



frontera Turquía/Siria p.11



Sudán del Sur p.21



Jordania p.21



Ucrania p.21



Bangladesh p.25



Irak p.32



Bangladesh p.33



Uganda p.38



India p.38




Egipto p.38



Recursos clave y directrices generales

LIVE LIFE Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.](#)

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2022). Borrador: Previsión y mitigación del riesgo de suicidio en contextos humanitarios: Un conjunto de herramientas multisectorial para las operaciones del ACNUR.

 [Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial.](#)

Organización Mundial de la Salud (s.f.). [Recursos para la prevención del suicidio.](#)

Organización Mundial de la Salud (s.f.). [Aprendizaje a distancia: Involucrar a las comunidades en la prevención del suicidio.](#)

Organización Mundial de la Salud (s.f.). [Aprendizaje a distancia: Prevención de autolesiones/suicidio. Empoderar a los proveedores de atención de salud primaria.](#)

Centro de referencia para el Apoyo Psicosocial de IFRC (2021). [Prevención del suicidio.](#)

Centro de referencia para el Apoyo Psicosocial de IFRC (2021). [Prevención del suicidio durante la COVID-19.](#)

OMS, 2021. [OMS Día Mundial de la Salud Mental 2021. Mensajes claves sobre el suicidio.](#)

Organización Mundial de la Salud (2019). [Guía de intervención del mhGAP - Versión 2.0: para trastornos mentales, neurológicos y desórdenes del consumo de sustancias en ámbitos sanitarios no especializados. Provee orientación para los trabajadores de la salud no especializados en la evaluación y gestión del suicidio y la autolesión](#)

IASC IASC (2007). [Directrices del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias Humanitarias](#)





1.

Coordinación y evaluación interinstitucional





1.1. Coordinación y colaboración a través de múltiples sectores y partes interesadas

¿Por qué?

El suicidio es una problemática compleja, y los esfuerzos de prevención en contextos humanitarios requieren

coordinación y colaboración entre múltiples sectores y partes interesadas para ser eficaz. Intercambiar experiencias y conocimiento entre las personas que están trabajando en sectores múltiples y trabajando eficazmente con los recursos ya disponibles¹¹ (identificando las prácticas y mecanismos de respuesta comunitarios existentes, la integración de la prevención del suicidio en otros programas tales como en los servicios de salud mental como parte del cuidado integral de la salud, las respuestas a la violencia de género, la gestión de casos, espacios seguros y protección infantil (PI), programas e iniciativas para apoyar a las personas con discapacidad) garantiza que las iniciativas sean completas, bien integradas y que tengan más probabilidad de lograr sus objetivos previstos¹².

¿Cómo?

La coordinación y colaboración son **partes clave en todas las actividades de prevención del suicidio. Identificar**

grupos de trabajo o grupos de coordinación existentes y decidirse a:

- unirse y/o coordinar en un grupo existente que tenga un enfoque en la prevención del suicidio;
- apoyar la inclusión de un enfoque de prevención del suicidio en un grupo existente (por ejemplo, en los Grupos técnicos de trabajo de SMAPS o en un grupo de trabajo de salud mental dirigido por el gobierno);
- liderar o apoyar la iniciación de un nuevo grupo que se enfoque en la prevención del suicidio.

A la hora de informar acerca del suicidio y la prevención del suicidio, garantizar la correcta elección de las palabras

Lenguaje que debe utilizarse

Suicidio o comportamiento suicida; fallecimiento por o de suicidio

Describir como «murió por suicidio» o «se quitó la vida»

Describir maneras precisas de buscar ayuda y recursos disponibles

Brindar los datos de suicidios sin realizar ninguna especulación

Lenguaje que debe evitarse

«Cometer suicidio» (esta frase sugiere un acto criminal o inmoral, que puede aumentar el estigma y desalentar a las personas a buscar ayuda)

Referirse al suicidio como «exitoso», «completo», «sin éxito» o un «intento fallido»

Describir o añadir contenido visual del método utilizado para el suicidio

Describir al suicidio de maneras sensacionalistas o embellecidas

11. Organización Mundial de la Salud (2021). *LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.*

12. Kolves K, Fitzgerald C, Nordentoft M, Wood, SJ, Erlangsen, A. (2021). *Evaluación de comportamientos suicidas entre las personas en el espectro del trastorno de autismo en Dinamarca. Red Abierta de JAMA. 4(1):e2033565.*

¿Qué deben considerar las partes interesadas?



Los enfoques multisectoriales incluyen más de un sector, tal como la salud, la educación, el bienestar social, la protección, la agricultura, cuestiones religiosas, leyes y defensa. En contextos humanitarios, esto podría incluir ministerios supervisando el apoyo a los refugiados, los migrantes, y las personas desplazadas internamente (PDI) o al personal de gestión de desastres, y debería incluir grupos relevantes de coordinación o agrupaciones tales como Salud, Protección, Educación, Refugio, Subsistencia, y otros.

Los enfoques de múltiples partes interesadas incluyen colaboraciones con partes interesadas de la comunidad, organizaciones no gubernamentales (ONG) y personas de las comunidades afectadas, incluyendo aquellas que han experimentado condiciones de salud mental. Resulta útil obtener sugerencias de personas que la **comunidad ha designado como líderes**

y expertos, en lugar de solo aquellas nombradas como líderes por, y para, las estructuras de respuesta humanitaria. Donde hay un estigma sobre la salud mental, esos socios con «información privilegiada» pueden participar en debates de concientización para proveer información y disipar mitos acerca del suicidio.

Los jóvenes y aquellos trabajando directamente con gente joven, incluyendo asesores, enfermeros, trabajadores de la salud y la protección, asociaciones deportivas y juveniles, deberían estar incluidos en el diseño y revisión de las intervenciones, campañas de concientización y estructuras de respuesta. Los padres y cuidadores también deberían participar. Los jóvenes juegan un papel vital en la participación de sus compañeros, y pueden ser integrados en actividades como voceros, consejeros, formadores y mentores.

Un **ejercicio de mapeo de las partes interesadas** (por ejemplo, creando una gráfica exponiendo los distintos roles de las partes interesadas, conocimientos/recursos, y redes) puede ayudar a aclarar las motivaciones, habilidades, y posibilidades de las potenciales partes interesadas de la comunidad.



Grupos técnicos de trabajo de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS)¹³

Los GTT SMAPS, los cuales trabajan en todos los sectores, deberían estar involucrados en los contextos donde estén disponibles y puedan brindar apoyo. Los GTT SMAPS pueden:

- ◆ Apoyar el **compromiso de las partes interesadas** [por ejemplo, estableciendo vínculos con el gobierno y con grupos humanitarios específicos o Áreas de Responsabilidad (AdR), garantizando que se aborden las necesidades de grupos como los afectados por la como los afectados por la VG y las personas con discapacidad];
- ◆ Organizar un **grupo o subgrupo de trabajo centrado en temas específicos** dedicado a la prevención del suicidio para liderar y coordinar las actividades y brindar una oportunidad para la atención dedicada, el desarrollo de capacidades y la coordinación;
- ◆ **Mapear los servicios y el apoyo disponibles** para la prevención y la respuesta al suicidio, compartir los informes de resultados en los que se describan las necesidades y carencias, y elaborar **directorios** de servicios;
- ◆ Donde se detecten **carencias** en el análisis de evaluación/situación, elaborar planes para defender y coordinar la adecuada prestación de servicios para la intervención (incluyendo la gestión de crisis) y su seguimiento;
- ◆ Mapear a los proveedores relevantes de servicios y garantizar que la prevención del suicidio y las acciones de respuesta, sean parte del desarrollo de **planes de referencia y diagramas del flujo**. Las vías de remisión deberían estar claramente estructuradas, y garantizar la **confidencialidad** en el proceso de remisión;
- ◆ Difundir y promover los **mensajes de incidencia** y apoyar la asimilación de las campañas de concientización de los actores en los distintos sectores que participan o colaboran con los GTT SMAPS, junto con la **organización de eventos** relacionados a las campañas importantes;
- ◆ Apoyar la **vigilancia y el monitoreo y la evaluación (M&E)**, y ayudar a identificar a las agencias con una capacidad estable de alojar la información recolectada de las actividades de vigilancia;
- ◆ Albergar y/o coordinar la discusión y los foros de **construcción de capacidades**, tales como orientaciones, formaciones o talleres con la ayuda de los subgrupos de trabajo y los socios implementadores;
- ◆ Apoyar la realización de un **informe operativo tras los actos de suicidio o autolesión** en el que participen las partes interesadas para comprender mejor los factores que contribuyen a dichas acciones, recopilar las conclusiones y abogar por los cambios necesarios y los esfuerzos de prevención del suicidio;
- ◆ Garantizar el apoyo **posterior** al suicidio para los familiares, amigos y miembros de la comunidad afectados por los actos de suicidio o autolesión.

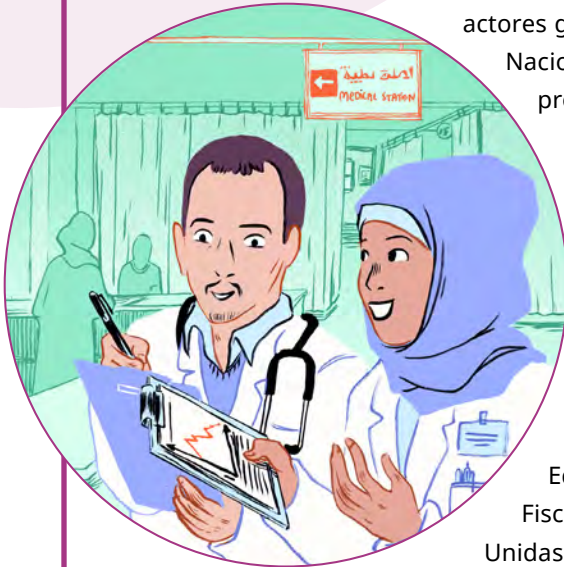


Ejemplos del ámbito

En Irak, después de 40 años de factores estresantes asociados con la guerra, las sanciones y los conflictos civiles, la creciente tasa de suicidios se ha convertido en una crisis de salud pública¹⁴. Los GTT SMAPS formaron un subcomité en julio de 2019 para coordinar distintos esfuerzos en la prevención del suicidio. El subcomité está presidido por una organización local, Azhee, apoyado por la Organización Internacional para las Migraciones - Irak (OIM Irak). **Azhee organizó su primera conferencia nacional para la prevención del suicidio en septiembre de 2019** y, gracias a los

grupos de trabajo de esta conferencia, la OIM brindó apoyo a los

actores gubernamentales en el desarrollo de su primer proyecto de una Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio, que se encuentra actualmente en proceso de revisión y aprobación por el gobierno iraquí¹⁵.



En el territorio palestino ocupado, la población está enfrentando los impactos psicológicos de las continuas crisis humanitarias junto con el estigma asociado al suicidio. El Comité Nacional para la Prevención del Suicidio fue establecido en 2018 y está compuesto por representantes del Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y Educación Superior, y el Ministerio de *Awqaf* (asuntos religiosos), el Ministerio Fiscal, la Unidad de Protección Familiar de la Policía, el Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Oriente Próximo (UNRWA), las OMS y ONG nacionales e internacionales. El Comité determinó que era urgentemente necesaria

una estrategia integral y multisectorial para la prevención del suicidio, y se desarrolló una Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio para 2021–2026. **Los objetivos estratégicos incluían un seguimiento eficaz de las tasas de suicidio, con el fin de mejorar la identificación de las personas en situación de riesgo, incluyendo niños y jóvenes, y tendencias a comportamientos suicidas, aumentando la precisión en el registro de casos y muertes** en los hospitales, formación de profesionales públicos y sanitarios, tales como líderes religiosos, en la identificación de factores de riesgo y señales de ideación suicida, y abordando potenciales estigmas alrededor del suicidio en las instalaciones sanitarias y educativas. La Estrategia Nacional también identifica la necesidad del esfuerzo colaborativo por parte de una variedad de personas y organizaciones, y sus potenciales contribuciones, tales como la policía, las escuelas, los familiares, los medios de comunicación, los líderes religiosos y el personal trabajando en los establecimientos de salud¹⁶.

14. Organización Mundial de la Salud. *Un creciente número de casos de suicidio en Irak preocupa a los expertos en salud pública en medio de la pandemia de COVID-19*

15. Marzouk HA (2021). *Organización Internacional para las Migraciones Irak, programa de apoyo mental y psicosocial, y actividades de prevención del suicidio. Intervención. 19(2):255-260.*

16. Jabr S, Helbich M (2021). *Proceso de Desarrollo de un Plan Nacional en la Prevención del Suicidio en un Contexto de Violencia Política. Intervención 19:208-14.*



Ejemplos del ámbito

En la frontera entre Turquía y Siria, se llevaron adelante esfuerzos colaborativos por la OMS Gaziantep a través de los GTT SMAPS para realizar un análisis situacional, el cual indicó un aumento en el reporte de casos de suicidio en el noroeste de Siria. El GTT estableció un grupo operativo para priorizar los esfuerzos de prevención y respuesta, incluyendo un taller de construcción de capacidades para garantizar que los trabajadores de la salud y protección recibieran formación y supervisión para responder de forma efectiva. La OMS desarrolló y difundió formación y supervisión acerca de la prevención y respuesta al suicidio a los especialistas de SMAPS. El taller de formación de instructores fue dirigida por SMAPS Collaborative y la OMS para 21 especialistas de SMAPS hablantes de árabe. **Los formadores y los alumnos desarrollaron conjuntamente un plan de respuesta al suicidio adaptado al contexto, basado en datos y comentarios de expertos.** Este plan incluye procedimientos operativos estándar (POE), consentimiento para servicios y uso de información, preguntas de evaluación del suicidio y la autolesión para determinar el nivel de riesgo, un árbol de decisión para informar qué acciones se toman y un plan de seguridad de muestra. Se desarrolló un cuadro con niveles de riesgo claramente diferenciados, remisión y acciones basadas en el nivel de riesgo que el personal sanitario debería considerar para responder efectivamente, e información acerca de cuándo contactar un supervisor. El plan de respuesta fue integrado en la formación para los trabajadores de primera línea y fue utilizado como marco para ser incorporado en los servicios de SMAPS existentes, incluyendo un mapeo de servicios para remisiones.



Recursos clave y directrices: coordinación y colaboración a través de múltiples sectores y partes interesadas

Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Parte A: Pilares fundamentales de LIVE LIFE: Colaboración multisectorial.](#)



Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. [Actividades del MSP 1.1 Coordinar SMAPS dentro y a través de los sectores; 2.1 Diseñar, planear y coordinar los programas del SMAPS.](#)





1.2. Evaluación del contexto, de las necesidades y de los recursos para orientar la planificación

¿Por qué?

Una evaluación rápida o un análisis situacional pueden proporcionar antecedentes clave acerca del suicidio y la prevención del suicidio para un país, una región o una comunidad afectada, y es esencial para informar la **planificación de las actividades de prevención del suicidio en un contexto específico**, garantizar su **efectividad** y proporcionar intervenciones donde haya **una mayor necesidad** en los contextos humanitarios.

¿Cómo?

Determinar si hay **un análisis situacional u otras evaluaciones existentes** las cuales se centren o incluyan información sobre el suicidio y la autolesión (por ejemplo, del gobierno o actores humanitarios). Tener como objetivo el utilizar la información existente tanto como sea posible antes de recopilar nueva información.

Los análisis situacionales o las evaluaciones rápidas en contextos humanitarios suelen centrarse en:

Comprender el **contexto del país** (por ejemplo, el marco legal, los planes nacionales)

Comprender las **percepciones, experiencias y actitudes** de la población destinataria relacionadas al suicidio

Documentar las **capacidades y los recursos** dentro de las comunidades de interés, y los servicios existentes para la salud, la salud mental, y la protección/atención social

Recopilar **opiniones** sobre las carencias y oportunidades en la planificación actual



Realizar encuestas precisas y eficaces requiere una planificación prudente y suficientes recursos y conocimientos para recopilar, almacenar y analizar los datos. En los contextos humanitarios, tales condiciones resultan difíciles de cumplir, y por lo general no es recomendado que las encuestas sean utilizadas como una herramienta habitual para recopilar información sensible acerca de pensamientos y comportamientos suicidas.

- › Los métodos, herramientas y preguntas aquí descritas se pueden utilizar para un **análisis/evaluación situacional específico para la prevención del suicidio**, o pueden también ser parte de una **evaluación más amplia y general acerca de la SMAPS**.
- › Un análisis/evaluación situacional rápida se centra en recoger información esencial que es requerida para planificar los siguientes pasos. Se recomienda que se complete **en unas pocas semanas**.
- › El personal y los voluntarios que recopilan datos acerca de la SMAPS de poblaciones afectadas necesitan conocer cómo seguir los principios éticos y las recomendaciones de seguridad, cómo utilizar habilidades efectivas básicas para las entrevistas, y deben poseer **habilidades básicas de soporte psicosocial** (incluida la remisión a servicios adicionales).
- › **La coordinación** es necesaria con los grupos y **las partes interesadas** importantes (por ejemplo, los GTT SMAPS, grupos de tareas específicas; ver sección 1.1) para garantizar la colaboración en actividades coherentes y eficaces para la prevención del suicidio.
- › Todos **los informes deberían estar disponibles** mediante los GTT SMAPS y otros grupos relevantes para evitar la duplicación e informar la respuesta humanitaria.



Marcos normativos y legales, estrategias y planes nacionales

Preguntas de evaluación

¿Cuál es el **marco legal** en el país en torno al suicidio y el reporte obligatorio?

¿Hay alguna **estrategia nacional** (incluyendo el presupuesto asignado) **para la prevención del suicidio**?

¿Se menciona la prevención del suicidio en otros **planes relevantes** existentes tales como planes para la salud mental, alcohol y uso de sustancias o enfermedades no transmisibles?

¿Están los **habitantes afectados por la emergencia humanitaria** incluidos en estos planes?

Métodos y herramientas para reunir información

Los debates y entrevistas a los informantes clave (por ejemplo, con el gobierno, las agencias de las Naciones Unidas, los GTT SMAPS)

Búsqueda y revisión de bibliografía de planes y estrategias nacionales; vea también los enlaces de la OMS a las estrategias nacionales¹⁷ y al MiNDbank de la OMS¹⁸.

Consideraciones clave

- ¿Cuál es el **estatus legal** del suicidio y la tentativa de suicidio, y cuáles son las consecuencias legales para las personas (por ejemplo, sentencias jurídicas)?
- Cuando sea relevante, ¿cuál es el alcance de la **despenalización** del suicidio, los intentos de suicidio y otros actos de autolesión?
- ¿Cuáles son las leyes nacionales con respecto al **informe obligatorio y a la hospitalización psiquiátrica** (por ejemplo, de las personas que expresan la intención de morir)?
- ¿Hay alguna **legislación o normas relevantes a la prevención del suicidio** (por ejemplo, los servicios de salud mental, reducción del uso de drogas y alcohol, empleo, cobertura/seguro médico universal, servicios de bienestar social)?
- ¿Cuáles actividades para la prevención del suicidio están **incluidas y priorizadas en las estrategias y planes nacionales**?
- ¿Cuáles actividades de prevención del suicidio nacionales en curso pueden ser utilizadas, adaptadas o extendidas **a las poblaciones afectadas por emergencias**?
- Garantizar que los servicios sean **accesibles para todos los grupos**, incluidas los conformados por **personas migrantes**, quienes suelen ser más vulnerables debido al idioma, la exclusión del sistema sanitario nacional u otras barreras .

17. Organización Mundial de la Salud (2018). *Estrategias nacionales de prevención del suicidio: Progreso, ejemplos e indicadores*.

18. Organización Mundial de la Salud (s.f.). *MinDbank de la OMS: Se necesita mayor inclusión en la discapacidad y el desarrollo*.

Datos disponibles en el entorno humanitario

Preguntas de evaluación



¿Qué datos y otra información está disponible acerca del suicidio y la autolesión?

¿Están algunos perfiles o grupos de personas dentro del contexto humanitario más **en riesgo** (tales como un género específico, o un grupo de cierta edad, un grupo étnico, o personas en ubicaciones geográficas específicas)?

- › Número de **muer**tes por suicidio
- › Número o alcance de los incidentes de **autolesión**
- › **Métodos** de suicidio y de intentos de suicidio (por ejemplo, autoinmolación)
- › **Detalles demográficos** de las personas (por ejemplo, sexo, edad, área geográfica)
- › Sospechas de **factores de riesgo** o **factores** precipitantes del suicidio (incluidos los factores de estrés específicos)
- › Apoyo e **intervenciones** recibidas (en la atención sanitaria u otros contextos)
- › Calidad o frecuencia de la **información en los medios de comunicación**.

Consideraciones clave

- ¿Cómo y por quién **se determina el suicidio**? Considere cómo la verificación puede afectar la notificación del suicidio y la calidad de los datos disponibles, y la posible falta de notificación (relacionada con el estigma, el marco legal).
- ¿Cómo y por quién se **registra e informa el suicidio y la autolesión**? ¿Hay algún sistema de seguimiento informal en los países donde el suicidio está penalizado?
- ¿Mediante qué variables se **desglosan los datos**?
- **Obtener datos según:**
 - a) contexto (nacional, regional, distrital, servicios de hospitalización, servicios ambulatorios, departamento de urgencias, centros de detención, campos de refugiados, etc.);
 - b) grupos poblacionales (poblaciones enteras y desglosadas por género, grupos etarios, étnicos, o religiosos, condición de migrante, estatus urbano, rural, socioeconómico; personas con problemas de salud mental y personas con discapacidad).
- **Calcular las tasas** (muertes o casos cada 100 000 habitantes) más los números para identificar subgrupos desproporcionalmente afectados.
- Revisar los datos interanuales para **identificar tendencias**.

Métodos y herramientas para reunir información

El análisis y el examen documental de las fuentes de información disponibles (sistemas de información sanitarios, registros de mortalidad, sistemas de seguimiento de protección tales como proGres V4, datos acumulados del Sistema de Gestión de Información de Violencia de género, sistemas de protección infantil).

Debates y entrevistas a informantes clave con los miembros de la comunidad y los proveedores de servicios (proveedores del servicio de salud mental, trabajadores generales de salud con formación en salud mental, personal de atención sanitaria general en salas de emergencia, trabajadores sociales y de protección, incluyendo especialistas en VG y especialistas en protección infantil).

Información acerca de las tendencias en el contexto humanitario

Preguntas de evaluación

¿Cuáles son los **medios comúnmente utilizados para el suicidio**?

¿En qué medida están **disponibles o son accesibles** los medios de suicidio más comunes?

¿Están las poblaciones afectadas **ubicadas cerca** de posibles puntos críticos?



Consideraciones clave

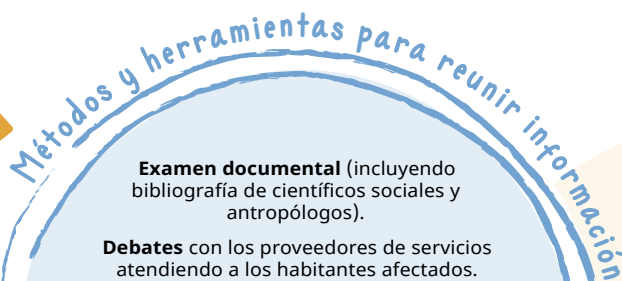
- ¿Hay **sitios específicos** (p. ej., ríos, vías ferroviarias, puentes, o edificios de gran altura) asociados a suicidios previos?
- ¿Están las **poblaciones afectadas** ubicadas cerca de tales sitios específicos?

Percepciones comunitarias

Preguntas de evaluación

¿Cuáles son las **percepciones comunitarias** alrededor del suicidio y la prevención del suicidio entre los habitantes afectados y los proveedores de servicios (p. ej., conocimiento, estigma, actitudes religiosas y culturales)?

¿Cuáles son las formas de **hacerle frente y buscar ayuda** y cuáles son los **obstáculos** para recibir atención para las personas con pensamientos suicidas y/o condiciones de salud mental relevantes (depresión)?



Consideraciones clave

- Considerar qué **obstáculos** (p. ej., conocimiento, actitudes) pueden enfrentarse en el momento de implementar las actividades, y preparar **soluciones** para abordar los obstáculos.
- Considerar las posibilidades de aprovechar los **recursos existentes** y las formas de afrontar la problemática.



Recursos y apoyo disponibles

Preguntas de evaluación

¿Cuál es el estado de la **implementación planificada** o en curso de **las intervenciones o los pilares** efectivos de prevención del suicidio por parte de los actores gubernamentales o humanitarios? [véase OMS (2021)]. LIVE LIFE]

¿Qué **servicios y apoyos relevantes** (formales y no formales) están disponibles y son accesibles a la población que está en riesgo de suicidio, realizó un intento de suicidio, o están en duelo por suicidio (p. ej., servicios de salud mental especializados, trabajadores generales con formación y gestión del suicidio, algún asunto de salud relevante, servicios sociales, u otros trabajadores de la comunidad formados en el apoyo psicosocial y la remisión)?

¿Cuáles son los **obstáculos a los que se enfrenta el personal sanitario y el de ocupaciones relacionadas** al brindar la identificación temprana, la evaluación, la gestión y el seguimiento, y al informar de autolesión?

¿Cuáles son las **capacidades y carencias en cuanto a conocimiento o habilidades** (p. ej., entre la atención sanitaria, protección social, educación, justicia, grupos que utilizan los servicios) para responder al riesgo de suicidio?

¿Hay alguna **campaña de sensibilización** a nivel nacional o regional organizada, y cuál fue el **impacto** de dichas campañas?

¿Cuentan los proveedores de servicios de salud con **formación** para gestionar **emergencias médicas** relacionadas al suicidio (p. ej., intoxicación aguda por pesticidas)?

¿Existen **iniciativas actuales de construcción de capacidad** para la identificación temprana, evaluación, gestión y seguimiento, incluso para el personal local, regional, educativo, sanitario y de seguridad?

¿Existe algún **grupo o asociación para los usuarios de servicios y/o personas con experiencia propia**, y qué apoyo brindan?

¿El personal sanitario, la policía, y otras personas que responden a las emergencias de suicidio, están **formados para reducir el riesgo de suicidio inminente** (p. ej., reducir el acceso a medios de suicidio)?

¿Los servicios y materiales disponibles son **accesibles e inclusivos** para todos los grupos de la población afectada por la crisis humanitaria (la información para acceder a los servicios está disponible en las lenguas pertinentes y en diferentes formatos, como la lectura fácil y el audio)?

Consideraciones clave

- Identificar los **servicios (públicos y privados) existentes** (en el sector sanitario, la comunidad, y otros sectores relevantes, líneas de asistencia, o servicios de protección infantil o de adultos), y considerar la disponibilidad, captación, y calidad de los servicios existentes y cómo pueden ser fortalecidos.
- Determinar las **carencias en los servicios disponibles** e identificar cualquier problema de accesibilidad (incluso entre ciertos grupos).
- Garantizar que los servicios y materiales estén disponibles en los **idiomas pertinentes** para que sean accesibles a las personas migrantes y refugiadas que no hablen el(los) idioma(s) local(es).
- ¿Dónde están las oportunidades para la **construcción de capacidades**? Incluir la formación anterior a prestar el servicio y la formación ocupacional junto con el continuo desarrollo profesional del personal.
- ¿Dónde se puede reforzar la **vinculación y remisión** entre los servicios/trabajadores comunitarios?
- ¿Qué **partes interesadas** ya están implementando actividades de prevención del suicidio o brindando servicios y pueden **comprometerse** (también sección 1.1.)?
- ¿Qué actores ya están implementando o han **diseñado materiales de formación** que puedan servir de referencia?

Métodos y herramientas para reunir información

Directorios de servicios

Mapeo (**Quién** está haciendo **Qué**, **Dónde** y **Cuándo**) de SMAPS 4Ws

Análisis de Carencias de SMAPS y MSP

Debates con los **GTT SMAPS** y otros grupos de discusión y **coordinación**.

Debates con los **trabajadores pertinentes** (p. ej., con los ministerios de salud, protección, educación, seguridad/policía, bienestar social).

Conversaciones con distintos **representantes de la comunidad** (por ejemplo, jóvenes, hombres, sobrevivientes de la violencia de género, personas con discapacidad)

Recursos clave y directrices: evaluación del contexto, de las necesidades y de los recursos para orientar la planificación



LIVE LIFE

Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Parte A: Pilares fundamentales de LIVE LIFE: Análisis de situación.](#)

Organización Mundial de la Salud (2014). [Prevención del suicidio: Una imperativa mundial. Recuadro 8. Realización de un análisis de situación: Ejemplo SWOT \(p. 68\).](#)



Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. [Actividades del MSP 1.2 Evaluar las necesidades y recursos de SMAPS para orientar la planificación; 2.1 Diseñar, planear, y coordinar los programas de SMAPS.](#)



IASC (2007). [Directrices del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias Humanitarias. Lista de acciones 2.1.](#)

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2022). Borrador: Previsión y mitigación del riesgo de suicidio en contextos humanitarios: Un conjunto de herramientas multisectorial para las operaciones del ACNUR. Este recurso incluye una lista detallada de herramientas sugeridas y plantillas de análisis de situación y evaluaciones rápidas.

Ejemplos ilustrativos de análisis de situación centrándose en, o incluyendo, la prevención del suicidio

Abbas MJ, Alhemiary N, Razaq EA, Naosh S, Appleby L (2018). [Estudio nacional iraquí sobre el suicidio: Informe sobre los datos de suicidio en Irak en 2015 y 2016. J Affect Disord. 15\(229\):56-62.](#)

Cuerpo Médico Internacional (2017). [Puerto Rico estudio de caso de prevención del suicidio.](#)

De Lara M. (2019). [OMS Gaziantep análisis de situación conducido en el noroeste de Siria \(datos del estudio en línea\).](#)



2.

Partes esenciales de
todos los programas

2.1 Sensibilización y promoción

¿Por qué?

La **sensibilización** para prevenir el suicidio en los contextos humanitarios es esencial para llamar la atención sobre el suicidio como un asunto de salud pública grave y prevenible, y para llegar tanto a los actores humanitarios como a las poblaciones afectadas.

La **promoción** puede contribuir a una colaboración multisectorial más eficaz, a la asignación de recursos y al desarrollo de políticas para mejorar las medidas de prevención del suicidio, e influir sobre los distintos responsables de la toma de decisiones y de la creación de políticas, y en otras partes interesadas.

¿Cómo?

Considerar involucrar a múltiples **partes interesadas** tales como medios de comunicación, ministerios de salud, mecanismos de coordinación humanitaria (incluyendo los GTT SMAPS, el Grupo Sanitario, Protección Infantil, y VG, personas con experiencia propia, representantes del grupo que se desea alcanzar (p. ej., personas jóvenes o adultos, sobrevivientes de la VG, personas con discapacidades), las ONG y las personas influyentes en la comunidad (p. ej., líderes religiosos o de la comunidad, curanderos tradicionales, redes de apoyo a los jóvenes), o profesionales de la salud mental (p. ej., personas famosas con experiencias propias).

Las dos fechas anuales destacadas para la prevención del suicidio son:



El Día Mundial para la Prevención del Suicidio (DMPS) fue establecido en 2003 por la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS). El 10 de septiembre de cada año se centra la atención en el tema, se reduce el estigma y se crea conciencia entre las organizaciones, el gobierno y el público, dando un mensaje singular de que el suicidio se puede prevenir.

La sensibilización y el desarrollo de mensajes clave deberían involucrar a las partes interesadas clave (véase sección 1.1), aprovechar los resultados del análisis de situación o evaluación (p. ej., ideas erróneas, recursos disponibles: véase sección 1.2) y poder cubrir temas tales como:

- El suicidio y sus **factores de riesgo y protección** asociados
- **Señales de alerta e identificación temprana** de comportamientos suicidas (incluyendo las diferencias por edad y género, y subgrupos de población)
- Apoyo a los **grupos de riesgo**
- Conceptos equivocados **comunes**
- **Formas positivas de afrontar** la angustia psicológica y los pensamientos suicidas
- **Cómo ayudar** y brindar apoyo a las personas con pensamientos o comportamientos suicidas
- Servicios de apoyo posteriores a un suicidio, incluyendo consejos para **ayudar** a las familias en duelo.

Garantizar que los mensajes se **mantengan siempre positivos y esperanzadores**.

Es fundamental que **se incluya información sobre dónde y cómo acceder a la ayuda** (información sobre los números telefónicos locales disponibles de SMAPS, los centros de SMAPS o los servicios locales de salud mental y las líneas de ayuda para la protección infantil¹⁹).

19. Organización Mundial de la Salud (2018). *Prevención del suicidio: Un kit de herramientas de participación comunitaria*.

Garantizar que los mensajes sean apropiados y que aborden los mitos e ideas erróneas, y utilice un lenguaje que no sea sensacionalista ni provocador. Probar primero los mensajes con los grupos objetivo y personas con experiencias propias (véase la sección 1.1) y supervisar y evaluar cómo se perciben los mensajes y seguir adaptando los mismos en función de los comentarios.



Adaptar los métodos y mensajes para garantizar que sean relevantes y accesibles para la población objetivo en el contexto humanitario y considerar:

- Diferentes **grupos etarios** (los adultos mayores pueden preferir distintos medios de comunicación que los adolescentes) y **género**;
- La composición **sociodemográfica** y **lingüística** de una comunidad (p. ej., los mensajes en las lenguas predominantes; que las imágenes y mensajes sean representativos de la comunidad: la etnia, la sexualidad, la condición de inmigrante, la religión, etc.);
- **Alfabetización** de la población (p. ej., utilizar mensajes verbales o visuales, es decir, basados en imágenes);
- Múltiples formas de **alcanzar la población objetivo** dependiendo del contexto (redes sociales, transmisiones por radio, eventos y debates comunitarios, volantes y carteles publicitarios);
- **Accesibilidad e inclusión** para todos los grupos de la comunidad, incluidos **los niños y las personas con discapacidad y los sobrevivientes de la violencia de género** (por ejemplo, tener en cuenta las barreras de comunicación y garantizar que la información y los materiales estén disponibles en formatos accesibles, de fácil lectura y en los idiomas pertinentes).

Integrar los mensajes clave y la concientización con los servicios disponibles y los apoyos que los grupos situación de riesgo puedan estar utilizando, como por ejemplo:

- Servicios sanitarios
- Actividades de SMAPS impulsadas por la comunidad
- Actividades grupales para el bienestar mental y psicosocial de niños y adolescentes
- Educación formal e informal y espacios de aprendizaje
- Servicios de protección, incluyendo espacios seguros para mujeres y niñas
- Puntos de registro o verificación, sitios de distribución y puntos de prestación de servicios.



La incidencia política es utilizada para influir el cambio:

- ◇ Mayor **financiación** para las medidas de prevención del suicidio, incluyendo financiación en forma de donaciones;
- ◇ La integración de la prevención del suicidio en **los planes para las escuelas, los lugares de trabajo y los sistemas sanitarios**;
- ◇ **Políticas** (incluyendo la despenalización del suicidio), recursos y apoyo a grupos vulnerables;
- ◇ **Acciones específicas de prevención del suicidio** (ver la sección 3.1 acerca de reducir el acceso a los medios y la sección 3.2 acerca de la comunicación responsable y la cobertura informativa);
- ◇ Acciones que ayuden a garantizar que la **respuesta humanitaria** opere para minimizar la angustia y que promueva la salud mental, el bienestar y el apoyo para las poblaciones afectadas.



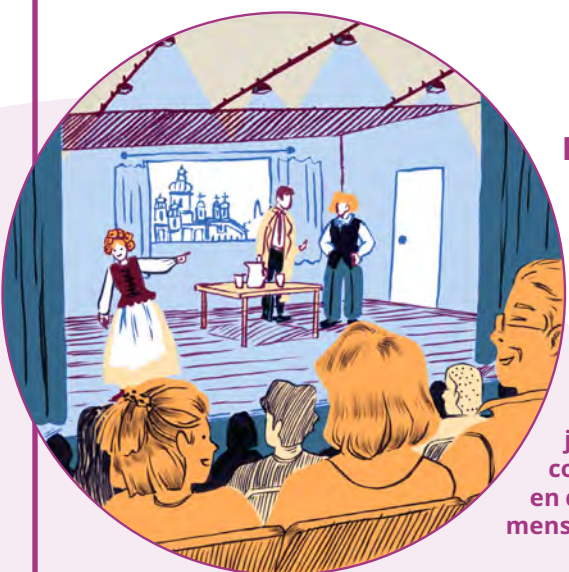
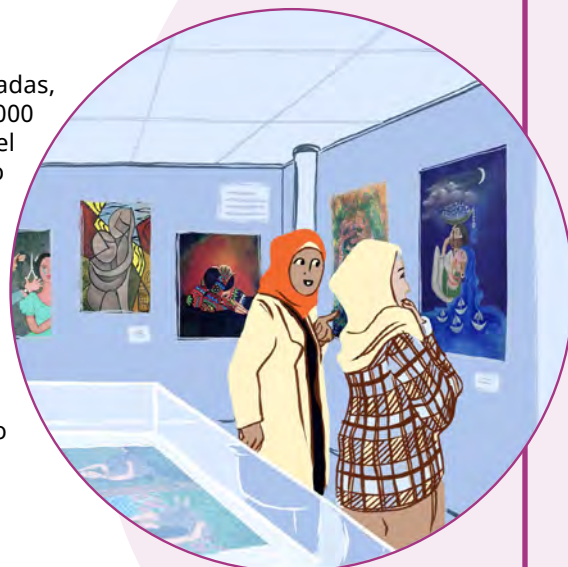


Ejemplos del ámbito



En **Sudán del Sur**, cinco años después de la guerra civil y con el país sufriendo una grave crisis de escasez de alimentos, **la OIM apoyó un programa en el cual actuaciones musicales y teatrales se retransmitieron a través de estaciones de radio locales**. El objetivo era fomentar medidas de prevención del suicidio y concientizar a la población de simples acciones o gestos, como el contactar a una persona y preguntarle si está bien, apoyar a otros cuando hablan de sus preocupaciones y escuchar. La OIM diseñó mensajes clave sobre la prevención del suicidio y los extendió para educar y sensibilizar a los miembros de la comunidad acerca de la prevención del suicidio, así como para reducir el estigma hacia aquellos que han intentado suicidarse y sus familias²⁰.

En **Jordania**, que ha sido un país receptor de refugiados durante décadas, hay actualmente cerca de 1,3 millones de refugiados sirios (con 672 000 registrados formalmente), el 80 % de los cuales viven por debajo del umbral de pobreza. Además, el 15 % de los jordanos viven por debajo del umbral de pobreza, y el país acoge también a dos millones de refugiados palestinos. La GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit), el ACNUR, la embajada neerlandesa y el International Medical Corps (IMC) Jordania se han asociado en un proyecto para ofrecer **talleres y exposiciones que permitan que las personas con experiencia en comportamientos suicidas utilicen el arte como forma de expresión**, puedan trabajar juntas y mostrar sus obras en exposiciones para crear una mayor conciencia acerca del suicidio y para dar una voz y forma de expresión a aquellos que hayan experimentado pensamientos y comportamientos suicidas²¹.



En **Ucrania**, en el contexto de una guerra en curso, el IMC organizó una campaña para crear conciencia acerca de la autolesión y la prevención del suicidio entre los adolescentes y los jóvenes. El equipo de SMAPS formó a los trabajadores de alcance comunitario, quienes ofrecieron sesiones para crear conciencia sobre la autolesión y la prevención del suicidio a nivel comunitario. Folletos informativos centrados en explicar cómo reconocer si una persona puede tener intenciones de suicidarse, cómo comunicarse de forma adecuada y cómo ayudarles a encontrar apoyo en SMAPS, e incluyendo números de teléfono de líneas de emergencia nacionales. Además, **un grupo juvenil de teatro amateur de una aldea cercana a la línea de contacto ofreció representaciones teatrales a adolescentes y jóvenes en diferentes lugares para educar a las personas sobre cómo transmitir mensajes de esperanza a aquellos que puedan necesitar apoyo**.

20. Organización Internacional para las Migraciones – Sudán del Sur (2020). *Informe del 3º trimestre sobre Salud mental y Apoyo psicosocial*.

21. Francis A (2015). *Crisis de refugiados en Jordania*. *Carnegie Endowment for International Peace*.

Facilite la organización de actividades para aumentar la cohesión de la comunidad y el apoyo mutuo



Los factores de riesgo de suicidio que son comunes en situaciones humanitarias incluyen un apoyo social y una conexión social insuficientes. Las personas que viven en estas situaciones pueden verse abrumadas por sentimientos de desesperanza y desesperación, y podrían perder el sentido de «control» y desarrollar una marcada actitud de letargo y dependencia. Esto puede suscitar numerosos problemas sociales, incluyendo tendencias suicidas. Los elementos clave de la prevención del suicidio son el fomento del bienestar de la comunidad y la creación de redes comunitarias que puedan alentar un ambiente de apoyo y protección y un sentimiento de conexión social.

Las posibles actividades que alienten el apoyo social y la integración de los mensajes clave y la concientización deben ser diseñados en cooperación con la comunidad y pueden incluir:

- El establecimiento de espacios y centros comunitarios seguros, que puedan servir como lugares de esperanza, positividad y conexión social;
- Apoyo a las iniciativas comunitarias que refuercen la solidaridad y la cohesión social;
- Facilitación de actividades recreativas y culturales con las que la gente esté familiarizada, especialmente aquellas que reúnen y juntan a diferentes segmentos de la comunidad.

Asegúrese de que las actividades sean apropiadas para todas las edades y géneros para garantizar espacios seguros para niños y adolescentes en la comunidad.



Actividades de SMAPS:

3.3 Diseminar mensajes clave para promover la salud mental y el bienestar psicosocial;

3.4 Apoyar las actividades de SMAPS impulsadas por la comunidad;

3.5 Proporcionar actividades de desarrollo de la primera infancia (DPI);

3.6 Organizar actividades de grupo para

mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de los niños;

3.7 Apoyar a los cuidadores para promover la salud mental y el bienestar psicosocial de los niños;

3.9 Proporcionar la SMAPS a través de espacios seguros para mujeres y niñas.

Atención: asegúrese de que pueda hacer frente a la demanda de servicios y apoyo



Al aumentar la conciencia sobre la salud mental, probablemente habrá un **aumento de la demanda de servicios** y de apoyo. Esto significa que, junto con los esfuerzos realizados en crear conciencia, el personal debe estar preparado para abordar el aumento de la demanda o ser capaz de **remitir a los interesados hacia los servicios y el apoyo apropiados**.

Recursos clave y directrices: creación de conciencia y promoción

LIVE LIFE

Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países](#).



Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. [Actividades del PSM 3.1 Orientar a los actores humanitarios y a los miembros de la comunidad en materia de SMAPS, y promover consideraciones y acciones relativas a este ámbito](#); 3.3 [Difundir mensajes clave para promover la salud mental y el bienestar psicosocial](#).

OMS 2021. [OMS Día Mundial de la Salud Mental 2021. Mensajes claves sobre el suicidio](#).

Organización Mundial de la Salud (2019). [Día mundial para la prevención del suicidio 2019 – 40 segundos de acción](#).

Organización Mundial de la Salud (2014). [Prevención del suicidio: Una imperativa mundial](#).

Organización Mundial de la Salud (s.f.). [Prevención del suicidio: Información para periodistas y otra narrativa sobre el suicidio](#). [Asociación Internacional para la prevención del suicidio](#).

Organización Mundial de la Salud (s.f.). [Prevención del suicidio](#).

Participación de la juventud y activismo liderado por jóvenes: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). [Asuntos de salud mental de los adolescentes](#).

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Reino Unido (2019). [Kit de herramientas para la incidencia en la juventud](#).

Ejemplo de vídeo de sensibilización: Asociación Internacional para la prevención del suicidio (2022). [Día Mundial de la Prevención del Suicidio: Creando Esperanza a través de la Acción](#).



IASC (2007). [Directrices del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias Humanitarias. Listas de acciones 8.1, 8.2](#).



2.2. Vigilancia, monitoreo y evaluación

¿Por qué?

Las labores de **monitoreo y evaluación** evalúan si las actividades de prevención y respuesta tienen los resultados deseados. Es necesaria la evaluación a largo plazo utilizando una variedad de indicadores para determinar si los cambios observados están relacionados con las actividades de prevención (por ejemplo, mayor conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud/salud mental, incremento del número de personas utilizando servicios de apoyo) y que pueden ayudar a optimizar la programación.

¿Cómo?

Una lista exhaustiva de los indicadores diseñados para situaciones de emergencia está disponible en la guía de aplicación LIVE LIFE de la OMS²² y en el Marco de Monitoreo y Evaluación del IASC para la SMAPS.²³

Utilice datos relevantes con responsabilidad

Los datos reunidos deben ser utilizados principalmente para informar el desarrollo de actividades programadas y para destacar cualquier impacto negativo de estresores contextuales en el bienestar de la comunidad, o para defender la expansión de recursos de prevención y respuesta. La necesidad, el riesgo y las implicaciones éticas deben considerarse cuidadosamente antes de aprobar el uso de datos reunidos para comunicaciones externas, incluyendo informes gubernamentales o de donantes. Cualquier uso potencial de los datos debe ser incluido en los materiales de consentimiento informado, los cuales deberán estar disponibles de forma escrita y/o verbal en la lengua de la población afectada según convenga.



Las lecciones aprendidas a través de programas de monitoreo y evaluación deberían ser compartidas (por ejemplo, a través de GTT SMAPS, con entidades nacionales) para ayudar a informar de otras labores de prevención del suicidio.

Riesgo y seguridad de la recopilación de datos

El diseño de sistemas de supervisión debe tener en cuenta la utilidad y necesidad de todos los datos recopilados, además del **riesgo intrínseco** para toda la comunidad afectada, sobre todo aquellos que puedan sufrir cierta adversidad como resultado de la recopilación de datos (por ejemplo, supervivientes de violencia de género, personas mayores, niños y jóvenes). De forma adicional, el **contexto legal del suicidio** en el país debe ser considerado de forma que los datos recopilados sean hechos anónimos y que no haya manera de rastrearlos para evitar la criminalización de los supervivientes. Solo se deben recopilar los datos necesarios para las intervenciones específicas de salud pública, según lo acordado con la comunidad afectada.

Lleve a cabo análisis de riesgo continuos para evaluar los métodos de recopilación de datos, métodos de almacenamiento y uso de los datos. Se debe revisar también el impacto de los cambios contextuales y los desafíos.

Priorice hacer que estos datos estén disponibles a la comunidad de la cual hayan sido recopilados. Esto se puede lograr mediante presentaciones comunitarias, retransmisiones de radio u otros medios preferidos por la propia comunidad.

A la hora de seleccionar una plataforma para alojar y mantener los datos, asegúrese de que la entidad de alojamiento sea estable, confidencial y esté bien consolidada en ese contexto. Un historial de prácticas éticas de gestión de datos es incluso más importante que la capacidad técnica. Verifique la predisposición de la agencia de alojamiento a asociarse de forma continua y significativa con la comunidad afectada.

22. Organización Mundial de la Salud (2021). *LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*.

23. Grupo de Referencia del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes (2021). *SMAPS M&E kit de herramientas versión 1.0*.

Apoyo a los sistemas de supervisión

La **falta de conocimientos suficientes en los contextos humanitarios** se debe en parte a sistemas deficientes de supervisión y registro de datos para el suicidio y el daño auto infligido. La información reunida por las actividades de monitoreo y seguimiento **informa estrategias de salud pública e intervenciones dirigidas al diseño e implementación de programas.**

- La **supervisión** puede ofrecer una perspectiva en el alcance y gravedad de los comportamientos suicidas y los factores clave que los impulsan, y puede dar luz a los impactos de los factores de tensión contextuales en las tendencias suicidas.
Es esencial garantizar que la supervisión permanezca **efectiva y apropiada según evoluciona el contexto** y que la comunidad afectada y las partes interesadas se mantengan cómodas y abiertas a la recopilación de datos y a las prácticas de almacenamiento.

Supervisión: qué registrar

- Datos del **número de suicidios y de casos de autolesión** (desglosado como mínimo en género, edad y método).
- **Acción tomada** (remisión a los servicios de SMAPS e intervención utilizada por las familias o miembros de la comunidad, factores causales identificados, como factores estresantes interpersonales o contextuales, conciencia de la familia y otros sobre la gravedad del riesgo y el punto de contacto inicial del servicio).

Supervisión: fuentes de información

- Revisión de los **sistemas existentes** de recopilación rutinaria de datos como sistemas de registro civil y estadísticas vitales (CRVS, por sus siglas en inglés) e historiales de instalaciones sanitarias y de la policía.
- Considere **modelar o integrar un sistema de supervisión en un sistema funcional existente**:
 - › estrategias nacionales de prevención del suicidio, incluyendo monitoreo del riesgo y supervisión (preferible cuando la integración de una estrategia nacional no aumenta el riesgo para la comunidad afectada);
 - › La recopilación de datos locales en uso (por ejemplo programación a nivel de agencia, gestión de la información de violencia de género, Registro de Mortalidad del Sistema de Información Sanitaria del ACNUR y las Directrices Esfera, 2.4 Modelos de formularios de notificación de vigilancia rutinaria de los Sistemas de Información de la Administración de Salud (HMIS, por sus siglas en inglés)²⁴.
- Asociarse con una **variedad de entidades humanitarias y actores comunitarios** que probablemente tengan un entendimiento único de los sistemas de recopilación de datos existentes, de los riesgos asociados con la recopilación de datos sensibles dado el contexto y dónde recopilar los datos sobre las muertes por suicidio, los intentos de suicidio y los casos de autolesión. Esto varía con la cultura y el contexto y deberá ser evaluado independientemente en cada circunstancia particular. Estos socios podrían incluir entidades en posiciones relacionadas con la salud mental y otros (aquellos responsables por los registros de entierros, nacimientos y defunciones, ciertas actividades comunitarias, etc.). Las entidades comunitarias podrán incluir líderes de la comunidad y religiosos, parteras y otros.
- **Sensibilizar** al personal acerca del uso de la supervisión, teniendo en cuenta posibles titubeos o estigma social relacionado con la información y registro de suicidios y casos de autolesiones.



24. Esfera (2018). *El Manual Esfera: Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria*.



Ejemplos del ámbito



Desarrollo de un Sistema de Gestión de la Información en Bangladesh

En Cox's Bazar, Bangladesh, los musulmanes Rohingya que han huido de Myanmar han vivido en campos de refugiados desde 2017²⁵. Un Sistema Humanitario de Gestión de la Información sobre el Riesgo de Suicidio (HSR-IMS, por sus siglas en inglés) se ha desarrollado por el Subgrupo Intersectorial de Prevención del Suicidio, Rohingya Refugee Response. Informado por las directrices mundiales para los registros de la mortalidad y la morbilidad y modelado por la estructura de GBVIMS²⁶. **El HSR-IMS recopila datos sobre ideación, intentos de suicidio y muertes por suicidio, utilizando el software de recopilación de datos KoBo Toolbox existente**²⁷. La recopilación de datos se agiliza a través de las agencias signatarias que acuerdan llevar a cabo una recopilación de datos regular y responsable. La información recopilada triangula los datos sobre el comportamiento suicida para revelar más acerca del alcance, la gravedad y el predominio de los comportamientos suicidas en la comunidad. El HSR-IMS se controlará a través del Subgrupo Intersectorial de Prevención del Suicidio del Grupo de Trabajo SMAPS, con intervención de agencias signatarias.



Recursos clave y directrices: monitoreo y evaluación

LIVE LIFE

Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.](#)



Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. [Actividad del PSM 2.2 Desarrollar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación.](#)

Organización Mundial de la Salud (2018). [Prevención del suicidio: kit de herramientas para la participación comunitaria.](#) Capítulos 1-3, 5-6, pp. 1-30, 35-43.



IASC (2007). [Directrices del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias Humanitarias.](#) Lista de acciones 2.2

25. Acción Contra el Hambre (2021). [Crisis Rohingya: Continúan los retos en el Cox's Bazar.](#)

26. GBVIMS (2021). [Sistema de Gestión de Información sobre Violencia de Género. Formularios de admisión y consentimiento.](#)

27. KoBo Toolbox. [Herramientas de recopilación de datos simples, robustas y potentes.](#)



Recursos clave y directrices: supervisión

LIVE LIFE Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.](#)

Organización Mundial de la Salud (2021). [Prevención del suicidio: un recurso para el registro de los casos de suicidio.](#)

Organización Mundial de la Salud (2014). [Prevención del suicidio: Recurso para el registro de casos de comportamiento suicida no fatal, pp. 6-21.](#)

Organización Mundial de la Salud (2016). [Manual de prácticas para establecer y mantener los sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autolesiones. Capítulos 2-5, pp.13-56.](#)

Organización Mundial de la Salud (2018). [Prevención del suicidio: kit de herramientas para la participación comunitaria. Capítulos 1-3, 5-6, pp. 1-30, 35-43.](#)

Ejemplos ilustrativos de supervisión, monitoreo o evaluación

Cwik MF, Barlow A, Goklish N et al. (2014). [Vigilancia basada en la comunidad y gestión de casos para la prevención del suicidio: An American Indian tribally initiated system. American Journal of Public Health. 104\(SUPPL. 3\):18-23.](#)

Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D et al. (2008). [Eficacia de la intervención breve y contacto con quienes intentan suicidarse: ensayo aleatorio controlado en cinco países. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 86\(9\):703-709.](#)

Haroz EE, Decker E, Lee C (2018). [Evidencia para programas de prevención y respuesta al suicidio con refugiados: Una revisión sistemática y recomendaciones.](#)

Vijayakumar L, Pathare S, Jain N et al. (2020). [Implementación de un sistema integral de vigilancia para registrar suicidios e intentos de suicidio en la India rural. BMJ Open. 2020;10\(11\):1-9.](#)

2.3. Cuidado y bienestar del personal y los voluntarios

¿Por qué?

El bienestar del personal y los voluntarios es especialmente importante en situaciones de crisis humanitaria, ya que afecta a su capacidad para cumplir con su papel y apoyar a las poblaciones afectadas.

Un incidente suicida entre el personal o las poblaciones afectadas a menudo genera fuertes reacciones emocionales, y el apoyo inicial es crítico.



El personal y los voluntarios que ofrecen servicios y apoyo bajo **condiciones altamente difíciles y estresantes** (por ejemplo, respuesta de emergencia crítica, cuidados durante brotes de enfermedades infecciosas) también pueden estar en mayor riesgo de suicidio. Considere la importancia de ofrecer cuidados y apoyo apropiados al personal.

¿Cómo?

Un componente importante del bienestar del personal y los voluntarios es asegurarse de que medidas seguras y de calidad de prevención del suicidio estén en marcha de forma **previa a cualquier incidente**.

Esto incluye un **ambiente seguro** en el que el personal se vea alentado a acceder a servicios **confidenciales** de SMAPS, ofreciendo acceso a **recursos y herramientas** para superar las situaciones de forma saludable, asegurar **condiciones laborales** adecuadas, supervisiones y **registros** regulares y favorecer una **red** o grupo de apoyo de compañeros. Esto también incluye **reducir el acceso a los métodos** en los lugares de trabajo (por ejemplo, medicamentos o veneno, instalación de barreras en los tejados, véase también la sección 3.1).



Recursos clave y directrices: cuidado y bienestar del personal y los voluntarios



Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial.

[Actividad del PSM 2.3 Cuidar al personal y a los voluntarios que prestan servicios de salud mental y apoyo psicosocial.](#)

IASC (2007). [Directrices del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias Humanitarias. Lista de acciones 4.4.](#)



2.4. Competencias del personal y los voluntarios

¿Por qué?

El suicidio es un tema sensible y complejo, y aquellos trabajando en el ámbito de la prevención del suicidio y la respuesta pueden tener ciertas creencias culturales y contextuales que afecten su perspectiva sobre el suicidio. Además, el personal puede verse bajo estrés psicológico cuando ayudan a personas que necesitan apoyo urgente. Por ello, es importante que el personal tenga apoyo para ayudar competentemente a las personas en situación de riesgo.

¿Cómo?

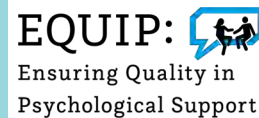
Antes de la implementación de un programa, asegúrese de que el personal y los voluntarios tienen orientación y formación.

El personal y los voluntarios deberían recibir apoyo en:

- ◆ **Un lenguaje apropiado** para utilizar (véase la sección 1 sobre las consideraciones de lenguaje);
- ◆ **Protección de la confidencialidad**, límites a la confidencialidad y seguridad (véase la sección 1.1 sobre el análisis situacional);
- ◆ **Evaluación del riesgo** de autolesión o suicidio, incluyendo signos de advertencia relacionados con el riesgo inminente, incluyendo factores de riesgo a nivel individual, factores de relación, factores de riesgo de la comunidad y factores de riesgo a nivel social y sanitario, así como factores de riesgo específicos para los jóvenes (véase el ejemplo de ENACT abajo);
- ◆ Evaluación de factores protectores que puedan reducir el riesgo de autolesión o de suicidio inminente o a corto plazo;
- ◆ Cómo ofrecer **apoyo básico** a las personas afectadas por pensamientos suicidas o personas afligidas por el suicidio (véase la sección 3.4), incluyendo la empatía, el no ser juzgado, el uso de expresiones de validación, el uso de habilidades psicosociales básicas y la implementación del principio de inclusión y no discriminación, la participación de los niños y los mejores intereses para el niño, el aumento de la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas y el evitar exponerlas a más daños, asegurar el acceso a la ayuda imparcial de acuerdo con las necesidades y sin discriminación y el refuerzo de la resiliencia de los niños durante la acción humanitaria;
- ◆ Qué **servicios y apoyos están disponibles** y **cómo remitir a servicios de salud mental** (por ejemplo, proveedores de información de contacto, ruta de remisión y procedimientos armónicos y colaborativos y acceso seguro) y a otros servicios y apoyos necesarios (por ejemplo, apoyo financiero, servicios de protección);
- ◆ Las rutas de remisión deberán ser comunicadas y acordadas con los **GTT SMAPS** y otros grupos de coordinación relevantes (educación, áreas de responsabilidad de protección de la infancia y violencia de género) y ser parte del **mapeo** (las 4Ws) y los **directorios de servicios** (véase la sección 1.1).

Una forma de apoyar al personal para desarrollar las habilidades previamente mencionadas es **formarlo y evaluar sus competencias** en aptitudes fundacionales de ayuda tal y como se perfila en la Plataforma de Garantía de Calidad en el Apoyo Psicológico (EQUIP).

El personal y los voluntarios deberán ser capaces de contactar con alguien con un mayor nivel de dominio en el **apoyo constante**, preguntas y consejos (por ejemplo, un supervisor, un profesional de la salud mental).



Captura de pantalla de la herramienta de Evaluación de Competencias EQUIP-ENACT, Competency #7: Evaluación y gestión del riesgo de suicidio y daño auto infligido


Recursos clave y directrices: competencias del personal y los voluntarios



LIVE LIFE Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.](#)



Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. [Actividad del PSM 2.4 Reforzar las competencias en materia de salud mental y apoyo psicosocial del personal y los voluntarios.](#)

EQUIP: 
Ensuring Quality in
Psychological Support

La Plataforma de Garantía de Calidad en el Apoyo Psicológico (EQUIP, por sus siglas en inglés) incluye una herramienta interactiva para evaluar las competencias en evaluación de suicidio y autolesión, así como la planificación de la seguridad. En la Plataforma EQUIP, ENACT Competency #7 se puede utilizar para identificar comportamientos potencialmente dañinos así como competencias en aptitudes básicas y avanzadas en ayuda relacionada con la reducción del riesgo de suicidio. Además, ENACT Competency #3 se puede utilizar para evaluar el respeto a la confidencialidad así como para dialogar cuando la confidencialidad tenga que ser violada en el contexto de reducción del riesgo de suicidio. En las secciones ENACT-Remote, las competencias de evaluación y apoyo de confidencialidad y suicidio están diseñadas para brindar servicios psicosociales remotos (comunicación por voz o video).



El Manual de Formación de Aptitudes de Ayuda Fundacional (AAF) de EQUIP, Módulo #8, contiene material sobre competencias de reducción del riesgo de suicidio, incluyendo la evaluación del suicidio y otros riesgos de daño y el desarrollo de planificación de seguridad. El Módulo #3 incluye formación en confidencialidad, que abarca cuándo y cómo dialogar cuando la confidencialidad no puede asegurarse en el contexto de reducción de emergencia del riesgo de suicidio.

EQUIP Remote incluye un curso sobre «Evaluación y apoyo de forma remota a personas con comportamientos suicidas». Esto incluye: Módulo 1: Preparación para evaluar comportamientos suicidas de forma remota; Módulo 2: Evaluación de comportamientos suicidas de forma remota; Módulo 3: Respondiendo a comportamientos suicidas y enfrentándose a las barreras a la oferta de apoyo de forma remota.

Centro de referencia para el Apoyo Psicosocial de IFRC (2021). [Prevención del suicidio.](#)



IASC (2007). [Directrices del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias Humanitarias. Lista de acciones 4.1-4.4.](#)



3.

Actividades clave del
programa para la
prevención e intervención
eficaces del suicidio

3.1. Reducción del acceso a medios para el suicidio

¿Por qué?

La reducción del acceso a medios para el suicidio es una de las formas más **significativas y universales, eficaces y basadas en pruebas empíricas** de prevención del suicidio. Se ha hallado que reducir el acceso a los medios reduce el suicidio relacionado con esos métodos, así como las tasas de suicidio en general en algunos países (ya que puede haber alternativas menos letales). La ideación y comportamiento suicidas pueden ser impulsivos, y la mayoría de las personas con comportamientos suicidas son ambivalentes en cuanto a vivir o morir, otra de las razones por las que hacer que los métodos letales sean menos accesibles es un factor clave.

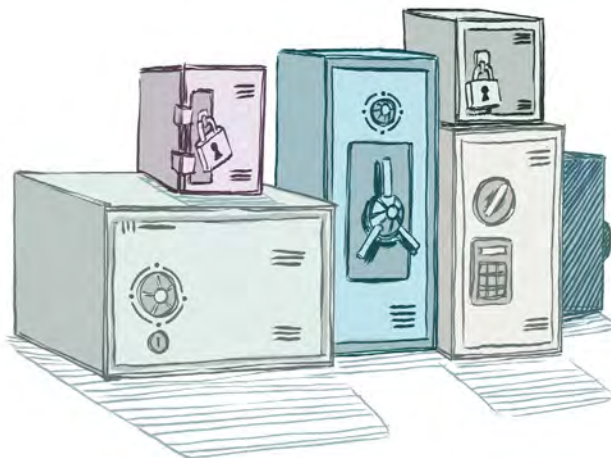
¿Cómo?

Los métodos de suicidio y sus intentos varían según la situación humanitaria y reflejan lo que está disponible. En general, métodos comunes de suicidio incluyen ahorcamiento, armas de fuego y autoenvenenamiento con pesticidas.²⁸

Una **restricción de medios** eficaz en situaciones humanitarias debe centrarse en los métodos que:

- Causen las mayores muertes y/o son los medios más letales
- Son los que se usan de forma más común (véase la sección 1.2 acerca del análisis situacional).

- **Identifique e involucre a actores clave de la comunidad humanitaria y miembros de las partes interesadas para consultas colaborativas en actuaciones comunitarias viables para restringir o reducir el acceso a los medios más comunes y letales de suicidio.**
- **Restrinja el acceso a medios empleados en el entorno humanitario como por ejemplo:**
 - › restringir el acceso de la comunidad a armas de fuego²⁹
 - › restringir el acceso a pesticidas altamente peligrosos
 - › instalar barreras en posibles puntos de salto al vacío
 - › modificar los puntos de ligadura en las instituciones o centros de detención
 - › restringir la receta de medicamentos de toxicidad alta
 - › eliminar objetos letales en las casas de las personas en situación de riesgo (cuchillos, navajas, queroseno, pesticidas, cuerdas).
- **Limitar la disponibilidad de los medios utilizados en contextos humanitarios, como por ejemplo:**
 - › limitar la cantidad de ventas individuales de medicinas tóxicas y otras sustancias venenosas como los pesticidas³⁰
 - › limitar la cantidad de psicofármacos a personas en situación de riesgo, y/o encargando a otra persona la supervisión de los medicamentos y la administración directa de estos.



28. Organización Mundial de la Salud (2021). *LIVE LIFE: Guía de implementación para la prevención del suicidio en los países.*

29. Lubin G, Werbeloff N, Halperin D, Shmushkevitch M, Weiser M, Knobler HY (2010). *Disminución de las tasas de suicidio tras un cambio de política que reduce el acceso a las armas de fuego en los adolescentes: un estudio epidemiológico naturalista. Suicide Life Threat Behavior. 40(5):421-424.*

30. Knipe DW, Chang SS, Dawson A et al. (2017). *Prevención de suicidios a través de restricción de los medios: Impacto en los suicidios en Sri Lanka debido a la restricción de pesticidas entre 2008-2011. PLoS One. 12(3):0172893.*



Ejemplos del ámbito



En Irak, la oficina de Salud Mental del Ministerio de la Salud comenzó un estudio nacional sobre el suicidio (2015-2016) en colaboración con investigadores internacionales. **El Ministerio del Interior encargó al personal policial que completara formularios en relación con las muertes individuales en sus jurisdicciones que se hubieran declarado como suicidio y que hiciera un seguimiento de las familias en las que faltaban datos.** Los resultados se utilizaron para identificar las tasas de suicidio de la población y subpoblación (edad y género), los métodos comunes utilizados y el perfil de los factores médicos, de salud mental, de suicidio y factores precipitantes relacionados con las muertes por suicidio; también se identificaron grupos de riesgo. Las conclusiones informaron la planificación para un registro nacional de los suicidios. El estudio indica la necesidad de implementar medios para restringir las armas y el queroseno (relacionados con la autoinmolación) para los futuros esfuerzos de prevención del suicidio.

Recursos clave



LIVE LIFE

Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Parte B: Intervenciones Clave Efectivas para la Prevención del Suicidio: Limitar el acceso a los medios para el suicidio, p. 58-63.](#)



Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. [Actividad MSP 2 3.1 Orientar a los actores humanitarios y a los miembros de la comunidad sobre SMAPS y promover las consideraciones y acciones de SMAPS.](#)

Organización Mundial de la Salud (2012). [Medidas de la salud pública para la prevención del suicidio: Un marco de trabajo.](#)

3.2. Asegurar la comunicación y la cobertura de los medios

¿Por qué?

Los medios de comunicación tienen un papel importante al influir la opinión pública y pueden apoyar la prevención del suicidio, pero también pueden contribuir a aumentarlo.

La reiterada y glamorosa cobertura de casos de gran notoriedad que incluyen descripciones detalladas sobre los métodos utilizados para el suicidio demuestran que **aumentan el riesgo de comportamientos suicidas**.³¹ Las representaciones ficticias del suicidio que no representan con precisión la realidad son problemáticas similares.

¿Cómo?

Los medios de comunicación pueden alcanzar un **gran número de personas** simultáneamente y pueden alcanzar grupos específicos de personas dependiendo del medio utilizado (p. ej., canales de comunicación o transmisiones radiales a las cuales tienen acceso las comunidades afectadas).

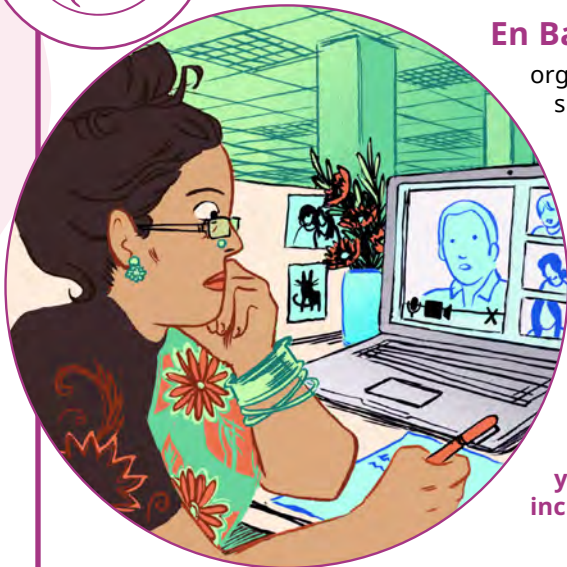
Los medios de comunicación pueden **fomentar los esfuerzos para la prevención del suicidio** a través de la transmisión de mensajes clave y mensajes de esperanza, creando conciencia (vea la sección 2.1) y cubriendo el tema con sensibilidad y precisión.

Para cubrir el tema del suicidio con sensibilidad y relevancia, se recomiendan las siguientes acciones:

- **Identificar a** las partes interesadas y actores clave en el ambiente humanitario, en los medios de comunicación y en el gobierno para establecer colaboración y compromiso (vea sección 1.1), incluyendo medios de comunicación nacional, regional o local, autoridades reguladoras y compañías de redes sociales.
- Determinar el **área de enfoque** de los medios como el periodismo, el entretenimiento o las redes sociales y **desarrollar mensajes clave** junto a los medios de comunicación.
- Interactúe con los medios de forma proactiva, no solo como respuesta a informes sensacionalistas o inseguros.
- Considere **los momentos estratégicamente importantes para informar**: por ejemplo, la capacitación podría ser parte de la inducción de nuevos empleados, o los eventos de los medios podrían planificarse para días específicos (consulte la sección 2.1).
- Las conversaciones sobre **informes sensacionalistas** de suicidios no deben de ser sancionatorias o críticas; más bien deberían de ser colaborativas y basadas en compartir la responsabilidad de informes éticos y responsables, y el impacto positivo que puede tener en la prevención del suicidio un informe responsable.

Ejemplos del ámbito

En Bangladesh, el Subgrupo Intersectorial sobre Prevención del Suicidio organizó una capacitación virtual, que duró medio día, sobre «Reporte de suicidios y prevención para periodistas y profesionales de los medios de comunicación». Con la asesoría de un experto en la prevención nacional del suicidio, se determinó que, a nivel nacional, las prácticas de reportar suicidios raramente siguen las directrices sobre mejores prácticas de la OMS. **El contenido de la capacitación fue creado en conjunto con miembros del Subgrupo, con el objetivo de contextualizar y diseminar estas directrices a nivel nacional.** Las invitaciones a la capacitación fueron entregadas a través de redes profesionales y académicas de profesionales de la comunicación de Bangladesh, incluyendo a aquellos que son parte de la intervención humanitaria Rohingya. La iniciativa facilita la conexión entre profesionales de la comunicación nacionales, psiquiatras académicos y la respuesta humanitaria del Cox's Bazar y **fomenta el seguimiento y sensibilización por parte de los periodistas en sus mismas redes, incluso en programas de capacitación profesional.**



31. Organización Mundial de la Salud (2017). *Prevención del suicidio: Un recurso para los profesionales de los medios de comunicación.*

Desarrollo de estrategias que se utilizarán para aumentar los informes responsables



◆ Construir una **buena relación con las partes interesadas**, implicándolas activamente en actividades para la creación de conciencia, puede ayudar a crear una mejor relación en la preparación para la formación o el desarrollo de políticas.

◆ Acordar el uso y la adaptación de los recursos existentes o elaborar nuevas **políticas y directrices sobre reportes responsables**.



◆ Si existen directrices, políticas y capacitación, asegúrese que estén **actualizadas** y que contengan las más recientes y mejores prácticas basadas en la evidencia.

◆ Desarrolle un **kit de información para la prensa** que contenga recursos para los medios o los contactos de los expertos en prevención de suicidio para que los profesionales de los medios los puedan utilizar cuando tengan que cubrir una historia sobre suicidio.



◆ Para las **redes sociales**, considere resaltar vías de referencia, información sobre cómo acceder a los servicios de salud mental y otros recursos que son específicos para la población en los contextos humanitarios.

◆ Acordar **mecanismos de responsabilidad** para monitorear y gestionar los informes problemáticos.



◆ Desarrollar sistemas para reconocer y **resaltar buenas prácticas**, o nominar a los medios de comunicación para los premios a la excelencia existentes.



- Desarrolle y colabore en la **capacitación para los profesionales de los medios, los estudiantes, las unidades de comunicación de las ONG** y otras partes implicadas que sean clave en la implementación del manual de recursos para profesionales de la comunicación de la OMS.³² Recuerde que aquellos en los medios de comunicación pueden ser afectados por las historias de suicidios o pueden ser afectados personalmente.
- **Monitorear y evaluar todas las actividades** (vea sección 2.2). Los indicadores pueden incluir cambios en los reportajes sensacionalistas o la cantidad de ejemplos de reportes responsables. Plan para la divulgación de resultados clave para incentivar una mayor aceptación de las iniciativas o que sirva como lección aprendida para otros profesionales. Las herramientas para evaluar los reportajes de los medios sobre suicidios puede ayudar a monitorear la observancia de las directrices sobre el reporte seguro en algún medio de comunicación o red social.³³

Recursos clave y directrices: Asegurar la comunicación y la cobertura de los medios



LIVE LIFE

Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.](#)



Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. [Actividad MSP 3.1 Orientar a los actores humanitarios y a los miembros de la comunidad sobre SMAPS y promover las consideraciones y acciones de SMAPS.](#)

Organización Mundial de la Salud (2019). [Prevenir el suicidio: Un recurso para cineastas y otros que trabajan en el escenario y la pantalla.](#)

Everymind (2020). [Mentalidad para los profesionales de la comunicación.](#)

Organización Mundial de la Salud (2017). [Prevención del suicidio: Un recursos para profesionales de los medios de comunicación.](#)

Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio (2013). [Respuesta a un pedido de ayuda: Mejores prácticas para tecnologías en línea \(online\).](#)

Reportajes sobre Suicidio (s.f.). [Mejores Prácticas y Recomendaciones para hacer Reportajes sobre el Suicidio.](#)

República de Líbano, Ministerio de Salud Pública (2019). [Directrices prácticas para los profesionales de los medios cuando cubren la salud mental y el uso de sustancias.](#)

32. Organización Mundial de la Salud (2017). [Prevención del suicidio: Un recursos para los profesionales de la salud.](#)

33. Sorenson CC et al. (2022). [Herramientas para Evaluar el Retrato de los Medios sobre el Suicidio \(TEMPOS\): Desarrollo y aplicación de una Nueva Escala de Calificación para Reducir el Contagio del Suicidio. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública, 19\(5\), 2994.](#)

3.3. Capacitación de los trabajadores de primera línea

¿Por qué?

Para poder identificar el riesgo de suicidio y referir a las personas a los servicios adecuados, es de vital importancia que los trabajadores de primera línea de varios sectores (p. ej., salud, educación y trabajadores sociales), tanto como los guardianes de la comunidad, estén formados para **identificar** de forma segura a las personas en situación de riesgo de suicidio y proporcionar o movilizar para ellas **apoyo**, **remisión** y seguimiento³⁴.

¿Cómo?

Los aspirantes a trabajadores de primera línea y a guardianes deben ser **seleccionados estratégicamente** en el marco humanitario, como aquellos que trabajan en **zonas geográficas de alto riesgo** o aquellos que generan creación de capacidades en zonas rurales o de difícil acceso.

Los trabajadores de primera línea o guardianes pueden ser:

- **trabajadores de la salud** (como personal sanitario de emergencia, personal de salud, personal sanitario de la comunidad o trabajadores sociales), especialmente aquellos que trabajan en unidades que podrían entrar en contacto con personas en alto riesgo como aquellos que sufren abuso de sustancias, dolor crónico o enfermedades crónicas;
- **trabajadores de otros sectores y guardianes de otras comunidades** como trabajadores de los servicios de emergencia (policía, bomberos, ambulancia o personal de línea de crisis; personal del sector de la educación (maestros); aquellos que proveen protección infantil y servicios de protección de violencia de género; aquellos que satisfacen necesidades básicas/supervivencia;
- **guardianes de la comunidad** (personal que podría entrar en contacto con personas en situación de alto riesgo) o personas con influencia sobre una comunidad (líderes comunitarios, líderes incluyendo adultos jóvenes, trabajadores del transporte público, peluqueros, conductores de taxis, líderes religiosos).

La capacitación debe incluir:

- ♦ Comprensión de las **actitudes** culturales y tradicionales que influyen en la identificación y el cuidado para las personas en situación de **riesgo**, así como los factores de riesgo y de **protección**;
- ♦ Crear conciencia sobre los **grupos de riesgo**, dependiendo del contexto humanitario específico y del papel del trabajador (p. ej., personas de minoría sexual o de género, refugiados y solicitantes de asilo, sobrevivientes de violencia de género, personal militar actual o retirado, personas con impedimentos, adolescentes embarazadas);
- ♦ Garantizar que la información y los servicios sean **accesibles e inclusivos** para los distintos grupos de la población afectada;
- ♦ Crear conciencia sobre la **presentación frecuente** de autolesión/suicidio para poder identificar personas en situación de alto riesgo;
- ♦ Necesidades básicas **de evaluación y gestión** del riesgo, incluyendo crisis (cómo preguntar sobre la autolesión; reconocer heridas autoinfligidas o autointoxicación);
- ♦ **Apoyo psicosocial** básico (p. ej., aplicando los principios de primeros auxilios psicológicos, proveer psicoeducación sobre el suicidio; movilizar los recursos familiares y de la comunidad para el apoyo social; apoyo a las personas en duelo por suicidio);
- ♦ **Remisión** a cuidados de salud mental (a personas no especializadas que han recibido capacitación sobre la prevención del suicidio y la realización de intervenciones apropiadas utilizando el OMS MHGAP-HIG (vea sección 3.5) u otros servicios necesarios), incluyendo las vías de remisión y los formularios y procedimientos de remisión pertinentes (por ejemplo, consentimiento, intercambio de información); **seguimiento** continuo;

La capacitación debe ser **permanente y sostenible**. Los modelos que promueven la sustentabilidad es el modelo de capacitación de los formadores, la prestación de apoyo y supervisión permanentes y la planificación de cursos de actualización.

34. Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). *CASP – Una intervención de voluntarios de la comunidad para reducir el comportamiento suicida entre los refugiados*. *Revista Internacional de Psiquiatría Social*, 63(7), 589-597.

Reducción del riesgo entre los refugiados y solicitantes de asilo



Factores que contribuyen al **riesgo de suicidio entre los refugiados y solicitantes de asilo** incluyendo condiciones de salud mental (p. ej., depresión o TEPT, abuso de alcohol), haber acabado de llegar a un país receptor (los primeros seis meses), percibir la amenaza de que la solicitud de asilo será negada o ser rechazado para el asilo después de un largo tiempo de espera³⁵. Las personas detenidas también pueden tener un mayor riesgo de suicidio y pensamientos suicidas³⁶.

Es fundamental **desarrollar la capacidad del personal que trabaja con solicitantes de asilo y refugiados** y garantizar la prestación de apoyo e intervenciones, especialmente en diferentes etapas (por ejemplo, en el momento de la llegada, durante el tiempo de espera y en el momento de una decisión de asilo, tiempo de reubicación o repatriación).

Deben promoverse **factores de protección**, que incluyan la educación temprana sobre el idioma y la cultura del país de acogida; la provisión temprana de actividades económicas y educativas; garantizar la comunicación y las conexiones con las redes de apoyo social; e involucrar a las comunidades y los esfuerzos de los medios para crear un entorno acogedor y de apoyo para los solicitantes de asilo y los refugiados.

Abordar las necesidades de los sobrevivientes de violencia de género (VG)

Los sobrevivientes de VG (incluidos los sobrevivientes de la VP) experimentan **un mayor riesgo de pensamientos suicidas o muerte** por suicidio. Algunas estimaciones indican que un tercio de las mujeres que mueren por suicidio han experimentado VP³⁷. Los sobrevivientes de VP tienen un riesgo particular de muerte por suicidio, y se ha demostrado que este riesgo aumenta para los sobrevivientes que han experimentado patrones de **comportamiento coercitivo y controlador y VP de alto riesgo** (estrangulamiento no fatal, uso de armas³⁸). Estos riesgos se acentúan cuando se produce una separación, como también es el caso del feminicidio.³⁹

Es importante que los **guardianes estén capacitados para responder de manera solidaria y centrada en el sobreviviente a los sobrevivientes de VG** que expresan pensamientos o intenciones suicidas y remitirlos a actores especializados en VG. Es fundamental que las personas que ayudan y apoyan a los sobrevivientes de VG estén capacitadas en identificación, apoyo básico y remisión (quienes trabajan como parte de los servicios de gestión de casos de VG, personas que trabajan en espacios seguros para mujeres y niñas, trabajadores de la salud capacitados en la gestión de la violación).



Recursos relevantes sobre cómo responder a los pensamientos suicidas en el contexto de la respuesta a la violencia de género:

Comité Directivo del Sistema de Gestión de la Información sobre la Violencia de Género (GBVIMS) (2017). [Directrices interinstitucionales para la gestión de casos de violencia de género. Responder a los riesgos de suicidio de manera centrada en la persona sobreviviente y planificar la seguridad. Vea las páginas 70-74 para la evaluación del riesgo de suicidio, Anexo parte VI para la seguridad del suicidio.](#)

[Cómo apoyar a los sobrevivientes de la violencia de género cuando un actor de la violencia de género no está disponible en su zona - Guía de bolsillo.](#) <https://gbvguidelines.org/en/pocketguide/>

VBG AdR (2020). [Normas mínimas interinstitucionales para los programas contra la violencia de género en situaciones de emergencia.](#)

VBG AdR, UNFPA (2021). [Orientación de COVID-19 sobre los servicios de violencia de género a distancia centrados en la gestión de casos por teléfono y en las líneas telefónicas directas. Ver Sección IV: Orientación de servicios remotos para interactuar con clientes suicidas en una llamada de línea directa de violencia de género.](#)

35. Wasserman D (2017). *Riesgo de suicidio en refugiados y solicitantes de asilo.* *European Psychiatry*, 41(S1), S35-S36.

36. Gargiulo A, Tessitore F, Le Grottaglie F, Margherita G (2021). *Comportamientos autolesivos de solicitantes de asilo y refugiados en Europa: Una revisión sistemática.* *Int J Psychol*, 56(2):189-98.

37. Walby S. (2004). *El costo de la violencia doméstica.* Londres: *Unidad de mujeres e igualdad (DTI).*

38. Aitken R y Munro V (2018). *Abuso doméstico y suicidio: explorando los vínculos con la base de clientes y la fuerza laboral del refugio.* Londres: *Facultad de Derecho de la Universidad de Warwick: Refugio.*

39. Programa de Conocimiento y Práctica de Vulnerabilidad (VKPP) (2021). *Feminicidio y presuntas víctimas suicidas durante la pandemia de Covid-19 2020-2021.*

Establecimiento de una línea de ayuda en casos de crisis



Las líneas de ayuda en casos de crisis pueden ayudar a aliviar la angustia que una persona puede estar experimentando y pueden reducir la intensidad de tales sentimientos para permitir que se consideren acciones prácticas y de resolución de problemas en respuesta a problemas personales. Los servicios confidenciales que ofrecen las líneas de ayuda en casos de crisis pueden ayudar a superar la barrera del estigma que rodea al suicidio y a los problemas de salud mental que podrían impedir que una persona busque ayuda.

Las líneas de ayuda en casos de crisis pueden:

- Proporcionar acceso las 24 horas a personal capacitado en evaluación del suicidio y en la intervención;
- Evaluar minuciosamente el riesgo de suicidio, brindar apoyo, ofrecer remisiones, desarrollar un plan de seguridad y enviar una intervención de emergencia, si es necesario;
- Conectarse directamente con los equipos de crisis móviles locales;
- Evitar visitas innecesarias a los servicios de urgencias;
- Intervenir cuando una persona que llama no quiera o no pueda garantizar su propia seguridad.

Consideraciones adicionales:

- Considere la posibilidad de desarrollar capacidades relacionadas con la prevención del suicidio en el personal de otras líneas directas de crisis, como las líneas directas de VG y protección infantil.
- Las líneas telefónicas de ayuda en casos de crisis en entornos humanitarios rara vez incluyen personal capacitado en evaluación e intervención del suicidio específicamente para jóvenes. Se debe priorizar la capacitación centrada en niños y adolescentes para el personal de la línea de ayuda y se deben establecer vínculos sólidos con los servicios de SMAPS basados en la comunidad.
- Garantizar consideraciones contextuales como el acceso a teléfonos (que pueden estar limitados para mujeres o jóvenes), o posibles restricciones en las redes de telecomunicaciones.

Recursos relevantes



Línea Nacional de Prevención del Suicidio (2021). [Seguimiento. Un recurso para establecer una línea de crisis y una lista de verificación de la línea de ayuda.](#)

VG AdR y UNFPA (2021). [Orientación de COVID-19 sobre servicios remotos de violencia de género centrados en la gestión de casos y líneas directas por teléfono. Ver Sección IV: Cómo comunicarse con un cliente suicida.](#)



Ejemplos del ámbito



En Uganda, donde vive el 40 % de los refugiados de Sudán del Sur, ACNUR, la Agencia de la ONU para los Refugiados, descubrió que la cantidad de suicidios e intentos de suicidio entre los refugiados se había más que duplicado en 2019 en comparación con el año anterior⁴⁰. Con el apoyo de ACNUR, la ONG local Transcultural Psychosocial Organisation (TPO) de Uganda llevó a cabo un programa de prevención del suicidio que llegó a 9000 refugiados y ugandeses locales en el asentamiento de refugiados de Bidibidi y sus alrededores en 2019. Entre otras estrategias de apoyo, ofreció asesoramiento sobre cómo manejar los pensamientos negativos, buscar ayuda y participar en actividades sociales. **También se llevaron a cabo programas para minimizar el estigma en torno a la salud mental y para capacitar a proveedores de atención médica y consejeros comunitarios**⁴¹.

En 2017 se llevó a cabo un estudio entre **los habitantes de Sri Lanka que vivían en campos de refugiados del sur de la India** para evaluar la viabilidad de una intervención que utiliza la autoayuda comunitaria y el apoyo social para reducir el comportamiento suicida. La intervención requirió contacto regular y uso de tarjetas de planificación de seguridad (CASP). Los voluntarios de la comunidad participaron en un programa de capacitación de 20 horas para administrar evaluaciones e implementar la intervención entre los refugiados. **Estos voluntarios visitaron a personas identificadas como de alto riesgo**, les brindaron apoyo emocional y colaboraron con ellos para crear tarjetas de planificación de seguridad que enumeraban señales de advertencia y estrategias de afrontamiento, junto con el apoyo disponible. Los resultados del estudio mostraron que la intervención se podía realizar fácilmente y que se podía utilizar para reducir el comportamiento suicida entre los refugiados⁴².



En Egipto, las organizaciones de apoyo a refugiados y solicitantes de asilo estaban preocupadas por el elevado número de intentos de suicidio y muertes. Las actitudes culturales pueden llevar a las familias y comunidades a ocultar a las personas en riesgo. Después de un suicidio, a menudo se reconoció que esta persona había estado mostrando signos de depresión o desesperación e incluso lo había intentado anteriormente. Las comunidades discutieron esto y acordaron que una mayor concienciación podría ayudar a los esfuerzos de prevención. **El Instituto de Capacitación y Servicios Psicosociales de El Cairo (PSTIC, por sus siglas en inglés) capacitó a trabajadores psicosociales refugiados para que organizaran talleres de sensibilización en las lenguas de la comunidad.** Los talleres incluyeron datos sobre el suicidio; conversaciones sobre los motivos de la desesperación y la pérdida; y facilitó debates con preguntas para ayudar a los participantes a obtener una mejor comprensión de las actitudes culturales (por ejemplo, ¿cuáles son las actitudes de su comunidad hacia las personas que mueren por suicidio? ¿Cómo influye esto en una persona que tiene pensamientos suicidas y necesita ayuda? ¿Cómo influyen estas actitudes en las familias y comunidades a la hora de ayudar a alguien que tiene pensamientos suicidas?). Se enseñó a los **participantes la importancia de la prevención y de tomar en serio las señales de advertencia. Aprendieron "ACUDIR - PREGUNTAR - ESCUCHAR - PREOCUPARSE - ANIMAR - REMITIR - HACER UN SEGUIMIENTO"**: ¡ACUDIR inmediatamente a la persona en situación de riesgo y velar por su seguridad; PREGUNTAR para determinar el riesgo; ESCUCHAR lo que se dice; PREOCUPARSE por la persona e involucrar al sistema de apoyo social; ANIMAR a la persona a dejar que ella y los demás ayuden; REMITIR a profesionales para obtener ayuda adicional y HACER UN SEGUIMIENTO!



40. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2020). *Aumento de los suicidios entre los refugiados de Sudán del Sur en Uganda*.

41. *Ibid.*

42. Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). *CASP - Una intervención de voluntarios de la comunidad para reducir el comportamiento suicida entre los refugiados*. *Revista Internacional de Psiquiatría Social*, 63(7), 589-597.

Recursos clave y directrices: desarrollo de capacidades de los trabajadores de primera línea y los guardianes



LIVE LIFE

Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Parte A: LIVE LIFE Pilares fundamentales: Creación de capacidad y Parte B: Identificar, evaluar, gestionar y realizar un seguimiento de cualquier persona afectada por conductas suicidas.](#)



Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. [Actividades MSP 3.2 Orientar a los trabajadores de primera línea y líderes comunitarios en habilidades básicas de apoyo psicosocial; 3.13 Brindar SMAPS a través de los servicios de gestión de casos de protección.](#)

Organización Panamericana de la Salud. [Prevención de autolesiones/suicidio: Empoderar a los proveedores de atención de salud primaria.](#)

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). [Involucrar a las comunidades en la prevención del suicidio.](#)

Centro de referencia para el Apoyo Psicosocial de IFRC (2022). [Latido de la Humanidad: Prevención del Suicidio en el Movimiento de la Media Luna Roja de la Cruz Roja \(Podcast\).](#)



IASC (2007). [Directrices del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias Humanitarias. Lista de acciones 4.1-4.1.](#)

Ejemplos ilustrativos de capacitación para la prevención del suicidio:

Haroz EE, Decker E, Lee C (2018). [Evidencia para programas de prevención y respuesta al suicidio con refugiados: Una revisión sistemática y recomendaciones.](#) Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

Haroz EE, Decker E, Lee C, Bolton P, Spiegel, B, Ventevogel P (2020). [Evidencia de estrategias de prevención del suicidio con poblaciones en desplazamiento: una revisión sistemática.](#) *Intervención*, 8(1):37-44.

Vijayakumar L, Mohanraj, R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M. (2017). [CASP – Una intervención de voluntarios de la comunidad para reducir el comportamiento suicida entre los refugiados.](#) *International Journal of Social Psychiatry*. 63(7):589-597.

3.4. Proporcionar atención de salud mental como parte de los servicios generales de salud

¿Por qué?

En entornos humanitarios, suele haber **una gran brecha en el tratamiento de la salud mental**, dadas las crecientes necesidades y la escasez de proveedores de servicios de salud mental calificados. **Las condiciones de salud mental** como la depresión y el consumo de alcohol y drogas suelen ser más frecuentes en entornos humanitarios y pueden contribuir al riesgo de suicidio. Un **sistema de atención de salud mental** que funcione bien, incluida la capacitación adecuada del personal, puede contribuir a la prevención del suicidio⁴³.

¿Cómo?

Integrar la provisión de **atención de salud mental en los servicios generales de atención de la salud** mediante la capacitación y supervisión de los proveedores en la evaluación, la gestión y el seguimiento de las condiciones de salud mental prioritarias, incluido el suicidio (por ejemplo, consulte el mhGAP-HIG de la OMS/ACNUR o el mhGAP 2.0 de la OMS).

Considere desarrollar **protocolos de intervención detallados** y capacitar al personal de salud y SMAPS sobre su uso⁴⁴.

Después del contacto con los servicios de salud tras un intento de suicidio, las personas pueden sentirse aisladas y tienen un riesgo sustancialmente mayor de nuevos intentos de suicidio. El **seguimiento rápido y sistemático** es esencial y se ha demostrado que reduce el riesgo de suicidio.

El **apoyo posterior al suicidio** debe estar disponible para las personas que han intentado suicidarse y para aquellas que han sufrido un duelo por suicidio⁴⁵.

Abordar las afecciones por consumo de sustancias⁴⁶

Especialmente entre la **gente joven**, el **consumo de sustancias** como mecanismo de afrontamiento puede verse precipitado por: exposición a conflicto, desastre, malos tratos/descuido, lesiones físicas o problemas de salud mental; entornos nuevos y difíciles (por ejemplo, los campos de refugiados); aburrimiento y marginación; y pérdida de recursos (por ejemplo, recursos sociales y/o financieros). Este consumo puede amplificar los factores de riesgo y vulnerabilidades preexistentes y aumentar el riesgo de suicidio. El consumo perjudicial de drogas y alcohol puede abordarse a nivel de la **atención sanitaria general** (véase también mhGAP-HIG), mientras que **las actividades a nivel comunitario** pueden servir para fomentar ambientes sin alcohol o drogas (durante eventos especiales, como eventos deportivos juveniles) y para poner en práctica políticas para limitar la venta de alcohol.



Recursos clave y directrices: proporcionar atención de salud mental como parte de los servicios generales de salud

LIVE LIFE

Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Parte B: LIVE LIFE Principales intervenciones eficaces: Identificar tempranamente, evaluar, gestionar y realizar un seguimiento de cualquier persona afectada por conductas suicidas.](#)



Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. [Actividades MSP 3.10 Proporcionar atención de salud mental como parte de los servicios de salud generales; 3.11 Prestar servicios de SMAPS en el marco de la atención clínica a las personas sobrevivientes de la violencia sexual y de pareja; 3.12 Iniciar o fortalecer la provisión de intervenciones psicológicas.](#)

Organización Mundial de la Salud. [Aplicación mhGAP para los trabajadores sanitarios no especializados para la valoración y gestión de conducta autolesiva/suicidio.](#)

Organización Mundial de la Salud (2019). [Módulo sobre autolesión/suicidio de la Guía de Intervención mhGAP de la OMS y los materiales de capacitación asociados: manuales de capacitación.](#)

IASC

IASC (2007). [Directrices del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias Humanitarias. Lista de acciones 6.1-6.5.](#)



43. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebush L, Thanh HTT. (2008). [Eficacia de la intervención breve y el contacto para quienes intentan suicidarse: ensayo aleatorio controlado en cinco países. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 86\(9\), 703-709.](#)

44. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2021). [Prevención del suicidio durante el COVID-19.](#)

45. Vijayakumar L (2016). [Suicidio entre refugiados: Una burla a la humanidad \(Editorial\). Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 37\(1\), 1-4.](#)

46. Kane JC, Greene MC (2018). [Abordar los trastornos por consumo de alcohol y de sustancias entre los refugiados: Una revisión documental de los enfoques de intervención. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.](#)

3.5. Construir habilidades para la vida entre la gente joven

¿Por qué?

Las personas jóvenes son particularmente vulnerables al riesgo de muerte por suicidio. A nivel mundial, **el suicidio ocupa el cuarto lugar entre las principales causas de muerte de jóvenes entre 15 y 19 años.**⁴⁷ La adolescencia (entre los 10 y 19 años) es un periodo crítico para adquirir las **habilidades socioemocionales** que son la base de una futura buena salud mental. La adolescencia también es una etapa de riesgo para la **aparición de afecciones de salud mental**, con la mitad de los casos apareciendo hacia la edad de 14 años. Asimismo, los adolescentes en situaciones humanitarias pueden estar expuestos a un mayor riesgo de desarrollar afecciones de salud mental, debido a las condiciones adversas que pueden perturbar su desarrollo cognitivo, emocional, social y físico.

¿Cómo?

Los entornos educativos son un punto de contacto clave para la gente joven. En las situaciones humanitarias, es posible que muchas personas jóvenes no asistan a la escuela y no tengan acceso a espacios de aprendizaje adecuados, y a menudo se encuentran entre los más vulnerables. Es importante que los programas lleguen a los grupos objetivo a través de la **implementación de capacitaciones en habilidades socioemocionales para la vida en las escuelas**, espacios informales de aprendizaje, espacios recreativos, programas vocacionales, programas de habilidades para la vida o clubes juveniles⁴⁸. Se debería considerar también su integración con actividades en grupo para la salud mental y bienestar psicosocial de los niños (véase Actividad MSP 3.6⁴⁹), actividades en centros juveniles o programas accesibles relevantes que han sido adaptados para el uso digital.

En estos entornos es importante considerar mecanismos de apoyo entre los mismos niños y adolescentes, ya que ellos a menudo tienen capacidad de acción y de desarrollar las habilidades necesarias para apoyar a sus amigos. Es importante garantizar que puedan hacerlo de manera segura bajo la supervisión de adultos y con énfasis en salvaguardar la infancia⁵⁰.

- Identifique las **iniciativas ya existentes** a nivel nacional o regional para desarrollar las habilidades para la vida entre los jóvenes, además de manuales y materiales que ya han sido utilizados y adaptados para la población objetivo.
- **Evalúe las necesidades de formación y las capacidades** del personal que trabaja en entornos seleccionados (a través de consultas con profesores y otro personal de educación y con las autoridades educativas, como oficiales del ministerio de educación).
- **Reconocer los posibles factores de riesgo** y las formas de apoyar a grupos específicos de jóvenes (jóvenes y adolescentes con discapacidades).

Recuerde a los profesores o cuidadores que hablar del suicidio con los jóvenes no va a aumentar el riesgo de suicidio, sino que hará que los jóvenes se sientan más cómodos para acudir a ellos en busca de apoyo cuando lo necesiten.

Seleccione una intervención con base empírica para gente joven (véase también el apartado de Recursos abajo).



Adaptar el programa para la población objetivo y el contexto, teniendo en cuenta consideraciones adecuadas a la edad (si el programa aborda los mitos sobre el suicidio, o si trata los factores específicos del contexto que obstaculizan la gestión de comportamientos suicidas).

- **Involucrar al personal educativo** y a otros trabajadores específicos **en la adaptación de la capacitación** al contexto local puede mejorar la motivación y la eficacia de la capacitación (informada por la cultura y el contexto, involucrando a los adolescentes en debates y comentarios para informar el diseño y el uso del lenguaje).
- **Involucre a la gente joven** en el proceso de adaptación y diseño, y pídale su opinión temprana sobre el programa (por ejemplo, sobre las actitudes de los estudiantes en el tema de la salud mental, cómo reconocer los factores de riesgo de suicidio, cómo se comunican las señales de alerta, comportamientos comunes de búsqueda de ayuda y cómo captar la atención de sus compañeros).



Asegúrese de que los colegios tengan un plan de acción para apoyar a los estudiantes, y vínculos adecuados con los servicios de salud mental a los que pueden derivar a los estudiantes en situación de riesgo. Establecer vías de remisión claras para las personas en riesgo de suicidio y para los cuidadores, incluidos los servicios de salud mental para niños y adolescentes, donde existan, y otros servicios y apoyos necesarios (servicios de salud, protección social

y protección infantil).

En lugar de centrarse explícitamente en el suicidio, se recomienda que los programas empleen **un enfoque positivo de la salud mental**⁵¹. La prevención eficaz del suicidio en las escuelas tiene el objetivo de aumentar la conciencia en la salud mental y reducir el estigma. Fortalecerá los factores de protección tales como las habilidades para resolver problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico, la gestión del estrés, la regulación emocional, la autoestima, la autoconciencia, la identificación de fuentes de apoyo, la empatía y las relaciones interpersonales saludables⁵².

Sostenibilidad

Identifique **oportunidades para desarrollar capacidades a más largo plazo**, por ejemplo incluyendo las habilidades socioemocionales para la vida en los planes de estudios escolares y en la capacitación previa a la docencia o la formación continua de profesores (por ejemplo, el desarrollo profesional docente).

La implementación en las escuelas de programas de habilidades socioemocionales para la vida basados en la evidencia incluye:

- Actividades para aumentar la **sensibilización sobre salud mental** entre la gente joven;
- **Impartir capacitación al personal docente** sobre cómo crear un entorno escolar de apoyo, cómo reconocer los factores de riesgo y las señales de alerta de la conducta suicida, cómo prestar apoyo a los jóvenes afligidos y cómo derivarlos de manera colaborativa para que reciban apoyo adicional;
- Facilitar un **entorno escolar seguro** (programas contra el acoso escolar, iniciativas para aumentar la conexión social, capacitación del personal sobre la creación de un entorno de apoyo);
- Establecer y fortalecer **enlaces a servicios de apoyo externos** (atención de la salud mental), y proporcionar esta información a los estudiantes;
- Establecer **apoyo específico para los estudiantes en situación de riesgo**, como los que han intentado suicidarse previamente, han perdido a un ser querido por suicidio o provienen de grupos en riesgo de suicidio (por ejemplo, debido a su orientación sexual o por formar parte de una minoría de género);
- Establecer **una política y protocolos claros** para el personal cuando se detecte el riesgo de suicidio (incluyendo la protección del anonimato de estudiantes, y sobre quién debería o no ser informado de los datos de un estudiante); para dar a conocer un intento de suicidio o un suicidio entre el personal o los estudiantes; y para apoyar a un estudiante para que regrese a la escuela después de un intento de suicidio;
- **Implicar a los padres** para aumentar su conciencia acerca de la salud mental y los factores de riesgo;
- Educar sobre el **uso saludable de Internet y de las redes sociales** (por ejemplo, el uso seguro de Internet; utilizar las redes sociales para generar un apoyo social saludable; y reconocer actividades en línea no saludables, como el acoso escolar, y responder a ellas);
- Desarrollar iniciativas para **atender otros factores de riesgo** para los jóvenes (por ejemplo, violencia parental, trauma familiar y abuso de sustancias).

47. Organización Mundial de la Salud (2021). *LIVE LIFE: Guía de implementación para la prevención del suicidio en los países*.

48. La versión de 2012 de las Normas Mínimas para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria (CPMS por sus siglas en inglés) incluía la «Norma 17: Espacios amigables para la niñez». En la edición de 2019, esta se sustituyó por una norma más amplia, la «Norma 15: Actividades de grupo para el bienestar infantil». Las actividades de grupo estructuradas para el bienestar infantil (que a veces reciben el nombre de programas «guiados» o «manuales») consisten en una serie de sesiones facilitadas y planificadas conforme a un plan con objetivos explícitos en materia de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS).

49. Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. *Actividad MSP 3.6 Organizar actividades de grupo para mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de los niños*.

50. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). *Yo apoyo a mis amigos: Un kit de recursos de cuatro partes para niños y adolescentes para apoyar a un amigo en apuros*.

51. Un enfoque positivo de salud mental implica centrarse en promover las fortalezas y habilidades de los estudiantes, y ayudarlos a desarrollar nuevas aptitudes para mejorar el bienestar mental general, en lugar de centrarse específicamente en el suicidio.

52. Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: Una imperativa mundial*.

Recursos clave: OMS y UNICEF:

Ayudar a los adolescentes a prosperar (HAT, por sus siglas en inglés)



La OMS y UNICEF elaboraron conjuntamente las directrices «[Ayudar a los adolescentes a prosperar \(HAT\)](#)», que ofrecen recomendaciones con base empírica sobre intervenciones psicosociales dirigidas a promover la buena salud mental, prevenir los trastornos mentales y reducir la autolesión y otros comportamientos de riesgo entre adolescentes. Las directrices están diseñadas para difundirse en diversas plataformas, como escuelas, atención social o de salud, la comunidad o los medios digitales. Las directrices incluyen un conjunto de intervenciones, kit de herramientas HAT, que se preparó para apoyar la puesta en práctica de las directrices. El conjunto de herramientas describe los programas que muestran evidencia en cuanto a la promoción de la salud mental de los adolescentes o la reducción de los factores de riesgo de enfermedades mentales, abuso de sustancias y autolesiones. El conjunto de herramientas se centra en: 1) mejorar las leyes y políticas; 2) mejorar los entornos escolares, comunitarios y en línea para promover y proteger la salud mental de los adolescentes; 3) apoyar a los cuidadores; y 4) mejorar las aptitudes psicológicas de los adolescentes.

Recursos clave y directrices: desarrollar las habilidades para la vida entre los jóvenes



LIVE LIFE

Organización Mundial de la Salud (2021). [LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Parte B: LIVE LIFE Principales intervenciones eficaces: Desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes.](#)



Paquete de Servicios Mínimos de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. [Actividades MSP 3.6 Organizar actividades de grupo para mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de los niños; 3.8 Apoyar al personal educativo para promover la salud mental y el bienestar psicosocial de los niños; 3.12 Iniciar o fortalecer la provisión de intervenciones psicológicas.](#)

Organización Mundial de la Salud (2021). [Directrices para las intervenciones de promoción y prevención destinadas a adolescentes: Ayudar a los adolescentes a prosperar.](#)

Organización Mundial de la Salud (2000). [Prevención del suicidio: Recursos para docentes y personal escolar.](#)

Escuadrón de la Esperanza (2021). [¿Qué es el Escuadrón de la Esperanza?](#)

Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio (2002). [Mejorar las habilidades para la vida y la resiliencia.](#)

Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio y Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio (2011). [Después de un suicidio: Un kit de herramientas para colegios. \[American Foundation for Suicide Prevention and Suicide Prevention Resource Centre \(2011\). After a Suicide: A Toolkit for Schools.\]](#)

Karolinska Institutet (2021). [SEYLE: Salvar y empoderar vidas jóvenes en Europa.](#)

Papyrus (2018). [Crear escuelas y colegios más seguros contra el suicidio: Una guía para docentes y personal. \(Building Suicide-Safer Schools and Colleges: A guide for teachers and staff\)](#)

Save the Children (2017). [PFA II: Cómo gestionar las respuestas traumáticas en los niños.](#)

Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y de Salud Mental (2012). [Prevenir el suicidio: Un kit de herramientas para la escuela secundaria.](#)

[Sources of Strength \(s.f.\).](#)



IASC (2007). [Directrices del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias Humanitarias. Lista de acciones 7.1.](#)

Agradecimientos

El contenido de esta publicación fue desarrollado por el Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia (GR IASC SMAPS).

Al GR IASC SMAPS le gustaría agradecer y reconocer sinceramente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al Cuerpo Médico Internacional (IMC) por liderar el desarrollo de la publicación y coordinar las revisiones y la edición.

El Grupo de Referencia agradece los valiosos aportes recibidos de quienes integran el grupo temático dedicado a la elaboración de las publicaciones: Agencia Alemana para la Cooperación Internacional (GIZ), Centro Psicosocial de la IFRC, Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (IFRC), Organización Internacional para la Migración (OIM), Comité Internacional de Rescate (IRC), Universidad Johns Hopkins (JHU), Médicos del Mundo (MdM), Colaboración de SMAPS, Instituto de Formación y Servicios Psicosociales del Cairo (PSTIC), Save the Children, El Centro Carter, Altos Comisionados de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), War Child Holanda. Se recibieron valiosos aportes adicionales para esta publicación de las agencias y asociados del Grupo de Referencia del IASC, incluyendo Médicos sin Fronteras (MSF), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Universidad de Palo Alto, Trócaire, Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia en Emergencia (UNICEF), así como profesionales individuales, expertos y socios académicos.

El diseño lo realizó The Ink Link.

Cómo se elaboraron estas directrices

El Grupo de Referencia del IASC SMAPS identificó al suicidio y la autolesión como un problema significativo en contextos humanitarios desafiantes y de bajos recursos, con la necesidad de una guía y herramientas más prácticas para apoyar al personal y a los programas de SMAPS.

Este documento se basa en recursos existentes, algunos de los cuales fueron elaborados en el mismo período que el actual documento, tales como la revisión bibliográfica encargada por Sonali Gupta (2020)⁵³, el documento de la OMS LIVE LIFE⁵⁴ y el borrador de documento de los ACNUR Suicide Prevention and Mitigation in Refugee Settings: A toolkit for multisectoral action⁵⁵.

Se recibieron aportes técnicos adicionales de personas que trabajan en distintas áreas temáticas [por ejemplo, la niñez y la protección infantil (PI), la violencia por motivos de género (VG)].

Las directrices se sometieron a varias rondas de revisiones técnicas por parte de actores humanitarios que apoyan a los programas de SMAPS para obtener una retroalimentación valiosa de los actores a nivel nacional, regional y de la sede central. Esto incluye dos revisiones completas por parte de todos los miembros del GR IASC SMAPS.

Para comunicarse y aportar observaciones sobre esta publicación, envíe un correo electrónico al Grupo de Referencia del Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia a: mhpss.refgroup@gmail.com.

IASC Inter-Agency
Standing Committee

53. Gupta S. (2020). *Literature Review: Suicide and Self-Harm in Humanitarian Settings. Unpublished review to inform the work of the IASC Thematic Sub-Group on addressing suicide and self-harm in humanitarian settings.*

54. Organización Mundial de la Salud (2021). *LIVE LIFE: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.*

55. ACNUR (2022). *Draft: Preventing suicide and mitigating suicide risks in refugee settings: A multisectoral toolkit for UNHCR operations.*