Evidencia para la prevención del suicidio y los programas de respuesta con refugiados: una revisión sistemática y recomendaciones

Un informe elaborado por:

Haroz, EE1a; Decker, E.2, Lee, c.2

a Autor correspondiente,eharoz1@jhu.edu

1 Departamento de Salud Mental, Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins, Baltimore MD 21205

2 Departamento de Salud Internacional, Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins, Baltimore MD 21205

**Esta revisión fue encargada externamente por la Sección de Salud**

**Pública del ACNUR. Las opiniones expresadas en este documento**

**son las de los autores y no necesariamente las del ACNUR.**

Cita sugerida:

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

LISTA DE ABREVIATURAS........................................................................................................... 3

RESUMEN EJECUTIVO ......................................................................................................... 4

PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE ESTA REVISIÓN......................4

1. INTRODUCCIÓN......................................................................................................................... 6

1.1. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.................................................................................7

1.2. OBJETIVOS DEL INFORME................................................................................................8

2. MÉTODOS ............................................................................................................................. 8

2.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE LITERATURA DE REVISIÓN POR PARES ......................8

2.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE LITERATURA GRIS ........................................................9

2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.......................................................................9

2.4. CRIBADO Y EXTRACCIÓN DE DATOS................................................................................9

3. RESULTADOS...................................................................................................................10

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.........................................................................13

4.1. UN ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA Y DE VARIOS NIVELES PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ENTRE LAS POBLACIONES DE REFUGIADOS ...14

4.2. ESTRATEGIA SUGERIDA PARA EVALUAR EN ENTORNOS DE REFUGIADOS...........15

APÉNDICE A. ESTRATEGIA COMPLETA DE BÚSQUEDA DE LITERATURA REVISADA POR PARES.......19

APÉNDICE B. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA DE LITERATURA GRIS.........23

**Lista de abreviaciones**

**BIC** Intervención breve y contacto

**CARE** Cooperativa de Asistencia y Socorro en todas partes

**C-CASA** Algoritmo de Clasificación de Columbia para la Evaluación del Suicidio

**CASP** Contacto y planificación de la seguridad

**CV** Voluntario comunitario

**EAAD** Alianza Europea contra la Depresión

**HIC** Países de renta alta

**IASC** Comité Permanente entre Organismos

**CICR** Comité Internacional de la Cruz Roja

**IMC** Cuerpo Médico Internacional

**GODORT** Motor de búsqueda de organizaciones intergubernamentales

**OIG** Organizaciones intergubernamentales

**OIM** Organización Internacional para las Migraciones

**OIM** Organización Internacional para las Migraciones

**MDD** Trastorno depresivo mayor

**MSF** Medécins Sans Frontières

**ONGs** Organizaciones No Gubernamentales

**PTSD** Trastorno de estrés postraumático

**ECA** Ensayos Controlados Aleatorios

**UNICEF** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

**ACNUR** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

**WMAT** Tribu Apache de las Montañas Blancas

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**RESUMEN EJECUTIVO**

El número de personas desplazadas de sus hogares, incluidos los refugiados, se encuentra en un máximo histórico en todo el mundo. Las personas que huyen de la guerra y la persecución corren un mayor riesgo de sufrir lesiones, enfermedades y estrés psicológico. Si bien la salud mental y el apoyo psicosocial están recibiendo cada vez más atención en las agencias humanitarias, el tema del suicidio ha recibido una consideración significativamente menor.

Ha habido pocos estudios epidemiológicos que examinen el suicidio y los comportamientos asociados en poblaciones de refugiados y desplazados. La poca investigación que se ha realizado sugiere que las personas desplazadas corren un mayor riesgo de tales comportamientos, particularmente durante la fase de emergencia y en el contexto del desplazamiento prolongado. Las conductas suicidas (es decir, muertes, intentos y conductas autolesivas) tienen un efecto devastador en las personas, las familias y las comunidades. Como tal, existe una necesidad urgente de comprender mejor el alcance del problema y cómo abordarlo en estas poblaciones vulnerables.

El objetivo de este informe fue revisar la literatura gris y revisada por pares relevante para identificar programas prometedores de prevención y respuesta al suicidio que se han implementado con refugiados o poblaciones similares. Este informe presenta los hallazgos de esta revisión, junto con recomendaciones clave sobre cómo abordar las limitaciones de lo que se hace actualmente con los refugiados en relación con el suicidio.

Después de revisar más*n=*732 registros de fuentes grises y revisadas por pares, solo se identificaron 8 programas que se han implementado con refugiados o inmigrantes. Solo dos de estos 8 programas eran específicos para poblaciones que actualmente viven en situación de desplazamiento. En general, los diseños y los resultados de los estudios fueron débiles e incluyeron diseños previos y posteriores que carecían de grupos de control/comparación, o se centraron en el conocimiento y las actitudes en lugar de los resultados relacionados con el suicidio. Estas limitaciones dificultan comprender si los programas son realmente efectivos para reducir el suicidio o los comportamientos asociados en estas poblaciones.

De los 8 programas revisados, la mayoría se centró en la formación de trabajadores de la salud y la sensibilización. Se identificó un programa como particularmente prometedor ya que fue el único estudio que usó un diseño riguroso y resultados sólidos en una población de refugiados. Vijayakumar y colegas (2017) implementaron y evaluaron una intervención basada en la comunidad que combinaba Intervención breve y contacto (BIC) y Planificación de seguridad proporcionada por voluntarios. Las tasas combinadas de muertes e intentos de suicidio fueron más bajas en el campo de refugiados que recibió la intervención en comparación con el campo de control.

Se recomienda que el ACNUR se base en este trabajo y adopte un enfoque de salud pública para la prevención y respuesta al suicidio que incorpore un enfoque de múltiples niveles destinado a incorporar estrategias en cada nivel de prevención (por ejemplo, universal, selectiva, indicativa). Este enfoque de múltiples niveles podría seleccionar estrategias basadas en elementos de mejores prácticas de programas implementados y estudiados en otras poblaciones que probablemente sean factibles de implementar y evaluar con refugiados en el futuro. En el informe se incluye una sugerencia de este enfoque de elementos de mejores prácticas de varios niveles.

**Conclusiones y recomendaciones clave de esta revisión**



**HALLAZGO 1: Hay un número limitado de programas de prevención o respuesta al suicidio implementados con poblaciones refugiadas o desplazadas.**

*Solo se identificaron 8 programas en general y solo 2 se dirigieron específicamente a las poblaciones de refugiad*

**Recomendaciones:**

1. Los programas efectivos de prevención y respuesta en otros entornos o con otras poblaciones deben adaptarse, implementarse y evaluarse con refugiados.
2. El ACNUR y otras grandes organizaciones internacionales que ayudan a atender a refugiados y grupos desplazados

deben abogar por una mayor investigación sobre la prevención del suicidio y trabajar para desestigmatizar el suicidio entre los representantes de los gobiernos locales.



**HALLAZGO 2: Hubo pocos programas de prevención del suicidio en refugiados o grupos relacionados con diseños de estudio sólidos**

*Sólo dos programas fueron identificados como* *prometedores.*

**Recomendaciones:**

1. Se necesitan diseños más rigurosos para comprender mejor la eficacia de los programas de prevención y respuesta al suicidio.
2. Se necesita el uso de elementos de mejores prácticas de estrategias de prevención del suicidio de niveles múltiples y la evaluación de sus efectos.1



**HALLAZGO 3: Los resultados de los estudios de prevención del suicidio entre refugiados o grupos relacionados tienden a ser débiles.**

*La mayoría de los estudios se centran en los resultados relacionados con el conocimiento y las actitudes en lugar de los comportamientos suicidas.*

**Recomendaciones:**

1. La investigación y la programación deben centrarse en las personas en riesgo de suicidio (prevención selectiva e indicativa) y medir el impacto de los programas en los comportamientos y factores de riesgo relacionados con el suicidio. r
2. Los datos sobre la mortalidad y la atención médica relacionada con el suicidio deben estar disponibles para comprender mejor el alcance del problema e informar las intervenciones apropiadas.
3. La vigilancia del suicidio y comportamientos relacionados debe establecerse en los campamentos de refugiados y entornos de atención médica, así como, si es posible, en entornos comunitarios.



**HALLAZGO 4: La mayoría de los programas de prevención o respuesta incluían múltiples componentes, pero pocos eran de varios niveles**

*Los programas de varios niveles se centran en varios tipos de prevención (universal, selectiva, indicativa) y tienen como objetivo abordar el suicidio mediante este enfoque integral.*

**Recomendaciones:**

1. Debe utilizarse un modelo de salud pública para la prevención del suicidio que incluya la vigilancia, la identificación de los factores de riesgo y de protección, el desarrollo de programas apropiados y la implementación y evaluación de estos programas.2
2. Los programas y estrategias deben centrarse en múltiples niveles de prevención

**1.Introducción**

Suicidio y conductas asociadas (intentos; conductas autolesivas)3tienen un profundo impacto en las personas, las familias y las comunidades.2 La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 800.000 personas mueren por suicidio cada año, el equivalente a una persona cada 40 segundos.4A nivel mundial, la tasa de muerte por suicidio se estima en aproximadamente 11,05 muertes por cada 100.000 personas.5Es la segunda causa de muerte en todo el mundo entre los jóvenes de 15 a 29 años,4afectando a jóvenes y adultos jóvenes que están entrando en la plenitud de su etapa productiva y destinados a tener amplias repercusiones por generaciones. Por cada suicidio, hay un estimado de 20 a 25 intentos de suicidio adicionales4,6representa una carga significativa para los sistemas de salud, las familias y las comunidades, y cuesta miles de millones de dólares enasistencia sanitaria asociada costos y perdidas productividad.7,8

Las tasas de suicidio varían

significativamente por país y región. Los países de ingresos altos (HIC) tienen un tasa de suicidio promedio de 14,12 por 100 000, mientras que la tasa para los países de ingresos bajos y medianos (LMIC) tiene una tasa de suicidio promedio de 11,09 por 100 000 personas.5Como la gran mayoría de la población mundial vive en LMIC, los suicidios en estos países representan el 75% de las muertes por suicidio en todo el mundo.2

El número de refugiados y otras personas desplazadas por la fuerza en todo el mundo está creciendo con un récord de 65,3 millones de personas desplazadas de sus hogares por el conflicto y la persecución en 2015.9Dadas las tasas de suicidio en LMIC y el hecho de que LMIC alberga a la mayoría de los desplazados,9existe una necesidad urgente de comprender mejor el suicidio y cómo prevenirlo entre los desplazados.

Hay un número limitado de estudios que han examinado el suicidio y los comportamientos relacionados entre las poblaciones desplazadas. Una revisión del suicidio en poblaciones de refugiados encontró que las tasas de suicidio oscilaban entre el 3,4 % y el 34 % de las muertes registradas.10Los estudios realizados con poblaciones de refugiados reasentados en países de altos ingresos han demostrado un mayor riesgo de conductas suicidas.11,12probablemente debido a una combinación de desventaja socioeconómica,13exposición a eventos potencialmente traumáticos,14carga de los trastornos mentales,15y falta de atención apropiada y accesible.12,16,17

Se sabe menos sobre las poblaciones que aún se encuentran en situación de desplazamiento. Un estudio reciente de refugiados en Nigeria encontró aumentos en la ideación suicida en la población refugiada, con un 27,3 % de la población refugiada informando ideación suicida, en comparación con el 17,3 % de la población no refugiada.18Se descubrió que el suicidio es la principal causa de muerte en los centros de detención de inmigrantes de Australia.19Entre las mujeres refugiadas afganas en Pakistán, los pensamientos suicidas estaban presentes en casi todas las mujeres que tenían un trastorno de salud mental común probable.20Un examen reciente de la atención médica y la carga de la enfermedad entre los refugiados en campamentos de estadía prolongada en Lesbos, Grecia, encontró altas tasas de tratamiento asociadas con intentos de suicidio.21El personal de Save the Children que actualmente trabaja con refugiados y migrantes en estas islas griegas ha informado de haber presenciado un aumento en el número de intentos de suicidio y autolesiones entre los niños, y algunos intentos en público presentan un riesgo de contagio.22En campos de refugiados en Tailandia, un informe reciente de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) indicó un aumento significativo y preocupante en las tasas de suicidio en el campo de refugiados de Mae La. El informe de la OIM encontró que de 2015 a 2016 la tasa de suicidios en Mae La aumentó a 36,6 muertes por suicidio por cada 100.000 personas.23una tasa que es casi tres veces el promedio mundial y seis veces la tasa promedio en Tailandia.

Nuestro conocimiento sobre el suicidio en poblaciones desplazadas es limitado por varias razones. Es difícil recopilar datos oportunos, relevantes y confiables en poblaciones que son altamente móviles. El estigma también juega un papel, ya que el suicidio está fuertemente estigmatizado o incluso es ilegal en muchos países. Los comportamientos suicidas pueden no ser informados y las personas en riesgo de suicidio pueden mostrarse renuentes a buscar ayuda.2 El suicidio en entornos de refugiados suele ser un tema políticamente delicado que hace que la investigación y las intervenciones oportunas sean un desafío.24

*1.1.Prevención del Suicidio*

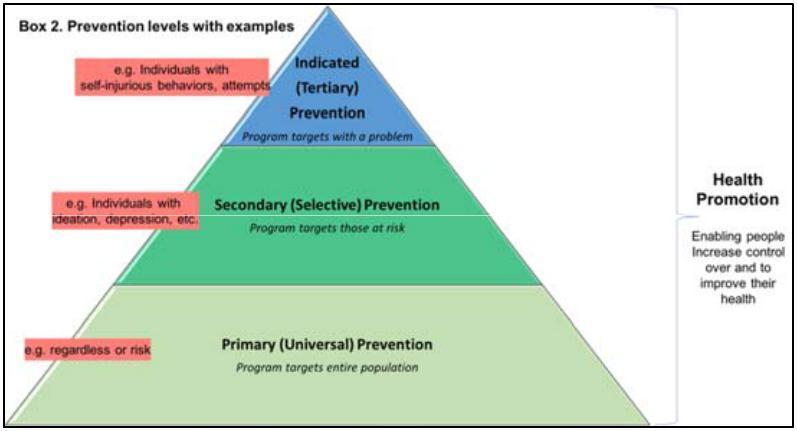
Es importante recordar que el suicidio se puede prevenir. En las poblaciones de no refugiados, se ha demostrado que muchas estrategias eficaces de prevención del suicidio contribuyen a reducir las tasas de suicidio y de conductas relacionadas con el suicidio. La restricción de medios, incluido un mayor control de analgésicos, control de armas y barreras en lugares populares para el suicidio mediante saltos, es una de las estrategias más efectivas para reducir el suicidio.25,26También se ha encontrado que la educación de los médicos sobre cómo reconocer los signos de depresión y tratarla reduce efectivamente las tasas de suicidio.26Los tratamientos efectivos para la depresión, incluidos los enfoques farmacológicos y psicológicos, son importantes en los esfuerzos de prevención.25Un metanálisis reciente de ensayos controlados aleatorios de estrategias para prevenir la muerte por suicidio encontró que la Organización Mundial de la Salud (OMS) Brief Intervention and Contact (BIC)27El programa se asoció con probabilidades significativamente menores de suicidio (OR = 0,20; IC del 95%: 0,09 a 0,42).28

Se recomiendan enfoques integrales para la prevención del suicidio, incluido el uso de múltiples estrategias sinérgicas que abordan diferentes aspectos del suicidio, y también han tenido un gran éxito.25,29

Uno de los enfoques integrales más conocidos es el Programa de Prevención del Suicidio de la Fuerza Aérea de EE. UU.30 Después de un aumento en la tasa de suicidios entre el personal de la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea implementó once iniciativas destinadas a mejorar los factores de protección, crear conciencia, mejorar la identificación y el tratamiento, rastrear datos oportunos y aumentar la búsqueda de ayuda.31Después de la implementación de esta estrategia, las tasas de suicidio descendieron de 15,8 por 100.000 en 1995 a 8,3 por 100.000 en 2002, lo que representa una reducción del 33% en la relación del riesgo de suicidio después de la intervención en comparación con antes.30

De manera similar, la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD) procuró mejorar la atención de las personas con depresión mediante el uso de un enfoque multinivel que incluye: 1) una mayor cooperación con la atención primaria; 2) mayor conciencia de la comunidad a través de una campaña de relaciones públicas; 3) paquetes educativos especiales relacionados con la depresión y el suicidio para facilitadores comunitarios (por ejemplo, sacerdotes, maestros, policía, etc.); y 4) ampliar la autoayuda y la asistencia de emergencia a las personas con alto riesgo (es decir, después de un intento de suicidio). En comparación con las regiones de control, se observó una reducción significativa en la frecuencia de actos suicidas durante la implementación de estas estrategias y ahora se ha ampliado a más de 40 regiones y comunidades diferentes en Alemania, así como a 18 países europeos adicionales.32,33

Si bien se han llevado a cabo pocos enfoques integrales en entornos con recursos limitados, uno de los programas más prometedores es el Programa Celebrating Life Suicide Prevention (CL) de White Mountain Apache Tribe (WMAT). En respuesta a un aumento en el suicidio juvenil, WMAT instituyó el programa CL en 2001.34 El programa tiene tres componentes: 1) vigilancia activa por mandato tribal dentro de un sistema de reserva cerrado; 2) contacto breve y gestión de casos; y 3) extensión comunitaria y educación. Al comparar las tasas de 2001 a 2006 (antes de la implementación de CL) con las de 2007 a 2012 (durante la implementación), la tasa de suicidio entre los jóvenes (de 15 a 24 años) disminuyó en un 23 %.35

En LMIC, se han estudiado varias estrategias de prevención universales, selectivas e indicativas con resultados prometedores (Cuadro 2). Las estrategias de prevención universal incluyen cambios en las políticas36y restringir el acceso a medios letales (por ejemplo, pesticidas).37,38Las estrategias de prevención selectiva que se han estudiado incluyen intervenciones comunitarias para la autoinmolación dirigidas a mujeres jóvenes y grupos socioeconómicamente desfavorecidos en Irán.39

Estrategias de prevención indicadas con investigación

para apoyar sus efectos han incluido BIC,27 mensajes de texto de seguimiento de personas con intentos de suicidio,40 y un programa brasileño que centrado en romper tabúes sobre la muerte y la mejora de las vías de atención para los adultos mayores.41

Dada su carga y profundo impacto, la prevención del suicidio es una de las principales prioridades del Plan de Acción de Salud Mental de la OMS 2013 - 2020 42 e incluido como indicador del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.43Sin embargo, para abordar la carga del suicidio y los comportamientos asociados en los refugiados y otras poblaciones desplazadas, se necesita una mejor comprensión de las intervenciones de prevención y respuesta al suicidio en estos entornos.

*1.2.Objetivos del informe*

El propósito de esta revisión fue identificar sistemáticamente programas prometedores de prevención y respuesta al suicidio en entornos de refugiados que podrían desarrollarse y probarse más. Buscamos responder las siguientes preguntas: 1) ¿Qué programas de prevención y respuesta al suicidio se están brindando actualmente en entornos de refugiados o contextos humanitarios? 2) ¿a quién se les proporciona? y 3) ¿qué nivel de evidencia existe para su efectividad? Para responder a estas preguntas, llevamos a cabo una revisión sistemática de la literatura gris y revisada por pares. Nuestra esperanza es quesu conocimiento ayudará a informar la orientación práctica para el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) sobre la prevención del suicidio y la programación de respuesta en entornos de refugiados.

**2.Métodos**

***2.1****.Estrategia de búsqueda de literatura revisada por pares*

Se realizaron búsquedas en siete bases de datos, incluidas PubMed, PsychInfo, la biblioteca Cochrane, Global Health, Embase, Scopus y Web of Science para todos los estudios relevantes en inglés sin limitaciones de fecha. Usamos una estrategia de búsqueda de tres niveles mediante la cual se realizó una búsqueda inicial con términos relacionados con los resultados, seguida de una búsqueda de términos relacionados con el programa/intervención, y finalmente se combinó con términos relacionados con los refugiados (Tabla 1). Los términos de búsqueda completos para cada base de datos se pueden encontrar en el Apéndice A.

***2.2.****Estrategia de búsqueda de literatura gris*



Para la literatura gris, buscamos en dos bases de datos:Literatura internacional publicada sobre estrés traumático(PILOTOS) y la Intergubernamental

Buscador de Organizaciones (GODORT). GODORT es una base de datos que utiliza la tecnología de búsqueda de Google para buscar en las páginas web de organizaciones intergubernamentales (OIG) y Organizaciones No Gubernamentales (ONG). Hay sitios web para 415 OIG y 1584 ONG incluidos en el motor de búsqueda.

Nuestra búsqueda fue limitada a las primeras 10 páginas de resultados en GODORT. Además, usamos una versión modificada de una estrategia reciente desarrollada por Enticott y colegas,44y buscó específicamente en los sitios web de las siguientes agencias y organizaciones: ACNUR, OMS, CARE, IASC, IMC, ICRC, IOM y MSF. Finalmente, buscamos en los sitios web del Departamento de Salud y de Estadísticas Nacionales los 10 principales países de acogida de refugiados (Jordania, Turquía, Pakistán, Líbano, Irán, Etiopía, Kenia, Uganda, República Democrática del Congo, Chad). Limitamos el tiempo que pasamos en cada sitio web a 30 minutos de búsqueda.

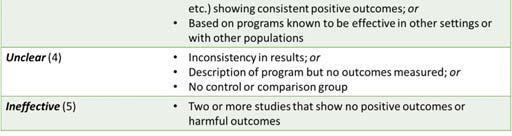
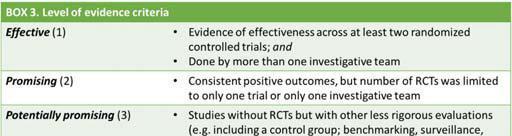
*2.3.Los criterios de inclusión y exclusión*

Para ser incluidos en la revisión final, los registros debían cumplir con los siguientes criterios: 1) Incluir datos sobre un resultado primario o intermedio relacionado con el suicidio. Los resultados primarios incluyeron muerte por suicidio, intento de suicidio o ideación suicida. Los resultados intermedios incluyeron comportamiento de búsqueda de ayuda, identificación de personas en riesgo, restricción de medios, resultados de salud mental (claramente especificados como resultados intermedios en el contexto de los esfuerzos de prevención del suicidio), resultados de concienciación y educación, conexiones con la atención, puntos de contacto; 2) Evaluar o describir al menos un programa, intervención, política o estrategia; 3) tener un programa, intervención, política o estrategia diseñada o implementada para abordar la prevención o respuesta a conductas suicidas en refugiados o poblaciones similares; y 4) publicarse en inglés. Criterios de exclusión involucrados: 1) Artículos de revisión (pero las referencias se seleccionaron para estudios adicionales); 2) registros que representaban datos sobre 1 persona (p. ej., estudios de casos); y 3) presentaciones de conferencias o carteles.

*2.4.Detección y extracción de datos*

Después de la identificación inicial de registros potenciales, se revisaron los títulos y los resúmenes (solo literatura revisada por pares), seguido de la revisión de los textos completos (toda la literatura gris y la literatura revisada por pares que pasaron la revisión de resúmenes). Después de la selección de texto completo, si los artículos cumplían con los criterios de inclusión/exclusión, se extraían datos de cada registro sobre las siguientes variables: contexto del estudio (incluida la región, el nivel de ingresos y el origen étnico); diseño del estudio, tipo de datos y demografía de la población del estudio;

Descripción y características de la intervención/programa/estrategia/política; objetivos de resultados y hallazgos del estudio; y cualquier limitación declarada del estudio. El autor EH realizó todos los exámenes de detección en cada etapa.

Con esta información clasificamos el nivel de evidencia para cada programa identificado a través del

búsqueda bibliográfica basada en criterios utilizados para considerar la evidencia más allá de los ensayos clínicos.45

Cada registro recibió una calificación de

1. *eficaz*, (2) *prometedor*, (3) *potencialmente prometedor*, (4) *poco claro*, o (5) *ineficaz*al abordar

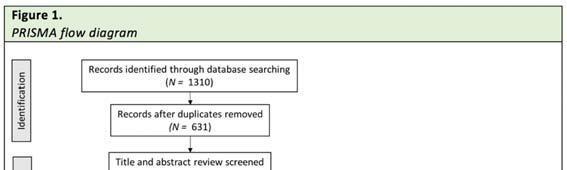
el suicidio y resultados relacionados. Se consideraron programas*eficaz*si hubo evidencia de efectividad en al menos dos ensayos controlados aleatorios realizados por más de un equipo de investigación.

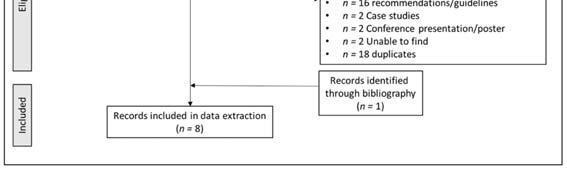
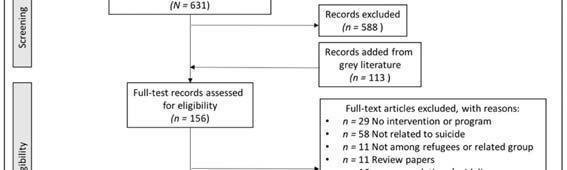
Programas clasificados como*prometedor* incluyeron programas que mostraron: a) resultados positivos consistentes, pero el número de ensayos controlados aleatorios (ECA) se limitó a un solo ensayo; o b) resultados positivos consistentes, pero solo entre ECA realizados por un equipo de investigación. Programas clasificados como*potencialmente prometedor*incluyeron estudios sin ECA, pero con otras evaluaciones menos rigurosas (p.ej., grupo de control, evaluación comparativa, vigilancia) que mostraron resultados positivos consistentes y/o programas que se basaron en programas de eficacia conocida en otros contextos o con otras poblaciones. Programas que a) mostraron inconsistencia en los resultados; o b) solo incluyó una descripción del programa, pero no se midieron los resultados; o c) no había un grupo de control/comparación, fueron designados como*poco claro*. Finalmente, los programas que se consideraron *ineficaz*fueron aquellos para los que más de 2 estudios no muestran resultados positivos o perjudiciales. Para cada artículo, también calificamos la fuerza de la variable de resultado. Los resultados con muerte o intentos de suicidio se calificaron como*fuerte*(1), ideación suicida u otros síntomas de salud mental como*moderado*(2), y los resultados de conocimiento o actitud como*débil*(3).

3.Resultados

Nuestra búsqueda inicial de la literatura revisada por pares identificó*norte =*631 registros. Se excluyeron quinientos ochenta y ocho de estos en base a la revisión de los títulos y resúmenes por no estar relacionados con el suicidio y/o los refugiados o poblaciones similares. La búsqueda de literatura gris identificó*norte =*113 registros que se incluirán en la revisión de texto completo, lo que resultó en un total de*norte =*156 registros para revisión de texto completo. Después de la revisión del texto completo, un total de*norte =*Se excluyeron 149 registros según los criterios de inclusión/exclusión. Un adicional de*norte =*Se agregó 1 registro basado en la revisión de citas en otros registros. Esto produjo*norte =*8 registros que cumplieron con todos los criterios de inclusión/exclusión y para los cuales se extrajeron datos (Figura 1).

Los artículos incluidos en la revisión se enumeran en la Tabla 2. La mayoría de los registros estaban relacionados con inmigrantes o refugiados reasentados, y solo dos estudios se centraron específicamente en poblaciones que aún vivían desplazadas. Tres registros reflejaron programas implementados en contextos de bajos recursos; mientras que los otros se implementaron en entornos de altos ingresos. Cuatro de los ocho estudios se clasificaron como universales o prevención primaria, dos como prevención selectiva/secundaria,46,47 y dos como Indicada/prevención terciaria.48,49

Todos menos un registro50 fueron estudios que combinó dos o más estrategias de prevención,

con la mayoría enfocados en la formación de la salud trabajadores u otro comunidad miembros/guardianes para mejorar la identificación y asistncia a personas en riesgo de suicidio.46‐48,50 Otro común estrategia incluida sensibilización (*norte =* 3 registros) para aumentar la búsqueda de ayuda y identificación.47,50,51 

Dos artículos descritos intervenciones apuntando específicamente individuos después de un acto suicida (p.ej.Conductas autolesivas, intentos).48,49

Un registro incluía la creación de un sistema de vigilancia específico para monitorear las tendencias y ayudar a recopilar datos oportunos y relevantes.48 Otros dos registros se dirigieron específicamente a un subgrupo de la población que se pensaba que estaba en mayor riesgo: las mujeres de origen turco en Europa.47,48 Cinco de los ocho registros se clasificaron con un nivel de evidencia poco claro. La falta de claridad se atribuyó en gran medida a la falta de un grupo de control, un diseño observacional o resultados no medidos. Un registro fue clasificado como potencialmente prometedor. Aichberger et al. 201552implementó una intervención basada en la población entre mujeres de origen turco en Berlín, para crear conciencia sobre la depresión y el riesgo de suicidio. Si bien no se incluyó ningún grupo de control, los autores utilizaron un diseño de series de tiempo interrumpido y encontraron que el número de mujeres de origen turco con contactos hospitalarios registrados debido a intentos de suicidio disminuyó significativamente luego de la implementación de la campaña.52Un programa de apoyo cognitivo conductual entregado por paraprofesionales a refugiados de Myanmar reasentados en los EE. UU.,46 se clasificó como prometedor, pero los resultados solo se centraron en el conocimiento y las actitudes de los proveedores, en lugar de en los resultados de salud mental o comportamiento suicida a nivel individual.

El único registro que se identifica como ambos*Prometedor*y con*Fuerte*Los resultados fueron la intervención Planificación de seguridad y contacto (CASP) diseñada y evaluada por Vijayakumar et al. 2017.49La intervención CASP combinó la Intervención Breve y el Contacto de la OMS27y Planificación de la Seguridad,53y se implementó y evaluó específicamente con personas refugiadas que actualmente viven en situación de desplazamiento. El estudio utilizó un diseño riguroso en el que 20 de los 111 campos de refugiados ubicados en Tamil Nadu eran elegibles para participar debido a que tenían una población de 1000 o más refugiados de Sri Lanka.A continuación, los investigadores seleccionaron aleatoriamente un campo de refugiados para recibir la intervención y otro para servir de control. Antes de la intervención, se llevó a cabo una campaña de concienciación sobre la depresión y el suicidio, seguida de una encuesta en los hogares de los campos de intervención y de control. En cada campamento se encuestó a unos 640 hogares al azar y la intervención se realizó en aquellos con riesgo de suicidio, trastorno depresivo riesgo de suicidio, trastorno depresivo mayor (TDM) o trastorno de estrés postraumático (TEPT) identificados (por ejemplo, la Escala de Beck para la Ideación Suicida; SSI, Centro de Estudios Epidemiológicos Depresión-Revisada; CESD-R, y la Lista de Comprobación de Estrés Postraumático; PCL) previamente validada en poblaciones similares. La intervención se aplicó a los individuos de la encuesta domiciliaria que indicaban ideación suicida pasiva/activa o tenían antecedentes de intento en el SSI, puntuaban por encima de un 16 en el la CESD-R, o puntuaron por encima de 30 en la PCL. Los resultados incluyeron muertes por suicidio, intentos de suicidio suicidio combinado (muertes e intentos), y síntomas de MDD y PTSD.

Los voluntarios de la comunidad (CV) fueron reclutados y entrevistados por el personal de una ONG internacional que trabaja en la zona. Los VC se seleccionaron en función de su interés en el estudio, sus habilidades de empatía y su capacidad para mantener la confidencialidad. Todos los CV siguieron un programa de formación de 20 horas y recibieron un honorario mensual por sus servicios (~15 USD). A cada VC se le asignaron personas elegibles a las que visitaban dos veces al mes. Durante estas visitas, trabajaron con los participantes para enumerar las señales de advertencia, las estrategias de afrontamiento y una lista de apoyo disponible en tarjetas de planificación de la seguridad. Después de cada visita, el CV rellenaba un breve formulario de contacto.Si se consideraba que el participante estaba en riesgo inminente de suicidio, el personal de la ONGI garantizaba la atención necesaria y de seguridad que incluía la remisión al hospital público y la consulta de un psiquiatra profesional voluntario. En el campamento de control, se expusieron carteles con los números pertinentes del personal de la ONGI y a los que se determinó que estaban en riesgo según los resultados de la encuesta de hogares se les proporcionó una lista de recursos locales de salud mental. Los resultados generales del estudio indicaron tasas significativamente menores de intentos de suicidio y de combinación de intentos de suicidio y muertes en el campamento de intervención en comparación con el campamento de control.49 Aunque los resultados de este estudio son especialmente prometedores, aún no se han replicar.

**Tabla 2.**

***Resumen de los registros incluidos, nivel de evidencia y solidez del resultado***

|  | **Referencia** | **Estudiar** | **Descripción de la intervención** | **Diseño del estudio** | **Nivel de** | **Fuerza de** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **población** |  |  | **evidencia** | **Salir** |
|  | **Aichberger et al.,** | **inmigrantes** | **Intervención basada en la población** | **Cuasi-** | ***Potencialmente*** | ***Fuerte*** |
|  | **2015** |  | **para crear conciencia sobre la** | **experimental** | ***prometedor*** |  |
|  |  |  | **depresión y el riesgo de suicidio** |  |  |  |
|  | **Dólar, 2015** | **reasentado** | **Apoyo conductual cognitivo** | **Experimental** | ***Prometedor*** | ***Débil*** |
|  |  | **refugiados** | **entregado por** |  |  |  |
|  |  |  | **paraprofesionales** |  |  |  |
|  | **Hamburguesa y otros,** | **inmigrantes** | **Alcance y caso‐** | **De observación** | ***Poco claro*** | ***Fuerte*** |
|  | **2014** |  | **administración** |  |  |  |
|  | **CMI, 2017** | **Natural** | **MhGAP (capacitación y desarrollo de** | **De observación** | ***Poco claro*** | ***Débil*** |
|  |  | **desastre** | **capacidades y reducción del estigma)** |  |  |  |
|  |  |  | **de los trabajadores de la salud)** |  |  |  |
|  | **Schouler‐Ocak,** | **inmigrantes** | **Campaña de concientización pública** | **De observación** | ***Poco claro*** | ***Moderado*** |
|  | **2014** |  | **y línea directa** |  |  |  |
|  | **Siriwardhana y** | **Refugiados** | **MhGAP (capacitación y desarrollo de** | **Experimental** | ***Poco claro/*** | ***Débil*** |
|  | **Alabama. 2013a** |  | **capacidades y reducción del estigma)** |  | ***Potencialmente*** |  |
|  |  |  | **de los trabajadores de la salud)** |  | ***Prometedor*a** |  |

| **Subedi et al.** | **reasentado** | **Capacitación de trabajadores de la** | **De observación** | ***Poco claro*** | ***Débil*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| **2015** | **refugiados** | **salud y otros guardianes en Mental** |  |  |  |
|  |  | **Primeros Auxilios en Salud** |  |  |  |
| **Vijayakumar y** | **Refugiados** | **Breve Intervención y Contacto y** | **Experimental** | ***Prometedor*** | ***Fuerte*** |
| **Alabama. 2017** |  | **planificación de seguridad entregados** |  |  |  |
|  |  | **por voluntarios de la comunidad** |  |  |  |

**aDocumento de protocolo: los resultados completos aún no se han publicado.**

**4.Hallazgos y recomendaciones**

El suicidio es un problema devastador de salud pública. Sus efectos repercuten en las familias y las comunidades, causando sufrimiento, disminución de la productividad laboral y tensión adicional en los sistemas de salud. Sabemos muy poco sobre el suicidio en las poblaciones de refugiados, particularmente para aquellos que actualmente se encuentran en situación de desplazamiento. Es probable que la escasez de información se deba a la falta de datos relevantes y confiables, el acceso limitado a datos oficiales y la falta de informes sobre comportamientos suicidas debido al estigma y la sensibilidad política.24Dada la carga significativa que el suicidio y los comportamientos asociados tienen sobre los refugiados y sus familias, así como la reducción del suicidio como indicador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, existe una necesidad urgente de que el ACNUR identifique programas prometedores de prevención del suicidio para un mayor desarrollo. y pruebas para reducir el suicidio entre refugiados, desplazados y otras personas apátridas. Los hallazgos clave de esta revisión se describen a continuación, junto con recomendaciones y estrategias de implementación para abordar estos hallazgos.



|  | **Hallazgo** | **Recomendaciones clave** | **Estrategias de implementación** |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |



**HALLAZGO 1:Hay un número limitado de programas de prevención o respuesta al suicidio implementados con poblaciones refugiadas o desplazadas.**

| **1. Los programas efectivos de prevención y respuesta en otros** | **1. Evaluar la viabilidad de intervenciones breves respaldadas por** |
| --- | --- |
| **entornos o con otras poblaciones deben adaptarse, implementarse** | **evidencia para su uso en entornos de refugiados.** |
| **y evaluarse con refugiados. 2. El ACNUR y otras grandes** | **2. Capacitar al personal clave del ACNUR y sus socios en la concientización** |
| **organizaciones internacionales que protegen y ayudan a los** | **sobre el suicidio, la prevención y el contenido relacionado con la lucha** |
| **refugiados y grupos desplazados deben abogar por una mayor** | **contra el estigma a fin de abogar ante los encargados de formular políticas,** |
| **investigación sobre la prevención del suicidio y trabajar para** | **incluidos los líderes gubernamentales locales.** |
| **desestigmatizar el suicidio entre los representantes de los** |  |
| **gobiernos locales.** |  |



**HALLAZGO 2:Hubo pocos diseños de estudio sólidos para los programas de prevención del suicidio en refugiados o grupos relacionados**

| **1. Se necesitan diseños más rigurosos para comprender** | **1. Considerar diseños experimentales o cuasiexperimentales** |
| --- | --- |
| **mejor la eficacia de los programas de prevención y** | **para evaluar los programas de prevención.** |
| **respuesta al suicidio.** | **2. Crear un menú de elementos de mejores prácticas para las** |
| **2. Puede ser útil el uso de elementos de mejores prácticas de** | **intervenciones en torno al suicidio que sean relevantes para los** |
| **estrategias de prevención del suicidio de varios niveles y la** | **entornos de refugiados.** |
| **evaluación de sus efectos.1,25** |  |



**HALLAZGO 3:Los resultados de los estudios de prevención del suicidio entre refugiados o grupos relacionados tienden a ser débiles**



| **1. La investigación y la programación deben centrarse en las personas** | **1. Identificar métodos para identificar a personas con alto riesgo de** |
| --- | --- |
|  |  |
| **en riesgo de suicidio (prevención selectiva e indicativa) y medir el** | **suicidio que puedan implementarse en entornos de refugiados. 2.** |
| **impacto de los programas en los comportamientos y factores de riesgo** | **Encargar un proyecto de análisis de datos sobre el alcance del suicidio** |
| **relacionados con el suicidio.** | **y trastornos relacionados utilizando los datos existentes del ACNUR.** |
| **2. Los datos sobre la mortalidad y la atención médica relacionada** |  |
| **con el suicidio deben recopilarse de forma rutinaria y estar** | **3. Generar un plan sobre cómo implementar la vigilancia en** |
| **disponibles para comprender mejor el alcance del problema e** | **entornos de refugiados y ponerlo a prueba en uno o varios** |
| **informar las intervenciones apropiadas.** | **lugares.** |
| **3. La vigilancia del suicidio y comportamientos relacionados debe** |  |
| **establecerse en los campamentos de refugiados y los entornos de** |  |
| **atención médica, así como en los entornos comunitarios, si es posible.** |  |



**HALLAZGO 4:La mayoría de los programas de prevención o respuesta incluían múltiples componentes, pero pocos eran de varios niveles**

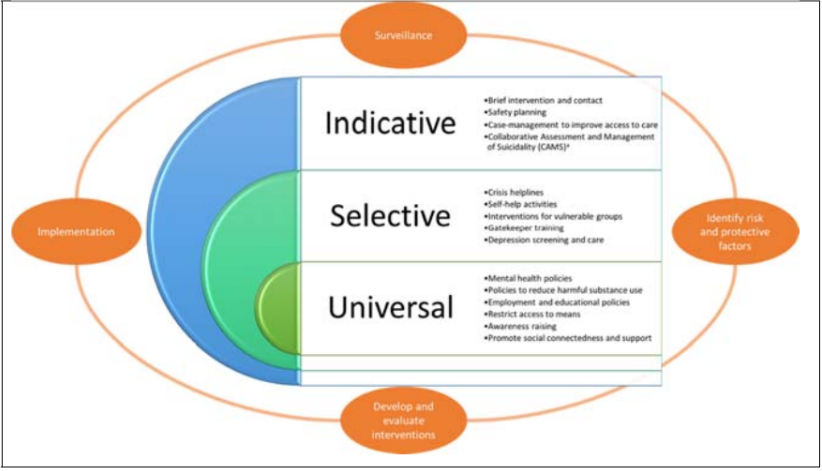
| **1. Debe utilizarse un modelo de salud pública para la prevención del** | **1. Identificar dónde está la responsabilidad de la prevención del suicidio en las** |
| --- | --- |
| **suicidio que incluya la vigilancia, la identificación de los factores de** | **operaciones de campo, incluido el nombramiento o la creación de puntos** |
| **riesgo y de protección, el desarrollo de programas apropiados y la** | **focales específicos.** |
| **implementación y evaluación de estos programas.2** | **2. Enfocar los elementos de mejores prácticas en múltiples niveles y** |
|  | **enfatizar la necesidad de implementar múltiples estrategias y en** |
| **2. Los programas y estrategias deben centrarse en múltiples** | **todos los niveles para abordar completamente el problema.** |
| **niveles de prevención.** |  |

*4.1.Un enfoque de salud pública y de varios niveles para la prevención del suicidio entre las poblaciones de refugiados*

Dada la etiología compleja del suicidio, corresponde a las agencias de salud no solo pensar en los factores de riesgo a nivel individual, sino también en los factores socioecológicos más amplios que contribuyen a este problema.54Esto puede ser particularmente cierto en contextos de refugiados y desplazamiento, ya que estas poblaciones pueden tener una carga adicional debido a las circunstancias que los obligaron a huir de sus hogares y vivir en entornos de bajos recursos con atención de salud mental limitada.24Sobre la base de estos problemas, se recomienda que el ACNUR y otras agencias adopten un enfoque de salud pública y de varios niveles para la prevención del suicidio. En la Figura 3 se muestra un modelo sugerido. Se tomaron ejemplos de intervenciones universales, selectivas e indicativas de revisiones sistemáticas y metanálisis,25,28identificación de elementos de mejores prácticas,1la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos,55y la Organización Mundial de la Salud.2,4,56La idea central es que la prevención del suicidio siempre debe tener lugar en el contexto de un enfoque de salud pública, lo que significa que existe una vigilancia continua del suicidio a través de la recopilación sistemática de datos, el análisis de estos datos para identificar por qué ocurre el comportamiento suicida y quién se ve afectado, diseñando y evaluación de intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible para ver qué programas funcionan y, en última instancia, implementación y ampliación de programas efectivos y monitoreo continuo a través de la vigilancia. El suicidio es un problema complejo con muchos factores que interactúan y aumentan el riesgo. Los factores cambian con el tiempo y afectan a las personas de manera diferente, particularmente en contextos de inestabilidad y cambio continuos, como vivir en situación de desplazamiento. Como tal, necesitamos una vigilancia continua y la combinación de múltiples intervenciones que aborden los factores individuales y contextuales, para reducir de forma eficaz y global el suicidio entre los refugiados y otras personas desplazadas en todo el mundo.

**Figura 3.**

***Un enfoque de salud pública y de varios niveles para la prevención del suicidio***



*4.2.Estrategia sugerida para evaluar en entornos de refugiados*

Con base en la evidencia recopilada de este informe y utilizando un enfoque de salud pública y de varios niveles para la prevención del suicidio, recomendaríamos evaluar un programa que incorpore 1) vigilancia a nivel del sistema de salud y de la comunidad; 2) sensibilización y formación de porteros; 3) cribado del riesgo de suicidio basado en el sistema de salud; y 4) intervención breve y contacto que proporciona planificación de seguridad, conexiones con la atención y recopila más información sobre posibles eventos de suicidio (es decir, factores de riesgo y de protección). En 2018, ACNUR agregó la capacidad de recopilar datos sobre muertes por suicidio, intento de suicidio y autolesiones en el Sistema de Salud para Refugiados. Esto servirá como un primer paso crítico en la vigilancia. Los guardianes de las organizaciones comunitarias serían capacitados y luego podrían informar a las personas en riesgo, o que intentan o mueren este sistema de registro central ampliando el alcance de la vigilancia fuera de un sistema de atención médica. En términos de detección, a pesar de la evidencia reciente que sugiere un valor predictivo positivo bajo para los evaluadores de riesgo de suicidio,57,58Dada la gravedad del problema, aún recomendaríamos instituir una evaluación de la depresión con sondas específicas para aquellos que reportan ideación suicida (por ejemplo, ¿tiene un plan, ha intentado suicidarse antes) o una herramienta de evaluación del riesgo de suicidio establecida, como la Columbia - Escala de valoración de la gravedad del suicidio.59La detección podría realizarse durante las visitas de atención primaria o de la sala de emergencias. Todas las personas que den positivo deben ser reportadas al mismo registro central.

Cualquier persona que sea informada al registro central (a través del Sistema de Salud de Refugiados, Gatekeepers o después de una prueba positiva), será seguida por un trabajador de salud comunitario o una enfermera para recopilar más información, planificar la seguridad y proporcionar referencias. Los datos recopilados en estas visitas de seguimiento podrían ayudar en el desarrollo de intervenciones más específicas dirigidas a grupos en riesgo. Combinado con este enfoque sugerido, permitiría una comprensión integral del alcance del problema a través de la vigilancia, una mayor conciencia y desestigmatización, y contacto y conexión para aquellos en mayor riesgo.

**Referencias**



1. **Van der Feltz‐Cornelis CM, Sarchiapone M, Po****stuvan V, et al. Elementos de mejores prácticas de estrategias multinivel de prevención del suicidio.*Crisis.*2011; 32(6): 319‐333**
2. **Organización WH.*Prevención del suicidio: un imperativo mundial.*Ginebra: Organización Mundial de la Salud;**

**2014.**

1. **Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C‐CASA): clasificación de eventos suicidas en el análisis de riesgo suicida pediátrico de antidepresivos de la FDA.*Revista americana de psiquiatría.*2007;164(7):1035‐1043. Organización Mundial de**
2. **la Salud (OMS). Prevención del suicidio. 2017; http://www.who.int/mental\_health/suicide‐prevention/en/.**
3. **Washington Uo. Herramienta de resultados GBD | GHDx. 2018; http://ghdx.healthdata.org/gbd‐results‐tool.**
4. **Fundación Americana para la Prevención del Suicidio. Estadísticas de Suicidios. 2018.**
5. **Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio. Costos del Suicidio. 2018; https://www.sprc.org/about‐ suicidio/costes.**
6. **Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA, Silverman MM. Suicidio e intentos de suicidio en los Estados Unidos: costos e implicaciones políticas.*Comportamiento suicida y potencialmente mortal.***

**2016;46(3):352‐362.**

1. **Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Tendencias de mitad de año, junio de 2016.**
2. **Vijayakumar LJ, AT Suicidio en refugiados y solicitantes de asilo en salud mental de refugiados y solicitantes de**

**asilo. En: Bhugra DC, T.; Bhui, K., ed.*Salud mental de refugiados y solicitantes de asilo*. Oxford, Nueva**

**York: Oxford University Press; 2010:195‐210.**

1. **Control CfD, Prevención. Suicidio e ideación suicida entre refugiados butaneses‐‐Estados Unidos, 2009‐ 2012.*MMWR Informe semanal de morbilidad y mortalidad.*2013;62(26):533.**
2. **Kirmayer LJ, Narasiah L, Muñoz M, et al. Problemas comunes de salud mental en inmigrantes y refugiados:**

**abordaje general en atención primaria.*Revista de la Asociación Médica Canadiense.***

**2011;183(12):E959‐E967.**

1. **Organización Mundial de la Salud.*Determinantes sociales de la salud mental.*2014.**
2. **Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Asociación de tortura y otros eventos**



**potencialmente traumáticos con resultados de salud mental entre poblaciones expuestas a conflictos y desplazamientos masivos: una revisión sistemática y metanálisis.*Jama.*2009;302(5):537‐**

**549.**



1. **Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depresión y ansiedad en migrantes laborales y refugiados: una revisión sistemática y metanálisis.*Ciencias sociales y medicina.***



**2009;69(2):246‐257.**

**16. Asgary R, Segar N. Barreras para el acceso a la atención médica entre los refugiados solicitantes de asilo.*Revista de* *atención médica para los pobres y desatendidos.*2011;22(2):506‐522.**



1. **Wong EC, Marshall GN, Schell TL, et al. Obstáculos para la utilización de la atención de la salud mental para los refugiados camboyanos estadounidenses.*Revista de Consultoría y Psicología Clínica.*2006;74(6):1116‐1120.**
2. **Akinyemi O, Atilola O, Soyannwo T. Ideación suicida: ¿Los refugiados corren más riesgo en comparación con la población de**

**acogida? Hallazgos de una evaluación preliminar en una comunidad de refugiados en Nigeria.*asiático* *revista de psiquiatría.*2015;18:81‐85.**

1. **Procter NG, De Leo D, Newman L. Prevención del suicidio y autoagresión para personas en inmigración**



**detención.*Med J Aust.*2013;199:730‐732.**

1. **Rahman A, Hafeez A. Los sentimientos suicidas aumentan entre las madres en los campos de refugiados: una encuesta transversal.*Acta Psychiatrica Scandinavica.*2003;108(5):392‐393.**
2. **Hermans MP, Kooistra J, Cannegieter SC, Rosendaal FR, Mook‐Kanamori DO, Nemeth B. Carga de salud y**

**enfermedad entre refugiados en campamentos de refugiados de larga estancia en Lesbos, Grecia. *Revista Europea de Epidemiología.*2017:1‐4.**

1. **Salva a los niños.*Una marea de autolesiones y depresión: el impacto devastador del Acuerdo UE-Turquía en* *niños refugiados y migrantes.*2017.**
2. **Organización Internacional para las Migraciones.*Evaluación de los riesgos y factores de suicidio en un refugiado***



***Campamento en Tailandia.*2017.**



1. **Vijayakumar L. Suicidio entre refugiados: una burla a la humanidad.*Crisis*2016; 37(1): 1‐4.**
2. **Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Revisión de las estrategias de prevención del suicidio: revisión sistemática de 10 años.*La Psiquiatría Lancet.*2016;3(7):646‐659.**
3. **Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Estrategias de prevención del suicidio: una revisión sistemática.*Jama.***

**2005;294(16):2064‐2074.**

1. **Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, et al. Eficacia de la intervención breve y el contacto para los que intentan suicidarse: un ensayo controlado aleatorio en cinco países.*Boletín del Mundo* *Organización de la Salud.*2008;86(9):703‐709.**
2. **Riblet NB, Shiner B, Young‐Xu Y, Watts BV. Estrategias para prevenir la muerte por suicidio: metanálisis de ensayos controlados aleatorios.*El Diario Británico de Psiquiatría.*2017:bjp. pb. 116.187799.**
3. **Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio. Un enfoque integral para la prevención del suicidio. 2018; https://www.sprc.org/efective‐prevention/comprehensive‐approach.**
4. **Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Riesgo de suicidio y resultados adversos relacionados después de la**



**exposición a un programa de prevención del suicidio en la Fuerza Aérea de EE. UU.: estudio de cohortes.*Bmj.***

**2003;327(7428):1376‐1381.**



**31. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, et al. El programa de prevención del suicidio de la Fuerza Aérea de los Estados Unidos: implicaciones para la política de salud pública.*Revista estadounidense de salud pública.*2010;100(12):2457‐2463.**



1. **Alianza Europea contra la Depresión: Inicio. 2018; http://www.eaad.net/.**
2. **Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, et al. La 'Alianza Europea contra la Depresión (EAAD)': Un programa de acción multifacético basado en la comunidad contra la depresión y las tendencias suicidas.*El Diario Mundial de* *Psiquiatría Biológica.*2008;9(1):51‐58.**
3. **Cwik MF, Barlow A, Goklish N, et al. Vigilancia basada en la comunidad y manejo de casos para la prevención**



**del suicidio: un sistema iniciado por tribus de indios americanos.*revista americana de publico***



***salud.*2014;104(S3):e18‐e23.**

1. **Cwik MF, Tingey L, Maschino A, et al. Disminuciones en las muertes e intentos de suicidio vinculados al sistema de prevención y vigilancia del suicidio White Mountain Apache, 2001–2012.*Revista estadounidense de* *salud pública.*2016;106(12):2183‐2189.**
2. **Vijayakumar L, John S, Pirkis J, Whiteford H. Suicidio en los países en desarrollo (2): factores de riesgo.**



***Crisis.*2005;26(3):112‐119.**



1. **Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika W, Konradsen F, Eddleston M. El impacto de las regulaciones**

**de pesticidas sobre el suicidio en Sri Lanka.*Revista internacional de epidemiología.***

**2007;36(6):1235‐1242.**

1. **Vijayakumar L, Jeyaseelan L, Kumar S, Mohanraj R, Devika S, Manikandan S. Una instalación de almacenamiento central**



**para reducir los suicidios con pesticidas: un estudio de viabilidad de la India.*BMC salud pública.***

**2013;13(1):850‐860.**



1. **Ahmadi A, Ytterstad B. Prevención de la autoinmolación mediante intervención comunitaria.*Quemaduras.***

**2007;33(8):1032‐1040.**

1. **Chen H, Mishara BL, Liu XX. Un estudio piloto de intervenciones de mensajes de teléfono móvil con intentos de suicidio en China.*Crisis.*2010; 31(2): 109‐112.**
2. **Conte M, Nazareth Meneghel S, Gewehr Trindade A, et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil.*Ciência & Saúde Coletiva.*2012;17(8).**
3. **Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción de salud mental 2013 ‐ 2020.**

**2015; http://www.who.int/mental\_health/publications/action\_plan/en/.**

1. **Naciones Unidas. Metas de desarrollo sostenible. 2018.**
2. **Enticott J, Buck K, Shawyer F. Encontrar literatura "difícil de encontrar" sobre grupos difíciles de encontrar: una técnica**

**novedosa para buscar literatura gris sobre refugiados y solicitantes de asilo.*Revista internacional de métodos en* *investigación psiquiátrica.*2017; 27(1): e1580.**

**45. Weiss WM, Ugueto AM, Mahmooth Z, et al. Intervenciones de salud mental y prioridades para la investigación de sobrevivientes adultos de tortura y violencia sistemática: una revisión de la literatura.**

***Tortura.*2016;26(1):17‐44.**

1. **Buck PJ.*Expansión de la prestación de servicios de salud mental para la depresión en la comunidad de Birmania en Carolina* *del Norte: un programa de capacitación de paraprofesionales*, Universidad de Duke; 2015.**
2. **Schouler‐Ocak M. Termina con tu silencio, no con tu vida: una campaña de prevención del suicidio para mujeres**

**de origen turco en Berlín. En: van Bergen DDM, AH; Schouler‐Ocak, M., ed.*Comportamiento suicida de***

***inmigrantes y minorías étnicas en Europa*. Alemania: Hogrefe Publishing; 2014:173‐186.**

1. **Hamburguesa IS, B.; Ferber, M.; Luinstra‐Passchier, M.; Ariens, G. Comportamiento suicida en cuatro grupos étnicos en La Haya, Países Bajos, 1987-2010: epidemiología, prevención y cuidados posteriores. En: van Bergen DDM, AH; Schouler‐Ocak, M., ed.*Comportamiento suicida de inmigrantes y minorías étnicas en* *Europa*. Alemania: Hogrefe Publishing; 2014:145‐172.**
2. **Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M. CASP: una intervención**

**de voluntarios de la comunidad para reducir el comportamiento suicida entre los refugiados.**

***Revista Internacional de Psiquiatría Social.*2017;63(7):589‐597.**

1. **Subedi P, Li C, Gurung A, et al. Capacitación en primeros auxilios de salud mental para la comunidad de refugiados butaneses en los Estados Unidos.*Revista internacional de sistemas de salud mental.*2015;9(1):20‐27.**
2. **Cuerpo Médico Internacional (IMC).*La integración de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en los* *centros de atención primaria de la salud en el Nepal posterior al terremoto.*2017.**
3. **Aichberger MC, Montesinos AH, Bromand Z, et al. Tasas de intento de suicidio y efectos de la intervención en mujeres de origen turco en Berlín.*Psiquiatría Europea.*2015;30(4):480‐485.**
4. **Stanley B., Brown GK. Intervención de planificación de seguridad: una intervención breve para mitigar el riesgo de**

**suicidio. *Práctica Cognitiva y Conductual.*2012;19(2):256‐264.**

1. **Knox KL, Conwell Y, Caine ED. Si el suicidio es un problema de salud pública, ¿qué estamos haciendo para prevenirlo? *Revista estadounidense de salud pública.*2004;94(1):37‐45.**
2. **Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). Registro Nacional de**

**Programas y Prácticas Basados en Evidencia. 2018. https://nrepp.samhsa.gov/ProgramProfile.aspx?id=134.**

1. **Organización Mundial de la Salud. Acción de salud pública para la prevención del suicidio: un marco. 2012.**
2. **Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicción de conductas suicidas utilizando instrumentos clínicos: revisión sistemática y metanálisis de valores predictivos positivos para escalas de riesgo.*El Diario Británico de Psiquiatría.*2017; 210(6):387-395.**

**APÉNDICE A. ESTRATEGIA COMPLETA DE BÚSQUEDA DE LITERATURA REVISADA POR PARES**

Resultados totales: 1310

Número de duplicados: 680

Número de resultados únicos: 630

Solicitante: Haroz

**PubMed 28/11/2017 192 resultados**

(“suicide”[tw] OR “suicidal”[tw] OR “suicidality”[tw] OR “psychiatric morbidity”[tw] OR “self harm”[tw]

OR “self‐harm”[tw] OR “parasuicide”[tw] OR "Suicide"[Mesh] OR "Suicidal Ideation"[Mesh] OR "Suicide,

Assisted"[Mesh] OR "Suicide, Attempted"[Mesh]) AND

(“health education”[tw] OR "Health Education"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh] OR

“promotion”[tw] OR “screen”[tw] OR “screened”[tw] OR “screening”[tw] OR “screenings”[tw] OR "Mass

Screening"[Mesh] OR "Education"[Mesh] OR “education”[tw] OR “educate”[tw] OR “teach”[tw] OR

“teaching”[tw] OR “train”[tw] OR “training”[tw] OR "Delivery of Health Care"[Mesh] OR “delivery of

health care”[tw] OR “health system”[tw] OR “health systems”[tw] OR “healthcare delivery”[tw] OR

“health care delivery”[tw] OR “health care systems”[tw] OR “health care system”[tw] OR “healthcare

systems”[tw] OR “healthcare system”[tw] OR “school based”[tw] OR “school‐based”[tw] OR “means

restriction”[tw] OR “school”[tw] OR “schools”[tw] OR “school‐based”[tw] OR "Mass Media"[Mesh] OR

"media"[tw] OR “intervention”[tw] OR “interventions”[tw] OR “strategy”[tw] OR “strategies”[tw] OR

“method”[tw] OR “methods”[tw] OR “response”[tw] OR “responses”[tw] OR “responsive”[tw] OR

“firearms”[tw] OR “guns” OR "Firearms"[Mesh] OR "Drug Overdose"[Mesh] OR “overdose”[tw] OR

“poison”[tw] OR “brief contact”[tw] OR “caring postcard”[tw] OR “caring postcards”[tw] OR

“reduction”[tw] OR "Poisons"[Mesh] OR "Harm Reduction"[Mesh] OR "Risk Reduction Behavior"[Mesh]

OR "Population Surveillance"[Mesh] OR "surveillance"[tw] OR "Problem Solving"[Mesh] OR “problem

solving”[tw] OR “problem‐solving”[tw] OR “solution”[tw] OR “solutions”[tw] OR “resolution”[tw] OR

“resolutions”[tw] OR "Attitude to Health"[Mesh] OR “health attitude”[tw] OR “health attitudes”[tw] OR

“attitude to health”[tw] OR "Recognition (Psychology)"[Mesh] OR “recognition”[tw] OR

"Awareness"[Mesh] OR “awareness”[tw] OR “awareness‐raising”[tw]) AND ("Refugees"[Mesh] OR

"refugee"[tw] OR "refugees"[tw] OR "asylum"[tw] OR "asylums"[tw] OR "displaced"[tw] OR

"displacement"[tw] OR "forced migrant"[tw] OR "forced migrants"[tw] OR "forced migration"[tw])

**Embase 4/12/2017 340 resultados**

('suicide'/exp OR 'suicide' OR 'parasuicide' OR 'suicidal' OR 'suicidality' OR 'psychiatric morbidity' OR 'self

harm' OR 'self‐harm') AND ('health education'/exp OR 'health education' OR 'health promotion'/exp OR

'promotion' OR 'screening'/exp OR 'screen\*' OR 'mass screening' OR 'education'/exp OR 'educat\*' OR

'teach\*' OR 'train\*' OR 'delivery of health care' OR 'health care delivery'/exp OR ‘health system\*’ OR

‘healthcare delivery’ OR ‘health care delivery’ OR ‘health care system\*’ OR ‘healthcare system\*’ OR

‘school based’ OR ‘school‐based’ OR ‘means restriction’ OR ‘school\*’ OR 'school'/exp OR 'mass

medium'/exp OR 'media' OR ‘intervention\*’ OR ‘strategy’ OR ‘strategies’ OR ‘method\*’ OR ‘response\*’

OR ‘responsive’ OR 'firearm'/exp OR 'firearm\*' OR 'gun\*' OR 'drug overdose'/exp OR ‘overdose’ OR

'poison'/exp OR ‘poison\*’ OR ‘brief contact’ OR ‘caring postcard\*’ OR ‘reduction’ OR 'harm

reduction'/exp OR 'risk reduction'/exp OR ‘risk reduction behavior’ OR 'health survey'/exp OR

'estrategias' O 'método\*' O 'respuesta\*' O 'sensible' O 'arma de fuego'/exp O 'arma de fuego\*' O 'arma\*' O 'sobredosis de drogas'/exp O 'sobredosis' O 'veneno'/exp O 'veneno\*' O 'contacto breve' O 'postal solidaria\*' O 'reducción' O 'reducción de daños'/exp O 'reducción de riesgo'/exp O 'conducta de reducción de riesgo' O 'encuesta de salud'/exp O‘surveillance’ OR ‘problem solving’ OR ‘problem‐solving’ OR 'problem solving'/exp OR ‘solutions\*’ OR

‘resolution\*’ OR 'attitude to health'/exp OR ‘health attitude\*’ OR ‘attitude to health’ OR

'recognition'/exp OR ‘recognition’ OR 'awareness'/exp OR ‘awareness’ OR ‘awareness‐raising’) AND

('refugee'/exp OR ‘refugee\*’ OR ‘asylum’ OR ‘forced migrant\*’ OR ‘forced migration’ OR ‘displaced’ OR

‘displacement’)

**Cochrane 5/12/2018 43 resultados**

ID Search Hits

#1 MeSH descriptor: [Suicide] explode all trees 804

#2 parasuicide or "self harm" or self‐harm or "psychiatric morbidity" or "suicide" or "suicidal" or

"suicidality" 4380

#3 MeSH descriptor: [Suicidal Ideation] explode all trees 201

#4 MeSH descriptor: [Suicide, Assisted] explode all trees 1

#5 MeSH descriptor: [Suicide, Attempted] explode all trees 329

#6 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 4380

#7 ("health education" or "promotion" or "screen" or "screened" or "screening" or "screenings" or

"education" or "educate" or "teach" or "teaching" or "train" or "training" or "delivery of health care" or

"health system" or "health systems" or "healthcare delivery" or "health care delivery" or "health care

systems" or "health care system" or "healthcare systems" or "healthcare system" or "school based" or

"school‐based" or "means restriction" or "school" or "schools" or "school‐based" or "media" or

"intervention" or "interventions" or "strategy" or "strategies" or "method" or "methods" or "response"

or "responses" or "responsive" or "firearms" or "guns" or "overdose" or "poison" or "brief contact" or

"caring postcard" or "caring postcards" or "reduction" or "surveillance" or "problem solving" or

"problem‐solving" or "solution" or "solutions" or "resolution" or "resolutions" or "health attitude" or

"health attitudes" or "attitude to health" or "recognition" or "awareness" or "awareness‐raising")

802147

#8 MeSH descriptor: [Health Education] explode all trees 12597

#9 MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees 5828

#10 MeSH descriptor: [Mass Screening] explode all trees 5730

#11 MeSH descriptor: [Education] explode all trees 24613

#12 MeSH descriptor: [Delivery of Health Care] explode all trees 47273

#13 MeSH descriptor: [Mass Media] explode all trees 1764

#14 MeSH descriptor: [Firearms] explode all trees 45

#15 MeSH descriptor: [Drug Overdose] explode all trees94

#16 MeSH descriptor: [Poisons] explode all trees31

#17 MeSH descriptor: [Harm Reduction] explode all trees 117

#18 MeSH descriptor: [Risk Reduction Behavior] explode all trees 1629

#19 MeSH descriptor: [Population Surveillance] explode all trees 760

#20 MeSH descriptor: [Attitude to Health] explode all trees 32841

#21 MeSH descriptor: [Recognition (Psychology)] explode all trees 733

#22 MeSH descriptor: [Awareness] explode all trees 927

#23 #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or

#21 or #22 806571

#24 refugee or refugees or displace or displacement or "forced migrant" or "forced migrants" or

"forced migration" or asylum or asylums 3646

#25 #6 and #23 and #24 43

**Scopus 12/4/2017 319 results**

TITLE‐ABS‐KEY ( "suicide" OR "suicidal" OR "suicidality" OR "psychiatric morbidity" OR "self

harm" OR "self‐harm" OR "parasuicide" )

TITLE‐ABS‐KEY (“health education” OR “promotion” OR “screen\*” OR “educat\*” OR “teach\*” OR “train\*”

OR "Delivery of Health Care" OR “health system\*” OR “healthcare delivery” OR “health care delivery” OR

“health care system\*” OR “healthcare system\*” OR “school based” OR “school‐based” OR “means

restriction” OR “school\*” OR "media" OR “intervention\*” OR “strategy” OR “strategies” OR “method\*”

OR “response\*” OR “responsive” OR “firearms” OR “guns” OR “overdose” OR “poison\*” OR “brief

contact” OR “caring postcard\*” OR “reduction” OR "Harm Reduction" OR "Risk Reduction Behavior" OR

"surveillance" OR “problem solving” OR “problem‐solving” OR “solution\*” OR “resolution\*” OR "Attitude

to Health" OR “health attitude\*” OR "Recognition" OR “awareness” OR “awareness‐raising”)

TITLE‐ABS‐KEY ("Refugee\*" OR "asylum\*" OR "displace\*" OR "forced migrant\*" OR "forced migration")

Web of Science 12/4/2017 237 results

TS=("suicide" OR "suicidal" OR "suicidality" OR "psychiatric morbidity" OR "self harm" OR "self-harm" OR

"parasuicide")

TS=(“health education” OR “promotion” OR “screen\*” OR “educat\*” OR “teach\*” OR “train\*” OR "Delivery of Health

Care" OR “health system\*” OR “healthcare delivery” OR “health care delivery” OR “health care system\*” OR

“healthcare system\*” OR “school based” OR “school-based” OR “means restriction” OR “school\*” OR "media" OR

“intervention\*” OR “strategy” OR “strategies” OR “method\*” OR “response\*” OR “responsive” OR “firearms” OR

“guns” OR “overdose” OR “poison\*” OR “brief contact” OR “caring postcard\*” OR “reduction” OR "Harm Reduction"

OR "Risk Reduction Behavior" OR "surveillance" OR “problem solving” OR “problem-solving” OR “solution\*” OR

“resolution\*” OR "Attitude to Health" OR “health attitude\*” OR "Recognition" OR “awareness” OR “awareness-

raising”)

TS=("Refugee\*" OR "asylum\*" OR "displace\*" OR "forced migrant\*" OR "forced migration")

**PsycINFO 12/4/2017 141 results**

((DE "Suicide") OR (DE "Attempted Suicide") OR (DE "Suicidal Ideation") OR “suicidal” OR “parasuicide”

OR “psychiatric morbidity” OR “self harm” OR “self‐harm” OR “suicidality”) AND (DE "Health Education"

OR “health education” OR DE "Drug Education" OR DE "Health Knowledge" OR DE "Health Promotion"

OR “promotion” OR DE "Psychoeducation" OR DE "Prevention" OR DE "Drug Abuse Prevention" OR DE

"Suicide Prevention" OR DE "Education" OR “educat\*” OR DE "Health Attitudes" OR “health attitude\*”

OR “attitude\* to health” OR DE "Recognition (Learning)" OR “recognition” OR DE "Awareness" OR

“awareness” OR “awareness‐raising” OR DE "Problem Solving" OR “problem solving” OR DE "Risk

Management" OR “risk reduction behavior” OR “problem‐solving” OR “problem solving” OR

“surveillance” OR “solution\*” OR “resolution\*” OR DE "Harm Reduction" OR “harm reduction” OR

“reduction” OR “caring postcard\*” OR “brief contact” OR “poison\*” OR “overdose” OR DE "Firearms" OR

“firearms” OR “guns” OR “response\*” OR “responsive” OR “strategy” OR “strategies” OR “method\*” OR

DE "Crisis Intervention" OR DE "Intervention" OR “intervention\*” OR DE "School Based Intervention" OR

“school based” OR “school‐based” OR DE "Schools" OR “school\*” OR DE "Communications Media" OR

DE "Mass Media" OR “media” OR “means restriction” OR DE "Screening" OR “screen\*” OR DE "Training"

OR “train\*” OR “teach\*” OR DE "Health Care Delivery" OR “delivery of health care” OR DE "Mental

Health Programs" OR DE "Crisis Intervention Services" OR DE "Suicide Prevention Centers" OR DE

"Suicide Prevention Centers" OR DE "Community Mental Health" OR DE "Community Mental Health

Services" OR DE "Community Counseling" OR DE "Community Mental Health Training" OR DE "Mental

Health Services" OR DE "Community Mental Health Services" OR “health system\*” OR “healthcare

delivery” OR “health care delivery” OR “health care system\*” OR “healthcare system\*”) AND (DE

"Refugees" OR DE "Asylum Seeking" OR “refugee\*” OR “asylum” OR “forced migrant\*” OR “forced

migration” OR “displace\*”)

**Global Health (OVID) 38 results 12/5/2017**

(suicide or suicidal or suicidality or psychiatric morbidity or parasuicide or self harm or self‐harm).mp.

[mp=abstract, title, original title, broad terms, heading words, identifiers, cabicodes]

refugee.mp. or refugees/ or forced migrant.mp. or forced migrants.mp. or forced migration.mp. or displace.mp.

or displaced.mp. or displacement.mp. or asylum.mp. [mp=abstract, title, original title, broad terms, heading

words, identifiers, cabicodes]

(health education or promotion or screened or screen or screening or educate or education or teach or

teaching or train or training or Delivery of Health Care or health system or health systems or healthcare

delivery or health care delivery or health care system or health care systems or healthcare system or

healthcare systems or school based or school‐based or means restriction or school or schools or media

or intervention or interventions or strategy or strategies or method or methods or response or

responses or responsive or firearms or guns or overdose or poison or poisons or poisonous or brief

contact or caring postcard or reduction or Harm Reduction or Risk Reduction Behavior or surveillance or

problem solving or problem‐solving or solution or solutions or resolution or resolutions or Attitude to

Health or health attitude or health attitudes or Recognition or awareness or awareness‐raising).mp.

[mp=abstract, title, original title, broad terms, heading words, identifiers, cabicodes]

**APÉNDICE B. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA DE LITERATURA GRIS**

**Organizaciones intergubernamentales (OIG) y Organizaciones no gubernamentales (ONG)**



**Sitios web del Departamento de Salud para los 10 principales países de acogida de refugiados**



**Sitios web de estadísticas nacionales para los 10 principales países de acogida de refugiados**

****

**\*\*"Este documento ha sido traducido de manera doméstica por la OR de Las Américas de la FICR sólo para uso formativo interno" Agosto 2022\*\***