



INFORME FINAL
LICITACIÓN ID 757-69-L116
*Intervenciones Para Prevenir El Suicidio
Adolescente En Centros Educativos*

*Matías Irrarrázaval, Vania Martínez, Alex Behn y Pablo Martínez
Hospital Clínico Universidad de Chile*

*Revisión sistemática de estudios de efectividad,
costo-efectividad, y programas de salud
en establecimientos educativos
destinados a la prevención de conductas suicidas
en adolescentes*

7 de Noviembre, 2016



LICITACIÓN ID 757-69-L116

INFORME FINAL

Tabla de contenido

1. ANTECEDENTES	4
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo General	5
2.2. Objetivos Específicos	5
3. DISEÑO METODOLÓGICO	6
3.1. Protocolo de estudio	6
3.1.1. Registro del protocolo de estudio	6
3.1.2. Criterios de elegibilidad	6
3.1.3. Fuentes de información	10
3.1.4. Estrategias de búsqueda.....	13
3.1.5. Registro de los estudios	21
3.1.6. Extracción de datos.....	22
3.1.7. Priorización de desenlaces.....	23
3.1.8. Riesgo de sesgo de los estudios individuales.....	24
3.1.9. Síntesis de los datos.....	25
4. RESULTADOS	26
4.1. Objetivo específico 1	26
4.1.1. Proceso de selección.....	26
4.1.2. Características de los programas incluidos y evaluación del riesgo de sesgo	28
4.2. Objetivo específico 2	37
4.2.1. Proceso de selección y programas incluidos	37
4.3. Objetivo específico 3	37
4.4. Objetivo específico 4	51
4.4.1. Proceso de Selección	51
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	52
6. REFERENCIAS	57

1. ANTECEDENTES

En Chile, en la década 2000-2009, hubo un aumento de la tasa de suicidios en adolescentes de 1,0 por 100.000 el año 2000, a 1,9 por 100.000 en el año 2009 para el grupo de 10 a 14 años; y de 8,6 a 11,4 por 100.000 en el mismo periodo en el grupo de 15 a 19 años. Es por esto, que el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), se ha propuesto como meta para el 2020 disminuir en 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en este grupo etario, constituyéndose en un objetivo sanitario para la década 2011-2020 en su Estrategia Nacional de Salud.^[1]

El MINSAL ha diseñado el Programa Nacional de Prevención de Suicidio que propone instalar en cada uno de los Servicios Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud 6 componentes: (1) un sistema de información y vigilancia, (2) planes regionales intersectoriales de prevención, (3) capacitación de personal de salud, (4) intervenciones preventivas en colegios, (5) sistemas de ayuda en situaciones de crisis y (6) trabajo con los medios de comunicación.^[2]

El Programa Nacional de Prevención de Suicidio es congruente con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental vigente,^[3] por cuanto pretende abordar la problemática del suicidio en forma integral y temprana, cercana a la comunidad, motivo por el cual se apoya en un importante trabajo intersectorial.^[2] Al respecto, si bien es cierto que la atención primaria de salud (APS) puede jugar un rol protagónico, es sabido que existen barreras de acceso a los establecimientos de la APS,^[4-5] y que los establecimientos educacionales ofrecen la posibilidad de intervenir en forma precoz, asegurando el acceso a la población objetivo.

Considerando estos antecedentes, la revisión de la evidencia científica nacional e internacional sobre el papel que pueden desempeñar los establecimientos educacionales en la prevención del suicidio adolescente, contribuirá a la elaboración de orientaciones técnicas para el país con el fin de dar cumplimiento a los objetivos sanitarios de la década, y fortalecerá el trabajo intersectorial necesario en el marco del desarrollo del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Por ello, se realizará una revisión sistemática de la literatura para identificar programas para la detección y prevención de conductas suicidas en adolescentes escolarizados entre 10 a 19 años de edad, que se hayan desarrollado en establecimientos educacionales y que cuenten con evaluación de impacto.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Generar una revisión sistemática y dirigida de la literatura, para identificar programas de detección y prevención del riesgo suicida adolescente, desarrollados en establecimientos de enseñanza básica (mayor a 10 años), media o superior, que cuenten con evidencia de evaluación de su impacto y cuya implementación esté bien documentada.

2.2. Objetivos Específicos

1. Búsqueda sistemática de la literatura de programas y de la evaluación de su impacto, con respecto a la detección y prevención del riesgo suicida adolescente (entre 10 a 19 años), que se lleven a cabo en establecimientos educacionales básicos (mayor a 10 años), secundarios o superiores a nivel mundial.
2. Búsqueda dirigida de literatura gris de programas y de sus evaluaciones de impacto, con respecto a la detección y prevención del riesgo suicida adolescente, que se lleven a cabo en establecimientos educacionales secundarios o superiores a nivel mundial.
3. Recopilación y reporte de las guías, manuales o protocolos de implementación de los programas que cuentan con evaluación y hayan sido seleccionados en la revisión sistemática.
4. Revisión sistemática de estudios de costo-efectividad de programas o intervenciones de detección y prevención del riesgo suicida adolescente (entre 10 a 19 años).
5. Generación de informes, tablas y presentaciones que den cuenta del cumplimiento de los objetivos anteriores.
6. Participación en reuniones con integrantes de contraparte técnica y otros definidos por ésta, para la discusión y consensos de determinados aspectos de este trabajo.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Protocolo de estudio

La publicación de la declaración PRISMA para protocolos de revisiones sistemáticas y meta- análisis^[6], ha provisto de razones contundentes para la generación y reporte del presente protocolo de estudio, facilitando una mirada crítica en términos prospectivos y la transparencia para con el proceso de investigación. Esta revisión sistemática y dirigida de la literatura se apegará a las convenciones establecidas por la Colaboración Cochrane en el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones^[7], que se ha constituido en un valor de referencia en cuanto a síntesis de la evidencia.

3.1.1. Registro del protocolo de estudio

El registro del presente protocolo se encuentra en curso, por lo que estará disponible en el sitio web de International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) (<http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>).

3.1.2. Criterios de elegibilidad

La especificación previa de los criterios de elegibilidad de estudios es uno de los aspectos que distinguen a las revisiones sistemáticas de otro tipo de revisiones de la literatura.^[7] Se ha tomado en cuenta el acrónimo PICO (Participantes, Intervenciones, Comparaciones y Desenlaces), sugerido por la Colaboración Cochrane, para determinar los criterios de inclusión y exclusión; y, adicionalmente se ha realizado la necesaria distinción entre los estudios y las publicaciones (o registros), siendo estas últimas las fuentes de información de un estudio, tales como revistas, capítulos de libros u otros documentos.^[7] La Colaboración Cochrane insiste en que esta diferenciación es importante para documentar claramente el proceso de revisión.^[7]

En términos operativos, este estudio consiste de tres revisiones de la literatura relacionadas (Objetivos Específicos 1, 2, y 4), pero con distintos criterios de elegibilidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

En base a la estrategia PICO, se han determinado los siguientes criterios de inclusión para los estudios.

- **Participantes**

Adolescentes escolarizados entre 10 a 19 años de edad, que asisten a establecimientos educacionales de nivel básico, secundario o superior.

- **Intervenciones**

La revisión efectuada por Florenzano y Bustamante,^[8] permitirá considerar intervenciones de las siguientes características:

1. Programas que incorporan psico-educación suicidio en los currículos escolares.
2. Programas de psico-educación sobre suicidio dirigidos a estudiantes de educación superior.
3. Programas de psico-educación sobre enfermedades mentales comúnmente asociadas a suicidio en adolescentes y jóvenes (depresión y abuso de sustancias).
4. Entrenamiento a profesores, escolares o estudiantes superiores para detectar individuos en riesgo.
5. Entrenamiento de gatekeepers (capacitación a actores de establecimientos educacionales para asistir a estudiantes con riesgo o en crisis suicida)
6. Programas de screening para detectar riesgo suicida.

Adicionalmente, basándose en Katz et al.,^[9] se propone incorporar estudios que calculen efectos para las siguientes intervenciones no especificadas en Florenzano y Bustamante:^[8]

1. Entrenamiento de pares (peer leadership training).
2. Entrenamiento de habilidades para la promoción de factores protectores.

- **Comparaciones**

Comparación entre una o más intervenciones descritas en el punto anterior, intervenciones pre- existentes en establecimientos educacionales (programa o tratamiento habitual), lista de espera, placebo (no hay un componente activo), o medidas repetidas pre-intervención en los mismos sujetos.

- **Desenlaces**

Las medidas de desenlace reportadas en los estudios deben ser pensamientos o conductas relacionadas con el suicidio, según Silverman

et al.^[10] Por ejemplo, ideación suicida, comunicaciones o conductas suicidas (autolesión, intento o suicidio), con o sin intencionalidad de provocar una muerte auto-infligida. Estos desenlaces serán considerados como medidas de resultados primarias, y han de ser registradas con el uso de instrumentos validados o indicadores adecuados y confiables. No se considera criterio de elegibilidad el período de seguimiento para observar alguno de estos desenlaces.

- **Contexto**

Los estudios deben haber sido realizados o reportar datos extraídos en establecimientos educativos de enseñanza básica, secundaria o superior, de cualquier región o país del mundo.

- **Diseño del estudio**

La Colaboración Cochrane reconoce que la inclusión de ensayos clínicos aleatorios en revisiones sistemáticas sobre la efectividad de intervenciones apunta a la posibilidad de responder ‘correctamente’ una pregunta de investigación (validez interna).^[7] No obstante, el objetivo de esta revisión no pone el acento exclusivamente en la validez interna de los estudios incluidos, sino en su potencial de generalización y aplicabilidad en el contexto chileno, por lo que se pretende el mejor ajuste entre validez interna y externa.

Al respecto, el Grupo Cochrane de Consumidores y Comunicación^[11] aclara el concepto de Estudios No Aleatorizados (ENA) propuesto por el Manual Cochrane,^[7] de tal modo que, en forma adicional a los ensayos clínicos aleatorios, se propone la inclusión de otros tres diseños de estudios que evalúen la efectividad de intervenciones:

1. Ensayos controlados cuasi-aleatorios, corresponden a ensayos clínicos en los que el método de asignación no es aleatorio.
2. Estudios pre-post con grupo control, llevados a cabo en dos sitios de intervención y dos sitios de control, con mediciones concurrentes en ambos grupos, y con grupos comparables en características claves (por ejemplo, sexo, edad, nivel socioeconómico, etc.).
3. Series de tiempo interrumpidas, con varias evaluaciones pre y post, al menos tres de cada una.

En forma adicional, se considerarán revisiones sistemáticas o meta-análisis que incorporen estudios primarios de las características previamente mencionadas, o bien que aborden políticas, programas, estrategias, leyes, regulaciones o fiscalización a escala población, de

conglomerados o individuales, de salud, educación, desarrollo social o cualquier área que reporte impacto sobre la detección y prevención del riesgo suicida adolescente (entre 10 a 19 años), que se lleven a cabo en establecimientos educacionales básico, secundarios o superiores. La consideración de este tipo de estudios de segundo orden permitirá identificar estudios primarios que sean potencialmente pertinentes para esta revisión.

Por otra parte, se han determinado los siguientes criterios de inclusión para las publicaciones:

- **Lenguaje**

Publicaciones en inglés, alemán o español.

- **Límite de tiempo**

Las publicaciones deben haber sido registradas durante los últimos 15 años.

- **Tipo de publicación**

Sin restricciones, se incluirán publicaciones en revistas, independientes de si estas son o no revisadas por pares.

Finalmente, se excluirán aquellas publicaciones que:

1. No provean datos suficientes o interpretables.
2. No evalúan efectos medidos empíricamente.
3. Correspondan a duplicados o versiones más antiguas o parciales de una misma revisión.
4. No presenten resultados, esto incluye a los protocolos de estudio.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Los autores estiman que es necesario flexibilizar los criterios de elegibilidad para adaptarse a las fuentes de información, por lo tanto los criterios para responder al Objetivo Específico 1 fueron relativizados (por ejemplo, no se impondrá límite de tiempo).

Se priorizará la búsqueda de políticas, estrategias, programas, guías clínicas, y artículos de revisión publicados en las páginas webs de organismos seleccionados (ver sección Objetivo Específico 2: Fuentes de información), cuya área de interés sea la prevención del suicidio en adolescentes (10 a 19 años) interviniendo en escuelas.

Es deseable que la evidencia recabada haya realizado evaluaciones de impacto, y que registren los desenlaces de interés explicitados para el Objetivo Específico 1 (pensamientos o conductas relacionadas con el suicidio).

Se excluirán aquellas publicaciones orientadas al público general.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Los criterios de elegibilidad serán los mismos que los señalados en el Objetivo Específico 1, con la excepción del diseño de estudio.

a. Diseño de estudio

Se modifican y reemplazan los tipos de estudios señalados en el Objetivo Específico 1 para incluir solo estudios de evaluaciones económicas que cumplan con el resto de los criterios de elegibilidad (Participantes, Intervenciones, Comparadores, Desenlaces y Contexto).

Una evaluación económica completa se definió como cualquier estudio en el que se llevó a cabo una comparación de dos o más alternativas pertinentes, con los costos y resultados examinados por separado para cada alternativa. Esto incluye evaluaciones de costo-efectividad (incluido análisis costo-consecuencia) que expresen resultados de salud en unidades naturales; análisis costo-utilidad, que midan utilidad o años de unidades de utilidad (utility-weighted life-years); y los análisis de costo-beneficio, que midan beneficios en forma monetaria.^[7]

Se excluirán los estudios en los que se llevó a cabo cualquier aspecto de la detección o intervención fuera de los establecimientos educacionales.

3.1.3. Fuentes de información

En términos generales, dependiendo de la particularidad de cada una de las fuentes de información, se utilizarán combinaciones simples de términos de vocabulario controlado o texto libre. Si fuese necesario, se aplicarán técnicas de depuración o estrategias tipo “bola de nieve” mediante las funciones de artículos relacionados o similares de las bases de datos. Se revisará el listado de referencias de los artículos seleccionados para facilitar la identificación de estudios relevantes.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Se realizará una búsqueda sistemática de evidencia en las siguientes fuentes de información: Cochrane Library (Cochrane Central Register of Controlled Trials [CENTRAL]), CINAHL, EMBASE, LILACS, MEDLINE (PubMed), y PsycINFO.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Dado que las publicaciones debieran encontrarse preferentemente en fuentes asociadas a agencias gubernamentales u organizaciones multinacionales, se condicionará la búsqueda a las siguientes páginas web:

1. ClinicalTrials.gov: clinicaltrials.gov/
2. Department of Health (Gran Bretaña): gov.uk/government/organisations/departament-of-health
3. EU Clinical Trials Register: clinicaltrialsregister.eu/
4. European Centre for Disease Prevention and Control: ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx
5. Federal Office of Public Health (Suiza): bag.admin.ch/index.html?lang=en
6. Health Canada: hc-sc.gc.ca/
7. International Association for Suicide Prevention: iasp.info/
8. London School of Economics and Political Science: lse.ac.uk/
9. Ministère de la Santé Publique et de la Population (Haití): mspp.gouv.ht/
10. Ministère des Affaires sociales et de la Santé (Francia): social-sante.gouv.fr
11. Ministerio de Salud (Bolivia): minal.gob.bo/
12. Ministerio de Salud (Nicaragua): minsa.gob.ni/
13. Ministerio de Salud de Chile: minsal.cl/
14. Ministerio de Salud de Costa Rica: ministeriodesalud.go.cr/
15. Ministerio de Salud de El Salvador: salud.gob.sv/
16. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina): msal.gob.ar/
17. Ministerio de Salud de la República de Panamá: minsa.gob.pa/
18. Ministerio de Salud del Perú: minsa.gob.pe/
19. Ministerio de Salud Pública (Ecuador): salud.gob.ec/

20. Ministerio de Salud Pública de Cuba: sld.cu/
21. Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana: sespas.gov.do/
22. Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay: msp.gub.uy/
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Guatemala): mepas.gob.gt/
24. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay): mepsbs.gov.py/
25. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia: minsalud.gov.co/
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España): msssi.gob.es/
27. Ministero della Salute (Italia): salute.gov.it/portale/p5_11.jsp
28. Ministério de Saúde (Brasil): portalsaude.saude.gov.br/
29. Ministerio del Poder Popular para la Salud (Venezuela) : mpps.gob.ve/
30. Ministry of Health and Care Services (Noruega): regjeringen.no/en/dep/hod/id421/#
31. Ministry of Health and Social Affairs (Suecia): government.se/government-of-sweden/ministry-of-health-and-social-affairs/
32. National Institutes of Health (NIH, USA): nih.gov/
33. Pan American Health Organization: paho.org/
34. Secretaría de Salud (Honduras): salud.gob.hn/
35. Secretaría de Salud (México): gob.mx/salud
36. The United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF): unicef.org/
37. United Nations (UN): un.org/
38. World Health Organization: who.int/
39. World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP): apps.who.int/trialserach/

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

En forma adicional a las fuentes de información del Objetivo Específico 1 (CENTRAL, CINAHL, EMBASE, LILACS, PubMed y PsycINFO), se realizarán búsquedas en la base de datos del Centre for Reviews and Dissemination (CRD) y en las páginas web del National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

3.1.4. Estrategias de búsqueda**OBJETIVO ESPECÍFICO 1**

- CENTRAL

1. [mh "Child"] OR [mh "Adolescent"] OR [mh "Students"]
2. [mh "School Health Services"] OR [mh "Primary Prevention"] OR [mh "mass screening"] OR [mh "Health Education"] OR (prevent*:ti,ab) OR (school*:ti,ab OR educat*:ti,ab) NEAR/3 facilities:ti,ab)
3. [mh "Self-Injurious Behavior"] OR [mh "Suicide"] OR (suicid*:ti,ab) OR ("life- threatening":ti,ab) OR (harm:ti,ab NEAR/3 behavior:ti,ab)
4. [mh "Clinical Protocol"] OR ("Study Protocol":ti)
5. #1 AND #2 AND #3 6. #5 NOT #4

- CINAHL

1. ((MH "Child+") OR (MH "Adolescence+") OR (MH "Students+"))
2. ((MH "School Health Services+") OR (MH "Preventive Health Care+") OR (MH "Health Screening+") OR (MH "Health Education+") OR (TI Primary Prevention) OR (AB Primary Prevention) OR (TI Screening) OR (AB Screening) OR (TI Prevent*) OR (AB Prevent*) OR (TI School* N3 Facilities) OR (AB Educat* N3 Facilities))
3. ((MH "Suicide+") OR (MH "Self-Injurious Behavior+") OR (TI suicid*) OR (AB suicid*) OR (TI "life-threatening") OR (AB "life-threatening") OR (TI harm N3 behavior) OR (AB harm N3 behavior))
4. ((MH "Experimental Studies+") OR (MH "Random Assignment") OR (MH "Placebos") OR (MH "Control Group") OR (MH "Meta Analysis") OR (MH "Systematic Review") OR (TI Time Series Analysis) OR (AB Time Series Analysis) OR (TI Time Trend) OR (AB Time Trend) OR (TI Trend Analysis) OR (AB Trend Analysis) OR (TI Before After Stud*) OR (AB

Before After Stud*) OR (TI Pretest Posttest) OR (AB Pretest Posttest)
OR (TI Pre Test Post Test) OR (AB Pre Test Post Test) OR (TI Pre/Post
Test) OR (AB Pre/Post Test) OR (MH "Quasi-Experimental Studies+"))

5. ((MH "Research Protocols") OR (TI Clinical Protocol) OR (AB Clinical
Protocol) OR (TI Study Protocol) OR (AB Study Protocol))
6. S1 AND S2 AND S3 AND S4
7. S6 NOT S5

■ EMBASE

1. 'Child'/exp OR 'Adolescent'/exp OR 'Students'/exp
2. 'School Health Services'/exp OR 'Primary Prevention'/exp OR 'Mass
Screening'/exp OR 'Health Education'/exp OR 'prevent*':ab,ti OR
(('school*':ab,ti OR 'educat*':ab,ti) adj3 facilities)
3. 'Suicide'/exp OR 'Self-Injurious Behavior'/exp OR 'Suicid*':ab,ti OR 'life-
threatening':ab,ti OR (harm:ab,ti adj3 behavior)
4. 'clinical trial'/exp OR 'clinical trial (topic)'/exp OR 'intervention
study'/exp OR 'randomization'/exp OR 'placebo'/exp OR 'control
group'/exp OR 'meta analysis'/exp OR 'meta analysis (topic)'/exp OR
'systematic review'/exp OR 'systematic review (topic)'/exp OR 'quasi
random*':ab,ti OR 'time series analysis'/exp OR 'time trend':ab,ti OR
'trend analysis':ab,ti OR 'interrupted time series':ab,ti OR 'pretest
posttest control group design'/exp OR 'pretest posttest design'/exp OR
'controlled before and after stud*':ab,ti OR 'controlled before-after
stud*':ab,ti OR 'before after stud*':ab,ti OR 'pretest posttest':ab,ti OR
'pre test post test':ab,ti OR 'pre/post test':ab,ti OR 'quasi experimental
study'/exp
5. 'clinical protocol'/exp OR 'study protocol':ti
6. #1 AND #2 AND #3 AND #4 7. #6 NOT #5

■ LILACS

1. (MH Child) OR (MH Adolescent) OR (MH Students)
2. (MH School Health Services) OR (MH Primary Prevention) OR (MH Mass
Screening) OR (MH Health Education) OR (TW prevent\$) OR ((TW
school\$ OR TW educat\$) AND TW facilities).

3. (MH Self-Injurious Behavior) OR (MH Suicide) OR (TW Suicid\$) OR (TW "life-threatening") OR (TW harm\$ AND TW behavior)
 4. (MH Clinical Trial) OR (MH Random Allocation) OR (MH Placebos) OR (MH Control Groups) OR (PT Meta-Analysis) OR (TW "Systematic Review\$") OR (TW "Quasi-Random\$") OR (MH Interrupted Time Series Analysis) OR (TW "Time Series") OR (TW "Time Trend") OR (TW "Trend Analysis") OR (MH Controlled Before-After Studies) OR (TW "Before After Study") OR (TW "Pretest Posttest") OR (TW "Pre Test Post Test") OR (TW "Pre/post-test") OR (TW "Quasi-experiment*")
 5. (MH Clinical Protocol) OR (TW "Study Protocol")
 6. #1 AND #2 AND #3 AND #4 7. #6 NOT #5
- PubMed
 1. (Child[Mesh] OR Adolescent[Mesh] OR Students[Mesh])
 2. (School Health Services[Mesh] OR Primary Prevention[Mesh] OR Mass Screening[Mesh] OR [Health Education] OR prevent*[Title/Abstract] OR ((school*[Title/Abstract] OR educat*[Title/Abstract]) n3 facilities))
 3. (Suicide[Mesh] OR Self-Injurious Behavior[Mesh] OR Suicid*[Title/Abstract] OR "Life- Threatening"[Title/Abstract] OR (harm[Title/Abstract] n3 behavior))
 4. (Clinical Trial[Publication Type] OR Clinical Trials as Topic[Mesh] OR Random Allocation[Mesh] OR Placebos[Mesh] OR Control Groups[Mesh] OR Meta- Analysis[Publication Type] OR Systematic Review[Title/Abstract] OR Quasi- Random*[Title/Abstract] OR Interrupted Time Series Analysis[Mesh] OR Time Series[Title/Abstract] OR Time Trend[Title/Abstract] OR Trend Analysis[Title/Abstract]) OR Controlled Before-After Studies[Mesh] OR Before After Study[Title/Abstract] OR pretest posttest[Title/Abstract] OR pre test post test[Title/Abstract] OR pre/post-test[Title/Abstract] OR Quasi-experiment*[Title/Abstract])
 5. (Clinical Protocol[Mesh] OR Study Protocol[Title])
 6. #1 AND #2 AND #3 AND #4 7. #6 NOT #5
 - PsycINFO
 1. Ti=child* OR ab=child* OR ti=adolescen* OR ab=adolescen* OR it={Students}

2. ((ti=school* OR ab=school* OR ti=educat* OR ab=educat*) NEAR/3 "health service*") OR it={Prevention} OR it={Screening} OR it={Health Education} OR ti=prevent* OR ab=prevent* OR ((ti=school* OR ab=school* OR ti=educat* OR educat*) NEAR/3 facilities)
3. It={Suicide} OR it={Self-Injurious Behavior} OR ti=suicid* OR ab=suicid* OR ti="life- threatening" OR ab="life-threatening" OR ((ti=harm OR ab=harm) NEAR/3 behavior))
4. It={Clinical Trials} OR ti=random* OR ab=random* OR it={Placebo} OR it={Experiment Controls} OR it={Meta Analysis} OR it={Literature Review} OR ti="systematic review" OR ab="systematic review" OR ti="quasi-random*" OR ab="quasi-random*" OR it={Repeated Measures} OR ti="interrupted time series" OR ab="interrupted time series" OR ti="time series" OR ab="time series" OR ti="time trend" OR ab="time trend" OR ti="trend analysis" OR ab="trend analysis" OR it={Pretesting} OR it={Posttesting} OR ti="controlled before- after" OR ab="controlled before-after" OR ti="before after" OR ab="before after" OR ti="pretest posttest" OR ab="pretest posttest" OR ti="pre test post test" OR ab="pre test post test" OR ti="pre/post-test" OR ab="pre/post-test" OR it={Between Group Design} OR it={Quasi Experimental Methods}
5. Ti="clinical protocol" OR ti="study protocol"
6. 1 AND 2 AND 3 AND 4
7. 6 NOT 5

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Se utilizará como motor de búsqueda Google (google.com) o Google Scholar (scholar.google.com), realizándose búsquedas para cada página web de las entidades seleccionadas, ingresando en el cuadro de búsqueda la identificación del sitio con la función site (por ejemplo, site:who.int/), y el resto de términos que se presentan a continuación:

1. Child* OR Niño* OR Infant* OR Adolescent* OR Student* OR Estudiante* OR Escolar*
2. "School Health" OR "Salud Escolar" OR Preven* OR Screening OR Tamizaje OR Cribado OR "Health Education" OR Educat* OR "School* Facilities" OR "Educat* Facilities" OR "Establecimientos Educativos"
3. Suicid* OR "Self-injur*" OR "autoles*" OR "auto-les*" OR "autolit*" OR "Life-threatening"
4. #1 AND #2 AND #3

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

- Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
 1. MeSH DESCRIPTOR Child EXPLODE ALL TREES
 2. MeSH DESCRIPTOR Adolescent
 3. MeSH DESCRIPTOR Students EXPLODE ALL TREES
 4. (#1 OR #2 OR #3)
 5. MeSH DESCRIPTOR School Health Services EXPLODE ALL TREES
 6. MeSH DESCRIPTOR Primary Prevention EXPLODE ALL TREES
 7. MeSH DESCRIPTOR Mass Screening EXPLODE ALL TREES
 8. MeSH DESCRIPTOR Health Education EXPLODE ALL TREES
 9. (Prevent* OR ((School* OR educat*) NEAR3 facilities))
 10. (#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9)
 11. MeSH DESCRIPTOR Suicide EXPLODE ALL TREES
 12. MeSH DESCRIPTOR Self-Injurious Behavior EXPLODE ALL TREES
 13. (Suicid* OR Life-threatening OR (harm NEAR3 behavior))
 14. (#11 OR #12 OR #13)
 15. MeSH Costs and Cost Analysis EXPLODE ALL TREES
 16. ((Econom* NEAR3 Evaluati*) OR (Cost* NEAR3 Effect*))
 17. (#15 OR #16)
 18. MeSH Clinical Protocol
 19. (Study Protocol):TI
 20. (#18 OR #19)
 21. (#4 AND #10 AND #14 AND #17)
 22. (#21 NOT #20)

■ CENTRAL

1. [mh "Child"] OR [mh "Adolescent"] OR [mh "Students"]
2. [mh "School Health Services"] OR [mh "Primary Prevention"] OR [mh "mass screening"] OR [mh "Health Education"] OR (prevent*:ti,ab) OR ((school*:ti,ab OR educat*:ti,ab) NEAR/3 facilities:ti,ab)
3. [mh "Self-Injurious Behavior"] OR [mh "Suicide"] OR (suicid*:ti,ab) OR ("life- threatening":ti,ab) OR (harm:ti,ab NEAR/3 behavior:ti,ab)
4. [mh "Costs and Cost Analysis"] OR [econom*:ti,ab NEAR/3 evaluati*:ti,ab] OR [cost*:ti,ab NEAR/3 effect*:ti,ab]
5. [mh "Clinical Protocol"] OR ("Study Protocol":ti)
6. #1 AND #2 AND #3 AND #4
7. #6 NOT #5

■ CINAHL

1. ((MH "Child+") OR (MH "Adolescence+") OR (MH "Students+"))
2. ((MH "School Health Services+") OR (MH "Preventive Health Care+") OR (MH "Health Screening+") OR (MH "Health Education+") OR (TI Primary Prevention) OR (AB Primary Prevention) OR (TI Screening) OR (AB Screening) OR (TI Prevent*) OR (AB Prevent*) OR (TI School* N3 Facilities) OR (AB Educat* N3 Facilities))
3. ((MH "Suicide+") OR (MH "Self-Injurious Behavior+") OR (TI suicid*) OR (AB suicid*) OR (TI "life-threatening") OR (AB "life-threatening") OR (TI harm N3 behavior) OR (AB harm N3 behavior))
4. ((MH "Costs and Cost Analysis+") OR (MH "Economic Aspects of Illness") OR (TI econom* N3 evaluati*) OR (AB econom* N3 evaluati*) OR (TI cost* N3 effect*) OR (AB cost* N3 effect*))
5. ((MH "Research Protocols") OR (TI Clinical Protocol) OR (AB Clinical Protocol) OR (TI Study Protocol) OR (AB Study Protocol))
6. S1 AND S2 AND S3 AND S4
7. S6 NOT S5

- EMBASE

1. 'Child'/exp OR 'Adolescent'/exp OR 'Students'/exp
2. 'School Health Services'/exp OR 'Primary Prevention'/exp OR 'Mass Screening'/exp OR 'Health Education'/exp OR 'prevent*':ab,ti OR (('school*':ab,ti OR 'educat*':ab,ti) adj3 facilities)
3. 'Suicide'/exp OR 'Self-Injurious Behavior'/exp OR 'Suicid*':ab,ti OR 'life-threatening':ab,ti OR (harm:ab,ti adj3 behavior)
4. 'costs and cost analysis'/exp OR 'economic aspects of illness'/exp OR ('econom*':ab,ti adj3 'evaluati*':ab,ti) OR ('cost*':ab,ti adj3 'evaluati*':ab,ti)
5. 'clinical protocol'/exp OR 'study protocol':ti
6. #1 AND #2 AND #3 AND #4
7. #6 NOT #5

- LILACS

1. (MH Child) OR (MH Adolescent) OR (MH Students)
2. (MH School Health Services) OR (MH Primary Prevention) OR (MH Mass Screening) OR (MH Health Education) OR (TW prevent\$) OR ((TW school\$ OR TW educat\$) AND TW facilities).
3. (MH Self-Injurious Behavior) OR (MH Suicide) OR (TW Suicid\$) OR (TW "life-threatening") OR (TW harm\$ AND TW behavior)
4. (MH Costs and Cost Analysis) OR (TW Econom\$ AND TW evaluate\$) OR (TW Cost\$ AND TW effect\$)
5. (MH Clinical Protocol) OR (TW "Study Protocol")
6. #1 AND #2 AND #3 AND #4
7. #6 NOT #5

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Búsqueda en scholar.google.com

1. Site:nice.org.uk/
2. Child* OR Infant* OR Adolescent* OR Student*

3. "School Health" OR Prevent* OR Screening OR "Health Education" OR Educat* OR "School* Facilities" OR "Educat* Facilities"
4. Suicid* OR "Self-injur*" OR "Life-threatening"
5. Cost* OR Econom*
6. #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5

■ PubMed

1. (Child[Mesh] OR Adolescent[Mesh] OR Students[Mesh])
2. (School Health Services[Mesh] OR Primary Prevention[Mesh] OR Mass Screening[Mesh] OR [Health Education] OR prevent*[Title/Abstract] OR ((school*[Title/Abstract] OR educat*[Title/Abstract]) n3 facilities))
3. (Suicide[Mesh] OR Self-Injurious Behavior[Mesh] OR Suicid*[Title/Abstract] OR "Life- Threatening"[Title/Abstract] OR (harm[Title/Abstract] n3 behavior))
4. (Costs and Cost Analysis[Mesh] OR (Econom*[Title/Abstract] n3 evaluati*) OR (Cost*[Title/Abstract] n3 effect*))
5. (Clinical Protocol[Mesh] OR Study Protocol[Title])
6. #1 AND #2 AND #3 AND #4
7. #6 NOT #5

■ PsycINFO

1. Ti=child* OR ab=child* OR ti=adolescen* OR ab=adolescen* OR it={Students}
2. ((ti=school* OR ab=school* OR ti=educat* OR ab=educat*) NEAR/3 "health service*") OR it={Prevention} OR it={Screening} OR it={Health Education} OR ti=prevent* OR ab=prevent* OR ((ti=school* OR ab=school* OR ti=educat* OR educat*) NEAR/3 facilities)
3. It={Suicide} OR it={Self-Injurious Behavior} OR ti=suicid* OR ab=suicid* OR ti="life- threatening" OR ab="life-threatening" OR ((ti=harm OR ab=harm) NEAR/3 behavior))
4. It={Costs and Cost Analysis} OR (ti=econom* NEAR/3 evaluati*) OR (ti=cost* NEAR/3 effect*)

5. Ti="clinical protocol" OR ti="study protocol"
6. 1 AND 2 AND 3 AND 4
7. 6 NOT 5

3.1.5. Registro de los estudios

Si bien las secciones anteriores especificaron criterios de elegibilidad y estrategias de búsqueda específicos para los Objetivos de esta revisión, la estrategia para el manejo de la información será común, salvo que se indique lo contrario.

Todos los registros (publicaciones), encontrados mediante las estrategias de búsqueda serán consolidados en un listado único de referencias, construido en forma independiente para cada uno de los Objetivos Específicos. La administración de los registros se efectuará con la asistencia del software EndNote™ Online, versión básica, que en un primer momento simplifica la identificación y eliminación de registros duplicados.

La selección de las publicaciones elegibles se encontrará a cargo de dos autores que revisarán en forma independiente y en duplicado cada registro o estudio para determinar su elegibilidad. Este proceso se divide en dos fases:

1. Screening: La revisión de títulos y resúmenes permite la reducción de grandes volúmenes de información para seleccionar aquellos que, de acuerdo a los datos aportados por los registros, sean juzgados como relevantes y pertinentes por los autores, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Los autores discutirán conjuntamente los resultados de este proceso, determinándose el grado de acuerdo y forzando el acuerdo mediante el juicio de un tercer autor. En caso que un registro no permita adecuadamente su descarte, éste pasará a la próxima fase.
2. Texto completo: Aquellas publicaciones que fueran calificadas como elegibles o sobre las que persistan dudas, serán revisadas a texto completo. En esta fase PRISMA sugiere transparentar cuáles fueron los motivos de exclusión.^[6] Adicionalmente, la depuración del proceso de revisión permite identificar en esta etapa las múltiples publicaciones de un solo estudio, siendo relevante para no repetir datos. El listado de referencias para la identificación de publicaciones adicionales será revisado solo en aquellos estudios que sean incluidos o bien en las revisiones sistemáticas que cumplan con los criterios de elegibilidad.

La recolección de la información provista por los estudios será efectuada por dos revisores independientes, utilizando el formato recomendado por la Colaboración Cochrane en el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones.^[7] La información obtenida será sometida al mismo proceso de discusión explicitado anteriormente.

3.1.6. Extracción de datos

Para cada estudio, se considerará la extracción de los siguientes datos:

1. País de origen y año de realización.
2. Diseño del estudio, tamaño de la muestra, duración de la intervención, período de seguimiento.
3. Población objetivo: considerando características del establecimiento educativo (nivel educativo y financiamiento), y de los individuos (tales como edad, sexo, nivel socioeconómico, etnia, y ruralidad).
4. Instrumentos o indicadores utilizados para el registro de los desenlaces priorizados (ver sección Priorización de Desenlaces), los momentos en los cuales se evalúan y sus valores iniciales.
5. Características de la intervención (y comparador):
 - a. Nombre.
 - b. Tipo de intervención, de acuerdo a categorías propuestas por Bustamante y Florenzano,^[8] y Katz,^[9]. Cabe mencionar que estas categorías son susceptibles de modificación en base a los hallazgos.
 - c. Objetivo de la intervención: promoción, prevención, detección temprana o primera respuesta.
 - d. Detalles de la intervención: contenidos y administración (quién, cómo y cuándo).
 - e. Integridad de la intervención, considerando aspectos propuestos por Dane y Schneider.^[12]
 - f. Nivel de estandarización de la intervención, según la existencia de protocolo o manual.
6. Los desenlaces de interés (ver sección Priorización de Desenlaces), registrándose tamaño del efecto (diferencias, correlaciones o razones) y significación estadística.

7. Fuentes de uso de recursos y costos por unidad (exclusivo para estudios de costo- efectividad).
8. Perspectiva del análisis, es decir, el nivel de análisis sobre el que se calculan los costos, por ejemplo, la familia, el sistema educacional o el sistema de salud (exclusivo para estudios de costo-efectividad).

3.1.7. Priorización de desenlaces

DESENLACES PRIMARIOS

Los estudios incluidos deben reportar los niveles basales y de seguimiento para los desenlaces de interés. Considerando que los períodos de seguimiento pueden ser distintos entre los estudios (y al interior de estos), es deseable que estos sean prolongados (por ejemplo, un año de seguimiento o más).

Respecto del desenlace en cuestión, cabe mencionar que la terminología suicida es variada y ha sido fuente de debates,^[13] sin embargo, la nomenclatura de O'Carroll et al. ha probado ser una de las más operativas y ampliamente utilizada,^[14] siendo posteriormente revisada por Silverman et al.^[10]

Consideramos que el concepto de “pensamientos y conductas relacionadas al suicidio”, como es definido por Silverman et al.,^[10] permite adecuadamente operacionalizar el término “conductas suicidas” según es presentado en las bases de esta licitación (“...un amplio espectro que va desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible y lamentable consumación de este acto”).

De acuerdo a lo anterior, los estudios deben reportar, al menos, una de las siguientes medidas de desenlace enmarcadas en el concepto de “pensamientos y conductas relacionadas al suicidio”:^[10,13] ideaciones, comunicaciones o conductas suicidas (autolesión, intento suicida o suicidio), para las que puede o no haber existido un grado determinado de intención de provocar una muerte auto-infligida.

Los desenlaces deben haber sido registrada con el uso de cuestionarios validados o indicadores adecuados.

Los estudios deben reportar medidas del efecto de las intervenciones, tales como Riesgo Relativo (RR) u Odds Ratio (OR) para variables dicotómicas o diferencias de medias para variables continuas. Estos indicadores deben ser reportados junto a los niveles de significancia estadística.

DESENLACES SECUNDARIOS

Los desenlaces bajo este encabezado no son indispensables, sin embargo, aplican para estos las mismas condiciones que para los desenlaces primarios.

Se considerarán referencia a servicios de salud por riesgo suicida (atención primaria, especialidad o urgencia), satisfacción de los adolescentes con la intervención y grado de conocimiento sobre la temática del suicidio en la población intervenida.

3.1.8. Riesgo de sesgo de los estudios individuales

El Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones destaca que la evaluación del riesgo de sesgo es un aspecto central a evaluar en los estudios incluidos, permitiendo juzgar la validez interna de estos al examinar la presencia de errores sistemáticos que pudieron haber llevado a los autores de los estudios individuales a sobreestimar o subestimar el verdadero efecto de las intervenciones, constituyéndose en fuente de heterogeneidad entre los diversos estudios.^[7]

La presente revisión permite la inclusión de distintos diseños de estudios, desde ensayos clínicos aleatorios hasta estudios no aleatorizados, pasando por evaluaciones económicas. La Colaboración Cochrane refiere que cada uno de estos tipos de estudios está sujeto a diferentes fuentes de sesgo, siendo probablemente los ensayos clínicos aleatorios los que cuentan con un mayor arsenal de herramientas para evaluar el riesgo de sesgo.^[7]

Sin embargo, el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones dispone de una Herramienta para la Evaluación del Riesgo de Sesgo,^[7] que si bien fue desarrollado para el examen de los ensayos clínicos aleatorios puede ser aplicado a otro tipo de estudios en forma genérica. La herramienta señalada establece seis fuentes de sesgo bien definidas (por ejemplo, la generación de la secuencia aleatoria, el cegamiento de los evaluadores, y la notificación selectiva, entre otras), a las que debiesen agregarse el riesgo de sesgo debido a factores de confusión, la comparabilidad basal entre los grupos, y procedimientos como pareamiento o estratificación para controlar por sesgos, para una evaluación adecuada de estudios no aleatorizados.^[7]

En el caso de los estudios de costo-efectividad, el análisis del riesgo de sesgo se realizará según los procedimientos descritos por Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones,^[7] lo que contempla la evaluación crítica de la calidad metodológica con la lista de verificación de Drummond et al.^[15]

3.1.9. Síntesis de los datos

Esta revisión de la literatura considera la realización de una síntesis narrativa de los estudios incluidos con el objetivo de sistematizar la evidencia disponible de programas para la detección y prevención del riesgo suicida adolescente desarrollados en establecimientos educacionales y que cuenten con evaluación de impacto que incorpore los desenlaces de interés.

Se considerará el riesgo de sesgo en la discusión sobre la efectividad y costo-efectividad de las intervenciones específicas, y un análisis narrativo de las posibles fuentes de heterogeneidad de los resultados. Complementariamente, se examinará si el conjunto de pruebas disponibles permiten establecer la efectividad de la intervención, su contundencia (tamaño del efecto) y consistencia entre los distintos estudios.

La síntesis se efectuará considerando subgrupos, por ejemplo, según el tipo de población, medidas de desenlace, entre otras; siendo facilitada por el uso de tablas comparativas. Especial atención merecerá la diferenciación de grupos según tipos de programas descritos previamente:

1. Psico-educación sobre suicidio o sobre enfermedades mentales comúnmente asociadas a suicidio (depresión y abuso de sustancias) en los currículos escolares o dirigidos a estudiantes de educación superior.
2. Entrenamiento a profesores, escolares o estudiantes superiores para detectar individuos en riesgo, de gatekeepers (capacitación a actores de establecimientos educacionales para asistir a estudiantes con riesgo o en crisis suicida), de pares (peer leadership training) y de habilidades destinados a promover factores protectores.
3. Screening para detectar riesgo suicida.

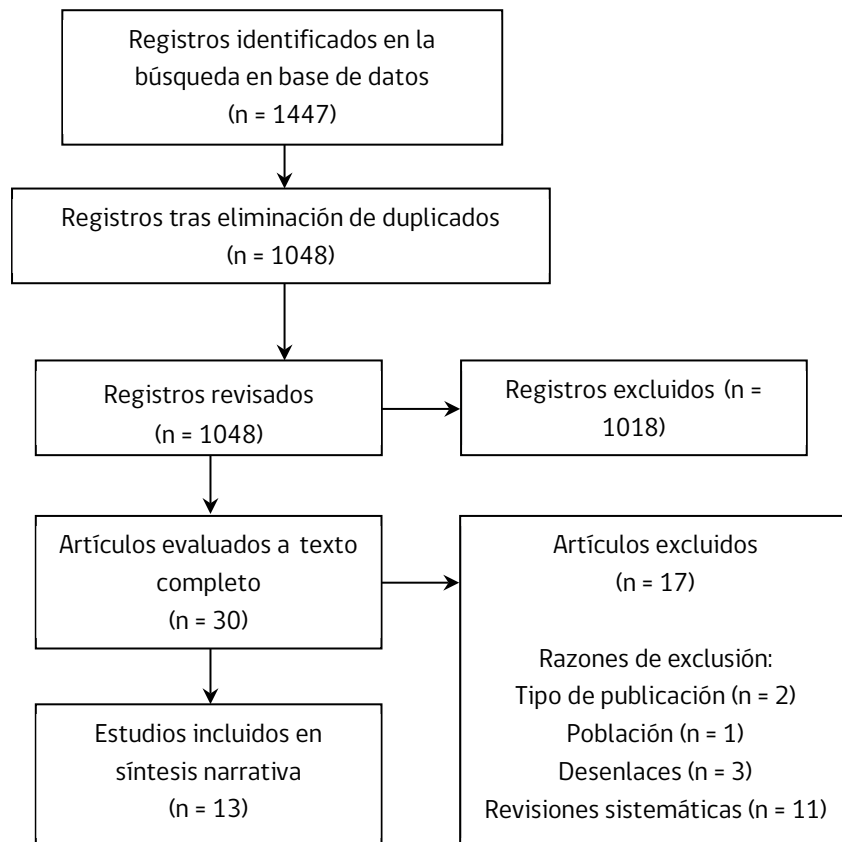
4. RESULTADOS

4.1. Objetivo específico 1

4.1.1. Proceso de selección

La búsqueda en las bases de datos seleccionadas identificó 1447 registros. Tras la eliminación de duplicados, 1048 registros fueron sometidos a la revisión de títulos y resúmenes. El proceso de selección se sintetiza en la Figura 1.

Figura 1. Flujograma PRISMA.^[6]



La fase de revisión de títulos y resúmenes llevó a la exclusión de 1018 registros, dejando 30 artículos para evaluación a texto completo, de los que 17 publicaciones fueron excluidas por los motivos señalados en la Figura 1, cabe mencionar que de estas 11 correspondían a revisiones sistemáticas que no supusieron el hallazgo de estudios primarios adicionales.

Finalmente, las 13 publicaciones sobre evaluación de programas permitieron la inclusión de 5 programas (Tabla 1).

Tabla 1. Estudios y publicaciones incluidas.

Estudios	Publicaciones
Care, Assess, Respond, Empower (CARE) & Coping and Support Training (CAST)[17-21]	Thompson EA, Eggert LL, Randell BP, et al. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. Am J Public Health 2001; 5:742-52.[17] Eggert LL, Thompson EA, Randell BP, et al. Preliminary Effects of Brief School-Based Prevention Approaches for Reducing Youth Suicide-Risk Behaviors, Depression, and Drug Involvement. J Child Adolesc Psych Nurs 2002; 15(2):48-64.[18] Hooven C, Herting JR, Snedker KA. Long-term Outcomes for the Promoting CARE Suicide Prevention Program. Am J Health Behav 2010; 34(6):721-736.[19] Hooven C, Walsh E, Pike KC. Promoting CARE: Including Parents in Youth Suicide Prevention. Fam Community Health 2012; 35(3):225-235.[20] Randell BP, Eggert LL, Pike KC. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. Suicide Life Threat Behav 2001; 31(1):41-61.[21]
Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)[22] QPR YAM ProfScreen	Wasserman D, Hoven C, Wasserman C, et al. School-Based Suicide Prevention Programmes: The SEYLE Cluster-Randomised, Controlled Trial. Lancet 2015; 385(9977):1536-1544.[22]
Skills For Life Programme for Adolescents[23]	Gravesteyn C, Diekstra R, Sklad M, et al. The Effects of a Dutch School- Based Social and Emotional Learning Programme (SEL) on Suicidality in Adolescents. Int J Ment Health Prom 2011; 13(4): 4-16.[23]

SOS Suicide Prevention Program[24-26]	Aseltine RH, DeMartino R. An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. Am J Public Health 2004; 94(3):446-451.[24] Aseltine RH, James A, Schilling EA, et al. Evaluating the SOS Suicide Prevention Program: a replication and extension. BMC Public Health 2007; 7:161.[25] Schilling EA, Lawless M, Buchanan, et al. "Signs of Suicide" shows promise as a middle school suicide prevention program. Suicide Life Threat Behav 2014; 44(6):653-667.[26]
Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program[27-29]	King KA, Strunk CM, Sorter MT. Preliminary Effectiveness of Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program on Adolescents' Suicidality and Self-Efficacy Performing Help-Seeking Behaviors. J Sch Health 2011; 81(9):581-590.[27] Strunk CM, King KA, Vidourek RA, et al. Effectiveness of the Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program: An Impact Evaluation Utilizing a Comparison Group. Health Educ & Behav 2014; 41(6):605-613.[28] Strunk CM, Sorter MT, Ossege J, et al. Emotionally Troubled Teens' Help-Seeking Behaviors: An Evaluation of Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program. J School Nurs 2014; 30(5):366-375.[29]

4.1.2. Características de los programas incluidos y evaluación del riesgo de sesgo

La Tabla 2 sintetiza las principales características de los programas, facilitando la comparación entre estos. Cuando las publicaciones de un mismo programa reportaron modificaciones importantes (por ejemplo, aplicaciones en otras poblaciones, adición de otros componentes a la intervención, etc.), se ha optado por presentar las publicaciones por separado en la Tabla 2. En la Tabla 3 se muestran los resultados de la evaluación del riesgo de sesgo.

Los programas incluidos en esta revisión fueron evaluados con estudios cuasi-experimentales pre- test post-test con grupo control,^[23,27-29] ensayos controlados cuasi-aleatorios,^[17-21] y ensayos clínicos aleatorios.^[22,24-26] La evidencia proviene de países desarrollados, principalmente de Estados Unidos,^[17-21,24-29] Holanda,^[22-23] y países de la Unión Europea,^[22] involucrando a más de 200 establecimientos educativos de nivel secundario.

En total, participaron más de 18.300 adolescentes entre 14 a 19 años, con una tendencia a la sobre-representación de los primeros niveles de la educación secundaria (14 – 15 años de edad). Al respecto, la primera aplicación del programa CARE-CAST,^[17-18,21] en Estados Unidos, fue la que incorporó al menor

número de participantes (n=341), mientras que SEYLE, intervención multicéntrica en distintos países de la Unión Europea, involucró a más de 11.000 estudiantes.^[22] En general, las muestras son variadas en términos de nivel socioeconómico y composición étnica, en todas participan adolescentes de ambos sexos. No se otorgan suficientes datos sobre el número de proveedores de la intervención o algunas características de estos (p. ej., edad, sexo, años de experiencia, experiencia previa en el manejo de suicidio, etc.), aunque se menciona que estos correspondían a personal especialmente entrenado, fueran profesionales de salud mental o relacionado, o personal de las mismas escuelas.

Con la excepción de CARE-CAST^[17-21] y SEYLE,^[22] todos los estudios revisados evaluaron la efectividad de los programas frente a un comparador caracterizado como “grupo control”,^[23-29] sobre el que existe escaso nivel de información provisto por los reportes, por lo que no resulta del todo claro si los adolescentes que no fueron sometidos a la intervención accedieron a algún programa ya existente o eran derivados a servicios especializados. En cambio, CARE-CAST^[17-21] y SEYLE^[22] pusieron a prueba la efectividad de distintas intervenciones para la prevención del suicidio, comparándolas con un “programa habitual” en el que se evaluó el riesgo suicida y se activaron recursos en escuela y familia^[17-21], o con la disposición de material educacional en las escuelas que facilitaba la identificación de situaciones de riesgo y la búsqueda de ayuda en adolescentes, contando con derivación asistida.^[22]

La mayoría de los programas incorporaron al menos un componente en el que se evaluaba el riesgo suicida asistido por algún instrumento estandarizado,^[17-22,24-26] hubo un caso en que se entrenó a los adolescentes para reconocer el riesgo suicida en sí mismos o en sus pares.^[27-29] En forma complementaria, la psico-educación sobre el suicidio o problemas de salud mental asociados (p. ej., depresión, ansiedad, o uso de drogas),^[17-18,21-29] y el entrenamiento de habilidades en los adolescentes, tales como el control emocional,^[17-18,21-26] el control de conductas suicidas,^[22,24-29] técnicas de resolución de problemas,^[22-23,27-29] o habilidades de comunicación y de búsqueda de ayuda,^[23,27-29] fueron estrategias comúnmente utilizadas. En menor medida se implementaron intervenciones que contenían entre sus componentes la consejería breve y conexiones con las redes de apoyo del adolescente.^[17-21] CARE-CAST^[17-21] y SEYLE,^[22] fueron los únicos programas que entre sus componentes además de incorporar a estudiantes,^[17-22] otorgaron un papel más relevante a gatekeepers (profesores y personal de los establecimientos educacionales),^[22] y padres/apoderados en la prevención del suicidio,^[19-20] siendo los primeros entrenados en el reconocimiento del riesgo suicida y en habilidades de apoyo y facilitación de búsqueda de ayuda,^[22] mientras que, en forma adicional, los familiares recibieron entrenamiento para la reducción de conflictos, el control emocional del adolescente y primeros auxilios en caso de riesgo suicida.^[19-20]

En general, los programas han probado su efectividad en el aumento de la auto-eficacia,^[17-21,23,25- 29] y la reducción del riesgo de suicidio a corto^[19-20,23-26,28] y largo plazo,^[22] así como en la reducción de síntomas de psicopatología asociada al riesgo de suicidio en el corto y largo plazo.^[19-20]

La evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos (Tabla 3), permitió identificar a SELYE como un programa cuya evaluación de efectividad posee un bajo riesgo de sesgo en todas las dimensiones evaluadas,^[22] en cambio, la información reportada en Skills for Life^[23] y Surviving the Teens®,^[27-29] sugiere un alto riesgo de sesgo en ítems como “generación de la secuencia aleatoria”, “ocultación de la secuencia aleatoria” y “ciego de participantes y personal”. Problemas que se deben al diseño cuasi-experimental de los estudios en los que se evaluó la efectividad de estos programas.^[23,27-29] Surviving the Teens®,^[27-29] además, presentó un bajo porcentaje de seguimiento de participantes, por lo que en el ítem “datos de desenlace incompletos” fue evaluado con un alto riesgo de sesgo.

Cabe destacar que en la síntesis del riesgo de sesgo a través de los estudios el ítem “notificación selectiva” fue uno de los mejores evaluados,^[17-18,21-29] sugiriendo que los desenlaces pre- especificados fueron descritos en su totalidad en la sección de resultados; mientras que en el ítem “datos de desenlace incompletos” el riesgo de sesgo fue alto o poco claro (con la excepción de SEYLE, que se evaluó con un bajo riesgo de sesgo), debido a pérdidas al seguimiento, el análisis de información con datos completos, o bien porque no se reportó suficiente información para emitir algún juicio de valor al respecto.

Tabla 2. Características de los programas para la prevención del suicidio basados en establecimientos educacionales

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Integridad de la intervención	Desenlaces
Care, Assess, Respond, Empower (CARE) & Coping and Support Training (CAST) ^[17-18,21]	Ensayo controlado cuasi-aleatorio que compara la efectividad de dos intervenciones versus tratamiento habitual. Seguimiento a las 4 y 10 semanas, y 9 meses.	Estudiantes de educación media (n=341; 14 a 19 años; 40% blancos, 41-52% hombres, 53-58% minorías étnicas) provenientes de 7 escuelas de zonas urbanas en el noreste de Estados Unidos. Sujetos en riesgo de deserción escolar y suicidio potencial.	C-CARE (n=117): Entrevista de evaluación de riesgo suicida, consejería breve, y conexión con recursos existentes en la escuela y en hogar (padres). CAST (n=103): C-CARE más programa de prevención grupal de 12 sesiones para el manejo del ánimo, control del uso de drogas y desempeño escolar. Tratamiento habitual (n=121): simula un programa habitual con entrevista de evaluación y conexión con recursos existentes. Evaluaciones realizadas con High School Questionnaire, cuestionario ad-hoc para evaluar riesgo suicida, factores protectores personales y familiares.	Analizan factores que pudieran influir en la atrición. No encuentran diferencias significativas entre los grupos.	CAST produce un aumento en el autocontrol y afrontamiento (F=3.97, p<.02), resolución de problemas (F=7.6, p<.001), y apoyo familiar percibido (F=3.34, p<.05). CAST y C-CARE disminuyen depresión (F=4.66, p<.01), y fortalecen autoestima (F=7.57, p<.001) y metas familiares (F=5.94, p<.01). Los tres grupos mostraron disminuciones similares en las conductas de riesgo suicidas, problemas de control de ira y estrés familiar.
Care, Assess, Respond, Empower (CARE) & Coping and Support Training (CAST) ^[19-20]	Ensayo controlado cuasi-aleatorio que compara la efectividad de tres intervenciones versus tratamiento habitual. Seguimiento a 1 mes, 2.5, 9, 15 meses, 2.5 y 8 años.	Estudiantes de educación media (n=530; M=15.9 años; 61% mujeres, 67% blancos) provenientes de 20 escuelas de zonas urbanas y suburbanas del noreste de Estados Unidos. Sujetos con riesgo suicida.	C-CARE (n=153): Ídem que estudio previo, ^[17-18,21] más sesión de refuerzo a los 2.5 meses. P-CARE (n=155): Intervención grupal destinada a padres para el aprendizaje de estrategias de prevención del suicidio: habilidades de apoyo y comunicación, reducción de conflictos y manejo del ánimo de jóvenes. Más entrevista breve de evaluación de riesgo suicida (SYSR) y sesión de refuerzo a los 2.5 meses. P&C-CARE (n=164): Combina adolescentes que reciben C-CARE y sus padres que reciben P-CARE. Tratamiento habitual (n=143): Ídem que estudio previo, ^[17,18,21] más evaluación con SYSR.	C-CARE: 88% de retención en ambas sesiones. P-CARE: 81.5% retención en ambas sesiones.	C&P-CARE produce una disminución de los pensamientos suicidas (p<.001) y amenazas suicidas directas (p<.05) en comparación a IAU. Adicionalmente, C-CARE y C&P-CARE disminuye depresión (p<.01; p<.01), ansiedad (p<.05; p<.001), y rabia (p<.05; p.01). Se observó un aumento del control personal en C-CARE (p.05) y C&P-CARE (p<.001), y de la solución de problemas y apoyo familiar en C&P-CARE (p<.01). En el largo plazo (2.5 y 8 años), C-CARE disminuye la depresión en forma significativa, P-CARE la rabia, y P&C-CARE la depresión y la rabia.

Continuación Tabla 2. Características de los programas para la prevención del suicidio basados en establecimientos educacionales

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Integridad de la intervención	Desenlaces
Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) ^[22]	Ensayo clínico multicéntrico, aleatorio, por conglomerados, estratificado por tamaño de escuela (en cada país), que compara tres intervenciones y un grupo control. Seguimiento a los 3 meses y a los 12 meses.	Estudiantes (n=11110; Mediana=15 años ^[RIQ 14-15] ; 59% mujeres) de 168 escuelas públicas en 10 países de la Unión Europea. Se excluyeron aquellos con intentos suicidas previos, ideación suicida severa en las últimas dos semanas previas a evaluación basal, y quienes tuvieran datos perdidos en esas dos variables.	QPR (n=2692): Intervención selectiva, programa de formación de gatekeepers para el reconocimiento de estudiantes en riesgo suicida, entrenamiento en habilidades de comunicación y para facilitar la búsqueda de atención profesional de estos adolescentes. YAM (n=2721): Intervención universal, programa de psico-educación en problemas de salud mental (suicidio, ansiedad y depresión) y entrenamiento en habilidades para enfrentar los factores adversos, el estrés y las conductas suicidas. ProfScreen (n=2764): Intervención selectiva o indicada, programa de tamizaje en que los estudiantes en riesgo fueron invitados a una evaluación clínica por profesional de salud mental y en los casos necesarios se refirieron a servicios clínicos especializados. Grupo control (n=2933): 6 pósters educacionales ubicados en la sala de clases. Estudiantes que reconocen necesidad de ayuda fueron contactados con los proveedores locales de atención.	La asignación aleatoria a los grupos es a nivel de escuelas, evitando la contaminación entre los grupos. 88% de seguimiento a los 3 meses. 81% de seguimiento a los 12 meses.	No hubo diferencias significativas en los intentos de suicidio o la gravedad de la ideación suicida entre las intervenciones y el grupo control a los 3 meses de seguimiento, ni a los 12 meses de seguimiento para el caso de QPR y ProfScreen versus el grupo control. A los 12 meses de seguimiento, YAM redujo significativamente los intentos de suicidio (Odds Ratio [OR] 0.45, 95% CI 0.24-0.85; p=.014) y la ideación suicida severa (OR 0.50, 95% CI 0.27- 0.92; p=.025), comparado con el grupo control. A los 12 meses, YAM disminuyó el riesgo relativo de intentos de suicidio en un 54.6%, y en un 49.6% para los casos de ideación suicida severa. Se requiere que 167 adolescentes reciban YAM para reducir un intento de suicidio al año, mientras que para reducir un caso de ideación suicida severa al año es necesario que 200 sean sometidos a YAM.
Skills For Life Programme for Adolescents ^[23]	Estudio cuasi-experimental pre-test post-test para evaluar la efectividad de la intervención versus grupo control. Seguimiento a las 2- 3 semanas, 9 y 12 meses.	Estudiantes de educación media (n=740; M=14,4 años; 65,1% hombres en intervención y 45,3% en control) provenientes de 11 escuelas en Rotterdam, Holanda. Las escuelas representan a distintos tipos de educación secundaria (vocacional, científico, etc.).	Skills For Life (n=307): Intervención universal dirigida a estudiantes y administrada por profesores. Programa de psico-educación y entrenamiento en habilidades generales (resolución de problemas interpersonales, regulación emocional, y pensamiento crítico), y específicas (otorgar y facilitar la búsqueda de ayuda para estudiantes deprimidos, enfrentar el bullying, establecer y respetar límites respecto del uso de drogas y conductas sexuales). Grupo control (n=433): Escuelas sin intervención.	No se reporta el grado de adherencia a los componentes de intervención, ni datos de desenlaces incompletos para el seguimiento. Se señala que profesores recibieron entrenamiento, sesiones de refuerzo, y fueron supervisados para asegurar la fidelidad al protocolo. La contaminación del grupo control es poco probable por la asignación.	Los resultados sugieren que la intervención reduce la suicidalidad en el corto plazo ($\beta=-0,11$; $p<0,01$), mediante un aumento de la autoestima. Los efectos de la intervención sobre la autoestima y la suicidalidad en el largo plazo no se mantienen significativos, aún cuando la intervención mantiene un efecto significativo sobre la expresión de emociones negativas ($\beta=-1,01$; $p<0,05$), la intención de utilizar habilidades sociales y emocionales ($\beta=0,09$; $p<0,01$), y la auto-eficacia ($\beta=-0,12$; $p<0,01$).

Continuación Tabla 2. Características de los programas para la prevención del suicidio basados en establecimientos educacionales

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Integridad de la intervención	Desenlaces
SOS Suicide Prevention Program ^[25]	Ensayo clínico aleatorio que compara la intervención con grupo control. Solo evaluación post-test, a los 3 meses de la intervención.	Estudiantes de educación media (59% hispanicos, 20% afroamericanos) de 5 escuelas públicas de EEUU (n=2100). Muestra diversa, mayoritariamente jóvenes de nivel socioeconómico bajo.	Signs of Suicide (SOS) (n=1027): Intervención universal dirigida a estudiantes y administrada por educadores, orientadores y administrativos de las escuelas. Programa de psico-educación en currículo, se expone un video de situaciones con signos de suicidalidad y depresión y las formas recomendadas de responder a ellas, y se realiza discusión guiada en grupo. Además realizan evaluación personal con Escala de Depresión de Columbia (CDS) y se realiza derivación de acuerdo a puntaje. Grupo control (n=1073): Lista de espera, control recibe la intervención a los tres meses de seguimiento.	No se describe grado de adherencia a los componentes de la intervención, calidad de la administración, ni medidas de respuesta del participante a la intervención. No se reportan medidas de protección contra la difusión del tratamiento.	La exposición a SOS se asocia a significativamente menos intentos de suicidio auto-reportados (Coeficiente de Efecto =-.467) Estudiantes en SOS tienen aproximadamente un 40% menos de probabilidad de reportar un intento de suicidio en los últimos 3 meses comparados con el grupo control (OR=0.628). Tasa de intentos de suicidio reportados fue de un 5.4% en el grupo control, en comparación con un 3.6% en el grupo intervención. Exposición al programa SOS también se asoció a mayor conocimiento sobre la depresión y el suicidio, y más actitudes adaptativas hacia estos problemas.
SOS Suicide Prevention Program ^[24-26]	Estudio corresponde al año 2 (2002-2003) del estudio previo, ^[25] efectuado durante 2001-2002.	Estudiantes de educación media de 9 nuevas escuelas públicas de EEUU (5 anteriores más 4 nuevas). La adición de las nuevas escuelas generaron un aumento substancial de jóvenes blancos de los suburbios.	Signs of Suicide (SOS) (n=2039): Ídem que estudio previo. ^[25] Se reemplaza CDS, por la escala de Tamizaje Breve para Depresión Adolescente (BSAD) para realizar derivaciones. Grupo control (n=2094): Ídem que estudio previo. ^[25]	No se describe grado de adherencia a los componentes de la intervención, calidad de la administración, ni medidas de respuesta del participante a la intervención. No se reportan medidas de protección contra la difusión del tratamiento.	Se observaron niveles significativamente más bajos de intentos de suicidio y mayor conocimiento y actitudes adaptativas sobre la depresión y el suicidio en el grupo intervención, con respecto al grupo control. (Intentos de suicidio: Tamaño Efecto=-.47), Conocimiento: Tamaño Efecto=.59, Actitudes: Tamaño efecto= .25). La raza, etnicidad, nivel educacional y género no influyen en el impacto de la intervención en ninguna de las variables evaluadas.

Continuación Tabla 2. Características de los programas para la prevención del suicidio basados en establecimientos educacionales

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Integridad de la intervención	Desenlaces
Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program ^[27-29]	Estudio cuasi-experimental pre-test post-test para evaluar la efectividad de la intervención versus grupo control en lista de espera. Seguimiento post-intervención y a los 3 meses.	Estudiantes de educación media (n=1547; 71,9% I° medio, 23,9% II° medio) en clases de salud de 9 escuelas de Cincinnati (USA), en comunidades periféricas de clase media.	Surviving the Teens® (n=966): Intervención universal dirigida a estudiantes y administrada por profesional de salud mental. El programa busca aumentar la percepción de auto-eficacia de los adolescentes en el manejo del riesgo suicida, y fomenta el uso de un protocolo de emergencia para la búsqueda de ayuda. Combina estrategias de detección temprana, psico-educación, y entrenamiento en técnicas de resolución de problemas, de relajación y reestructuración cognitiva. Grupo control (n=581): Control en lista de espera, no específica mayores detalles.	No se reporta el grado de adherencia a los componentes de la intervención, ni medidas para prevenir la contaminación del grupo control. Personal del estudio administró el programa para asegurar la fidelidad al protocolo. A los tres meses se logra un 40,4% de seguimiento por motivos curriculares (alumnos ya no se encontraban en clases de salud).	En comparación al grupo control, en el período post-intervención Surviving the Teens® produjo un aumento en la percepción de auto-eficacia en la identificación del riesgo suicida, en la intención de buscar ayuda en caso de peligro de suicidio (F = 102,356; p<0,001), en la autoestima (F=6,475; p=0,011), y en la resolución de problemas (F=26,474; p<0,001). Así mismo, Surviving the Teens® redujo el estigma relacionado al suicidio (F=33,690; p<0,001). A los tres meses, Surviving the Teens®, redujo significativamente la ideación (p=0,035), planificación (p=0,003), e intentos suicidas (p=0,011). Los efectos sobre la percepción de auto-eficacia y la búsqueda de ayuda se mantienen a los 3 meses de seguimiento (p<0,05), con la excepción de la reducción del estigma frente a la consejería en salud mental (p=0,641). En un sub-grupo de 69 adolescentes en riesgo de suicidio, asignados a Surviving the Teens, aumentó la intención de comunicar problemas emocionales (p<0,0005) y de comunicar a un adulto en caso de riesgo suicida (p=0,016), a los tres meses. Se produjo un aumento en la búsqueda de ayuda post-intervención (p=0,006), no mantenida a los tres meses.

Tabla 3. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos.

Estudio	Sesgo	Evaluación	Comentario
Care, Assess, Respond, Empower (CARE) & Coping and Support Training (CASTR) ^[17-18,21]	Generación de la secuencia.	Poco Claro	Se indica que hay aleatorización a las condiciones, pero no se especifica el procedimiento.
	Ocultación de la secuencia de asignación.	Poco Claro	No se especifica.
	Cegamiento de los participantes y de personal.	Bajo	Se explicita que tanto los participantes como los profesionales fueron ciegos al procedimiento.
	Cegamiento de los evaluadores.	Poco Claro	No se reporta en el estudio.
	Datos de desenlace incompletos.	Poco Claro	No se especifica.
	Notificación selectiva.	Bajo	Los autores reportan todos los resultados obtenidos.
Care, Assess, Respond, Empower (CARE) & Coping and Support Training (CASTR) ^[19-20]	Generación de la secuencia.	Poco Claro	Artículo no reporta detalles sobre proceso de asignación aleatorizada.
	Ocultación de la secuencia de asignación.	Poco Claro	Artículo no especifica detalles del diseño del estudio.
	Cegamiento de los participantes y de personal.	Poco Claro	Artículo no especifica detalles del diseño del estudio.
	Cegamiento de los evaluadores.	Poco Claro	Artículo no especifica detalles del diseño del estudio.
	Datos de desenlace incompletos.	Poco Claro	Artículo no especifica detalles del diseño del estudio.
	Notificación selectiva.	Poco Claro	Artículo no especifica detalles del diseño del estudio.
Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) ^[22]	Generación de la secuencia.	Bajo	Se generó una lista de todas las escuelas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión en cada sitio (país). Un generador de números aleatorios asignó a las escuelas primero a uno de los cuatro grupos y luego a un lugar dentro de las dos clasificaciones por tamaño de escuela (pequeña o grande).
	Ocultación de la secuencia de asignación.	Bajo	Asignación central.
	Cegamiento de los participantes y de personal.	Bajo	Se aseguró el cegamiento de los participantes.
	Cegamiento de los evaluadores.	Bajo	La medida de resultado es poco probable que esté influida por la falta de cegamiento.
	Datos de desenlace incompletos.	Bajo	Datos de resultado faltantes equilibrados con respecto a los números entre los grupos de intervención, con motivos similares para los datos de resultado faltantes entre los grupos.
	Notificación selectiva.	Bajo	Protocolo del estudio está disponible y todos los resultados preespecificados (primarios y secundarios), del estudio que son de interés para la revisión se describieron de una manera preespecificada.
Skills For Life Programme for Adolescents ^[23]	Generación de la secuencia.	Alto	Estudio cuasi-experimental, no utilizó método de asignación aleatoria.
	Ocultación de la secuencia de asignación.	Alto	Estudio cuasi-experimental, no utilizó método de asignación aleatoria.
	Cegamiento de los participantes y de personal.	Alto	Debido a las características de la intervención no es posible el ciego de los participantes ni del personal involucrado.
	Cegamiento de los evaluadores.	Bajo	Si bien los evaluadores no fueron cegados, es poco probable que esto haya influenciado el efecto de la intervención debido a que se utilizaron escalas de auto-reporte.
	Datos de desenlace incompletos.	Poco Claro	No se reporta en el estudio.
	Notificación selectiva.	Bajo	Los autores reportan todos los resultados obtenidos.

Continuación Tabla 3. Evaluación del riesgo de sesgo para las evaluaciones de efectividad de programas incluidos

Estudio	Sesgo	Evaluación	Comentario
SOS Suicide Prevention program ^[24-26]	Generación de la secuencia	Bajo	Se seleccionan cursos de las escuelas donde los estudiantes ya habían sido asignados al azar a esos cursos. Se seleccionan para esta intervención a los cursos que aún no habían recibido la intervención.
	Ocultación de la secuencia de asignación	Bajo	Se asigna la secuencia por medio de un programa computarizado de asignación. No reportado en el estudio
	Cegamiento de los participantes y de personal	Poco claro	No reportado en el estudio
	Cegamiento de los evaluadores	Poco claro	No reportado en el estudio
	Datos de desenlace incompletos	Alto	No realizan evaluación previa a la intervención, por lo que el análisis es solamente de la evaluación post, sin permitir comparar el desempeño de la intervención en el grupo intervención. No describen la escala utilizada para evaluar post intervención.
	Notificación selectiva	Bajo	Los autores reportan todos los resultados obtenidos.
Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program ^[27-29]	Generación de la secuencia	Alto	Estudio cuasi-experimental, no utilizó método de asignación aleatoria.
	Ocultación de la secuencia de asignación	Alto	Estudio cuasi-experimental, no utilizó método de asignación aleatoria.
	Cegamiento de los participantes y de personal	Alto	Debido a las características de la intervención no es posible el ciego de los participantes ni del personal involucrado. No queda claro qué procedimientos se utilizaron para evitar la contaminación del grupo control.
	Cegamiento de los evaluadores	Bajo	Si bien los evaluadores no fueron cegados, es poco probable que esto haya influenciado el efecto de la intervención debido a que se utilizaron escalas de auto-reporte.
	Datos de desenlace incompletos	Alto	No reporta información sobre porcentaje de seguimiento post-intervención para grupo control. Porcentaje de seguimiento post-intervención para la intervención: 89,2%. Más del 60% de datos de desenlace incompletos a los tres meses, aunque se señalan motivos curriculares.
	Notificación selectiva	Bajo	Los autores reportan todos los resultados obtenidos.

4.2. Objetivo específico 2

4.2.1. Proceso de selección y programas incluidos

La estrategia de búsqueda condicionada a 39 fuentes de información asociadas a agencias gubernamentales en América y Europa, u organizaciones multinacionales, permitió identificar Planes de Salud Mental en los que se incorporaba como acápite u objetivo la prevención del suicidio, Planes Nacionales, Estatales, o Locales para la prevención del suicidio en poblaciones específicas, y Programas destinados a la prevención del suicidio, con menciones a la prevención del suicidio en las escuelas. Sin embargo, no se encontraron programas que fueran aplicados en instituciones educativas que contarán con evaluación de impacto, exceptuando dos programas que satisficieron los criterios de elegibilidad: 1) Care, Assess, Respond, Empower (CARE), en Estados Unidos, descrito en el Objetivo 1 (Tabla 2); y 2) Journey to Wellness, en Canadá. El protocolo de ambos programas será descrito en el Objetivo 3.

4.3. Objetivo específico 3

A continuación se presenta el detalle de los protocolos seleccionados por la contraparte técnica. La información entregada en este apartado es complementaria a la descrita en la Tabla 2.

Care, Assess, Respond, Empower (CARE) & Coping and Support Training (CAST) ^[17-21] CARE-CAST, creado por Carole Hooven y colegas, es un programa de prevención indicada de la conducta suicida, basado en la escuela y dirigido a adolescente entre 14 a 19 años que están en riesgo de suicidarse.

CARE es un módulo del programa que está destinado a la evaluación del riesgo suicida y la intervención en crisis. Los adolescentes reciben entrenamiento en el manejo del estrés, el control emocional, la implementación de estrategias de afrontamiento y conductas de búsqueda de ayuda, con el objetivo de empoderar y apoyar la búsqueda de ayuda, conectando a jóvenes en riesgo suicida con personas en su entorno familiar y en el ambiente escolar.

Este módulo posee los siguientes componentes, administrados en 3,5 a 4 horas por enfermeras/os o trabajadoras/es sociales:

1. Evaluación del riesgo suicida con entrevista computarizada Measure of Adolescent Potential Suicide (MAPS), de 1,5 a 2 horas de duración.
2. Sesión de consejería breve y motivacional, de 2 horas de duración, en la

que se desarrollan habilidades, y se valida la experiencia del joven. Se introduce plan para mejorar red de apoyo.

3. Conexión con red de apoyo social en la que cada adolescente es conectado con un coordinador de caso de la escuela, o con un profesor para mejorar la comunicación entre el joven y la escuela. El joven también selecciona a uno de sus padres o apoderados.

CAST corresponde a un módulo del programa en el que se implementa una intervención grupal estandarizada para la adquisición y refuerzo de nuevas habilidades, y para promover el apoyo familiar y de otras figuras adultas significativas. Consiste en 12 sesiones de 1 hora de duración, distribuidas en 6 semanas, en grupos de 6 a 7 estudiantes. Estas sesiones son administradas por un monitor entrenado, generalmente profesores, consejeros o enfermeras/os con grado de magíster y vasta experiencia en instituciones educativas.

Con posterioridad se desarrolló la extensión de CARE para padres (P-CARE). Para complementar y aumentar las posibilidades de cambio conductual pretendidas por CARE, P-CARE apunta a la modificación de los procesos familiares implicados en el riesgo suicida adolescente. Se trata de una intervención familiar, administrada en dos visitas domiciliarias de 2 horas. En la primera sesión se evalúan los factores de riesgo suicida en adolescentes, se entrega información sobre prevención del suicidio y estrategias para comunicar apoyo, y en la segunda sesión se desarrollan estrategias para el control emocional y la resolución de problemas. Este módulo es homologable a un “kit de primeros auxilios” para la prevención del suicidio.

Como se mencionó previamente, profesionales entrenados y certificados en la implementación del programa, que cuentan con experiencia en contextos educativos (esto incluye a profesores, consejeros, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales) son responsables de la ejecución. Y los módulos del programa tienen una sesión de refuerzo, típicamente a las 9 semanas tras la primera sesión de consejería.

Todos los instrumentos para la implementación en el nivel local y nacional son pagados, y entre ellos se encuentran: entrenamiento, licencia para el uso del programa computacional (MAPS), supervisión y proceso de certificación, y paquetes de evaluación de impacto; disponibles en el sitio web: <http://www.childtrends.org/?programs=care-assess-respond-empower-care#>. Cabe destacar que entre los instrumentos de medición (cuestionarios) se encuentra el High School Questionnaire, escala de auto-reporte para la evaluación de conductas de riesgo suicida y factores de riesgo/protectores relacionados. Este cuestionario fue especialmente diseñado para evaluar el impacto del programa, en áreas como: riesgo suicida (conducta suicida y

depresión), factores personales (autoestima, autocontrol, afrontamiento y resolución de problemas), y factores familiares (estrés familiar, metas familiares y apoyo familiar).

Es importante considerar que para su implementación se requiere de la disponibilidad de computadores, ya que el MAPS es una entrevista computarizada. Adicionalmente, el personal encargado debe ser certificado, y el equipo de CARE-CAST se encuentra diseñando un entrenamiento a distancia. El material no está adaptado para población Latinoamericana.

CARE-CAST requiere de colaboración con el sector de educación, ya que se implementa en las escuelas.

Este programa recibió el financiamiento del National Institute for Nursing Research de los Estados Unidos.

Información de contacto: Beth McNamara, MSW Information and Training Coordinator P.O. Box 20343 Seattle, WA 98102. Teléfono: (425) 861-1177; e-mail: ry.info@verizon.net.

Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)^[22]

En este estudio se evaluaron 3 intervenciones que a continuación se describen.

Youth Aware of Mental Health Programme (YAM)

Fue desarrollado por un grupo de investigadores del estudio SEYLE que pertenecen al National Prevention of Suicide and Mental ill-Health (NASP)/Karolinska Institutet (Suecia) y a Columbia University (Estados Unidos).

Es una intervención universal manualizada dirigida a todos los adolescentes de 14 a 16 años en establecimientos escolares.

La intervención dura 5 horas en total y se realiza en un período de 4 semanas. Incluye 3 horas de actividades de rol playing combinadas con talleres interactivos, un folleto de 32 páginas que los estudiantes pueden llevar a casa, 6 posters educativos que se ubican en las salas de clases y 2 charlas interactivas de una hora de duración al comienzo y al final de la intervención.

Los 6 tópicos que se trabajan son: (i) conciencia acerca de la salud mental; (ii) asesoramiento de autoayuda; (iii) estrés y crisis; (iv) depresión e

ideación suicida; (v) ayudando a un amigo en problemas; y (vi) obtener ayuda – a quién contactar.

Las actividades de juego de roles son sobre 3 temas: Tema 1, conciencia acerca de sus elecciones; Tema 2 conciencia acerca de sus emociones y cómo manejar el estrés y las situaciones de crisis; y Tema 3, conciencia acerca de depresión y pensamientos suicidas.

Es implementado por instructores que reciben un curso de entrenamiento de 4 días y medio para ser certificados. Pueden ser instructores personal de salud y de educación que trabajen con jóvenes.

Está disponible una versión en español del material.

Al año se organizan 2 cursos en un país de Europa. También se pueden solicitar cursos por requerimiento. El costo del curso es de USD 2.225 + IVA por persona. El costo incluye folletos, posters y diapositivas para ser utilizadas con los estudiantes y un manual de procedimientos y video de demostración para los instructores.

Se recomienda que un facilitador reciba el pago estándar del país de origen para una dedicación de 10 horas por cada programa (5 horas directas y 5 horas indirectas). Además cada instructor entrena localmente a un ayudante por medio día para que lo apoye en el desarrollo del programa.

Los folletos para los adolescentes deben ser encargados y tienen un costo que depende de la cantidad, pero que no se especifica en la página web. Excepcionalmente los folletos se pueden imprimir en el país de aplicación del programa bajo estándares de calidad que el equipo de YAM determina.

El equipo de YAM puede asesorar la implementación de evaluación del programa. La evaluación puede ser básica para recibir retroalimentación sobre la efectividad como instructor hasta la evaluación del programa en el cambio en las conductas de los adolescentes, su salud mental y otras medidas de resultado relevantes.

Los cuestionarios utilizados en el estudio SEYLE fueron: WHO-5, Beck Depression Inventory (BDI), Paykel Suicide Scale (PSS), Global School-Based Pupil Health Survey (GSHS), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), European Values Study Questionnaire (EVS), preguntas específicas de SEYLE, Deliberate Self Harm Inventory (DSHI), Young's Diagnostic Questionnaire (YDQ) for Internet Addiction.

La página web es <http://www.y-a-m.org/>

Para informaciones generales se debe escribir a info@y-a-m.org

Para información acerca de los cursos se debe escribir a courses@y-a-m.org

Para conocer más acerca del programa escribimos a la Prof. Pilar Sáiz de la Universidad Oviedo quien nos remitió al Profesor Vladimir Carli del Karolinska Institutet, quien aún no nos responde.

Question, Persuade and Refer (QPR)

El programa de intervención preventiva del QPR, fue desarrollado en Estados Unidos <http://www.qprinstitute.com/>

Se centra en la formación de gatekeepers (facilitadores comunitarios) para identificar e intervenir a adolescentes que estén involucrados en conductas de riesgo. Implica realizar preguntas a los adolescentes acerca de su conducta, persuadirlos a buscar ayuda si están mostrando señales de alerta de suicidio y, cuando proceda derivar a un centro de tratamiento.

En el estudio SEYLE se capacitó a profesores y personal escolar que estaban en contacto diario con los estudiantes.

La formación consistió en una conferencia interactiva de dos horas y una hora de sesión de rol playing. Los profesores y el personal escolar recibieron un folleto QPR sobre prevención del suicidio con material educativo que se centra en describir la epidemiología y los factores de riesgo del fenómeno del suicidio; muestra los mitos comunes y los hechos sobre el suicidio; proporciona una guía detallada sobre cómo reconocer a los jóvenes en riesgo; y da información básica sobre cómo apoyar a los alumnos que están pensando en el suicidio y persuadirlos para obtener ayuda.

En la versión modificada de SEYLE, los gatekeepers entrenados tenían tarjetas que contenían información de contacto de servicios de salud y de grupos de estilo de vida saludable no clínicos. Se les indicó entregar esta información a los adolescentes que ellos detectaron de riesgo de problemas de salud mental o de conducta suicida.

Para el estudio SEYLE este programa se implementó durante 4 semanas.

El curso de entrenamiento de QPR se puede realizar en línea o en forma presencial.

Un entrenamiento de 60 minutos en línea individual tiene un costo de 29.95 dólares estadounidenses. La certificación dura 3 años.

El curso para certificarse como entrenador de QPR tiene un costo de 495 dólares estadounidenses.

Evaluaciones independientes del programa se han centrado en el aumento de conocimientos y la auto confianza de los gatekeepers.

Los cuestionarios utilizados en el estudio SEYLE fueron: WHO-5, Beck Depression Inventory (BDI), Paykel Suicide Scale (PSS), Global School-Based Pupil Health Survey (GSHS), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), European Values Study Questionnaire (EVS), preguntas específicas de SEYLE, Deliberate Self Harm Inventory (DSHI), Young's Diagnostic Questionnaire (YDQ) for Internet Addiction.

ProfScreen

Esta intervención fue desarrollada por la Universidad de Heidelberg, el centro SEYLE y NASP del Karolinska Institutet.

Fue diseñada para ayudar a profesionales de salud a identificar adolescentes en riesgo usando puntos de corte para las respuestas positivas de escalas específicas de salud mental de adolescentes. Los estudiantes con puntajes sobre los puntos de corte fueron referidos a una evaluación clínica realizada por un psiquiatra o un psicólogo clínico con una entrevista clínica semi- estructurada. Los casos detectados se refieren a servicios especializados. Se detectan casos de depresión, ansiedad, fobia, abuso de alcohol, abuso de sustancias, auto agresiones no suicidas y suicidalidad. Estudiantes con problemas sociales son referidos a grupos de estilos de vida saludable no clínicos.

Los cuestionarios utilizados en el estudio SEYLE fueron: WHO-5, Beck Depression Inventory (BDI), Paykel Suicide Scale (PSS), Global School-Based Pupil Health Survey (GSHS), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), European Values Study Questionnaire (EVS), preguntas específicas de SEYLE, Deliberate Self Harm Inventory (DSHI), Young's Diagnostic Questionnaire (YDQ) for Internet Addiction.

No existe página web para este programa.

Skills For Life Programme for Adolescents [23]

Skills For Life Programme for Adolescents –creado por Carolien Gravesteyn y colegas, y desarrollado por el Rotterdam Municipal Health Centre, en Holanda, entre los años 2003 y 2006-, es un programa de aprendizaje social y emocional (SEL, por sus siglas en inglés Social and Emotional Learning), basado en la escuela y dirigido a adolescentes entre 13 a 17 años.

Gravesteyn y colegas,^[23] pusieron a prueba el potencial de este programa SEL para prevenir la conducta suicida, basados en evidencia que sugiere que este tipo de programas influiría en factores protectores de la suicidalidad.

Skills For Life Programme for Adolescents es un SEL cuyo objetivo es mejorar las habilidades sociales y emocionales en situaciones de conflicto y promueve el pensamiento positivo, centrándose en el reforzamiento de conductas positivas y la prevención de problemas conductuales. Es administrado en 14 clases incorporadas al currículum escolar, una vez a la semana durante una hora:

1. Las cuatro primeras sesiones abarcan habilidades generales, tales como la resolución de problemas interpersonales, regulación emocional y pensamiento crítico.
2. Las sesiones restantes se enfocan en la aplicación de habilidades para situaciones específicas, tales como dar y buscar ayuda a un amigo deprimido, enfrentar el bullying, y establecer y respetar límites respecto del uso de drogas y conductas sexuales.

Para ello se combinan técnicas de instrucción, modelamiento, entrenamiento conductual, retroalimentación, y refuerzo social, entre otras.

Skills For Life Programme for Adolescents fue administrado por profesores de las escuelas que recibieron entrenamiento de tres días y dos sesiones de refuerzo, el que consistió en la presentación del enfoque teórico-conceptual del programa, la provisión de las sesiones en un entorno de apoyo, la implementación de estrategias educativas y el desarrollo de sus propias habilidades socio-emocionales. Los profesores fueron estrictamente asistidos y supervisados para asegurar la fidelidad al protocolo.

No se sabe si los instrumentos para la implementación en el nivel local y nacional son gratuitos o pagados, no existe sitio web asociado al programa. Sin embargo, es de suponer que –dada la información reportada en el artículo-^[23] deba requerir de un entrenamiento, certificación y supervisión, cambios relevantes en el currículum escolar para la inclusión del programa como parte de este, y licencias de uso del paquete de evaluación de impacto.

Cabe de destacar que los cuestionarios de auto-reporte utilizados para la evaluación de impacto fueron adaptados al Holandés, y hubo un cuestionario que fue creado ad-hoc. La escala de auto-eficacia generalizada, fue empleada para medir la creencia general en la auto-eficacia, la habilidad individual para manejar y controlar amenazas externas

o internas; también evalúa la influencia de las emociones, cogniciones y conductas. La autoestima fue evaluada con la escala de autoestima de Rosenberg, y conceptualizada como la orientación positiva o negativa hacia uno mismo; un reactivo ejemplar es “Soy capaz de hacer las cosas tan bien como otras personas”. Para medir la expresión de las emociones negativas se usó una sub-escala de la versión adolescente de la escala holandesa para la conducta interpersonal, que provee información respecto del grado en que los adolescentes perciben ansiedad en situaciones sociales. Se seleccionaron dos preguntas del cuestionario Rotterdam Youth Monitor para la evaluación de la suicidalidad: 1) “¿Has considerado seriamente cometer suicidio durante los últimos seis meses?”; y 2) “¿Has intentado cometer suicidio durante los últimos seis meses?”. Finalmente, los autores diseñaron un cuestionario –*Skills Attitude Questionnaire*– para medir las actitudes hacia el uso de habilidades sociales y emocionales en situaciones cotidianas de carácter conflictivo propias del período adolescente, un reactivo ejemplar es “Tu amigo anda hablando mal de ti con otras personas. ¿Le preguntas por qué lo está haciendo?”

Se debe señalar que el programa fue desarrollado por el Rotterdam Municipal Health Centre y los cambios curriculares que implicó fueron revisados por el Dutch Institute of Youth para asegurar el cumplimiento de estándares de calidad, por lo tanto, se trata de una iniciativa que cuenta con una importante participación de entidades locales o gubernamentales del sector salud y educación para su ejecución, además del compromiso de las instituciones educativas para efectuar y mantener los cambios curriculares. El material no está adaptado para población Latinoamericana.

No se explicita claramente fuente de financiamiento, aunque es probable que Rotterdam Municipal Health Centre haya costado el programa.

Se ha intentado contactar a la autora, Dr. J.C. Carolien, para mayor información al e-mail: caro@casema.nl.

SOS Suicide Prevention Program^[24-26]

Signs of Suicide (SOS) Suicide Prevention Program, fue creado por Screening for Mental Health Inc., organización liderada por el Dr. Douglas Jacobs. SOS es un programa de prevención universal de la conducta suicida, basado en la escuela y diseñado para estudiantes de los niveles intermedio (edades 11 a 13 años) o secundario (edades 13 a 17 años).

SOS tiene por objetivo: 1) disminuir el suicidio y los intentos de suicidio aumentando el conocimiento del estudiante y las actitudes adaptativas sobre la depresión; 2) estimular la búsqueda de ayuda personal o la

búsqueda de ayuda en nombre de un amigo; 3) reducir el estigma de la enfermedad mental y reconocer la importancia de buscar ayuda o tratamiento; 4) involucrar a los padres y el personal escolar como socios en la prevención a través de la educación del gatekeeper; y 5) animar a las escuelas a desarrollar asociaciones basadas en la comunidad para apoyar la salud mental del estudiante.

El programa es típicamente administrado en 2 días, siendo el personal de las escuelas los responsables de la ejecución, esto incluye a profesores, trabajadores sociales, consejeros y personal de apoyo escolar, y personas de la comunidad. Se recomienda 2 facilitadores para no más de 45 estudiantes. El personal no debe cumplir con requisitos educativos, experienciales, de capacitación en salud mental o de licencia para la implementación.

Los instrumentos de seguimiento y evaluación del programa han variado entre los estudios, se presenta a continuación una síntesis de aquellos aspectos que fueron evaluados:

1. Suicidalidad: se utilizaron elementos adaptados de la Encuesta de Comportamiento de Riesgo de Jóvenes del CDC (YRBS): "Durante los últimos 3 meses, ¿consideró seriamente intentar suicidarse?"; "Durante los últimos 3 meses, ¿hizo un plan sobre cómo Intentaría suicidarse?"; "Durante los últimos 3 meses, ¿realmente intentó suicidarse?". Cualquier comportamiento suicida fue evaluado si los participantes contestaban "sí" a cualquiera de las preguntas adaptadas de la YRBS.
2. Conocimiento, actitudes y creencias sobre salud mental: el conocimiento de la depresión y el suicidio se evaluó utilizando 10 preguntas verdaderas/falsas (por ejemplo, "Las personas que hablan de suicidio no se suicidan realmente", "La depresión es una enfermedad que los médicos pueden tratar"). Las actitudes hacia la depresión y el suicidio se evaluaron utilizando una escala de 8 ítems (por ejemplo, "Si alguien realmente quiere matarse, no hay mucho que pueda hacer").
3. Tratamiento de Salud Mental o Uso de Sustancias: pregunta específica, "¿Ha recibido tratamiento de un psiquiatra, psicólogo o trabajador social porque se siente deprimido o suicida?".
4. Competencia Social: con preguntas específicas, por ejemplo, "¿Hablaste con tus padres porque te sentías deprimido o suicida?", "¿Hablaste con un hermano o hermana porque te sentías deprimido o suicida?", y "¿Hablaste con un amigo porque te sentías deprimido o suicida?".

Se requieren paquetes pagados del programa para su implementación, los que se encuentran disponibles en línea:

<http://shop.mentalhealthscreening.org/collections/youth-programs>. Estos paquetes incluyen boletines informativos de los estudiantes, una guía de implementación del programa, un video apropiado para la edad, un video de adultos capacitados, un cartel para reforzar el programa, tarjetas de respuesta de los estudiantes y un paquete de "Will to Live" para entrenadores. También provee acceso a recursos en línea sobre la depresión y el suicidio y los recursos de evaluación para el aseguramiento de la calidad. Un detalle del paquete se provee a continuación:

1. Los boletines informativos de los estudiantes refuerzan el mensaje de la intervención y brindan información sobre temas de salud mental tales como el manejo del estrés, la resiliencia, los peligros del uso del alcohol, el abuso sexual y el acoso cibernético. Los boletines se actualizan regularmente y también están disponibles en español.
2. La Prueba de Tamizaje Breve para la Depresión de los Adolescentes (BSAD) es un cuestionario validado de siete ítems para identificar a los estudiantes en riesgo para una evaluación posterior. Los resultados del BSAD son para identificar la presencia o ausencia de síntomas compatibles con depresión o suicidio y no sustituyen a un diagnóstico formal.
 1. Las guías de implementación proporcionan información sobre a) el fondo del programa, la justificación y las metas; B) planificación de la implementación en la sala de clases; C) educar al personal escolar y a los padres; D) Recursos para Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales (LGBT) para educadores, estudiantes y padres; E) planes de lecciones con guías de discusión en video; y f) programar los materiales en español cuando están disponibles. Para mantener la fidelidad del programa en la implementación, las guías incluyen instrucciones paso a paso, listas de comprobación de preparación y listas de comprobación diarias de logística para cada lección.
 2. El video, adaptado a la edad de los participantes, informa a los estudiantes del mensaje ACT (Reconocimiento, Cuidado, Decir) e incluye viñetas o dramatizaciones que muestran las formas correctas y erróneas de ayudar a alguien que exhibe signos de depresión, a jóvenes deprimidos o suicidas y las formas correctas e incorrectas de ayudarlos, un grupo de estudiantes discutiendo varios temas de salud mental, una entrevista con un consejero de la escuela, una entrevista con adolescentes que están en tratamiento para la depresión e intentos previos de suicidios, y sus personas significativas.
 3. Un paquete de recursos Will to Live Foundation Teammates para entrenadores, un boletín informativo para padres.

No se requiere capacitación antes de implementar SOS, sin embargo, el proveedor del programa ofrece múltiples entrenamientos opcionales y otra asistencia técnica. El SOS Online Gatekeeper Training es un módulo de entrenamiento interactivo de 90 minutos para el personal de la escuela y el personal de apoyo. El entrenamiento provee información sobre salud mental juvenil, enfermedad mental, suicidio, y reconocimiento y respuesta a las señales de advertencia de depresión y suicidio. El entrenamiento está disponible en línea gratis. Existen capacitaciones adicionales pagadas en persona para apoyar la implementación.

SOS requiere de colaboración con el sector de educación, ya que se implementa en las escuelas. No se encuentra adaptado para la población latinoamericana o chilena.

Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program ^[27-29]

Surviving the Teens®, creado por Catherine Strunk de la División de Psiquiatría en el Cincinnati Children's Hospital Medical Center, es un programa de prevención universal de la conducta suicida, basado en la escuela y dirigido a adolescente de educación secundaria.

Surviving the Teens® tiene siete objetivos:

1. Incrementar el conocimiento de los adolescentes respecto de síntomas de depresión y signos de alerta de suicidio, factores de riesgo para la depresión y el suicidio, y mitos asociados con el suicidio.
2. Disminuir el estigma hacia la depresión y otros trastornos mentales.
3. Mejorar las habilidades de afrontamiento de adolescentes.
4. Aumentar la búsqueda de ayuda en los jóvenes y sus pares.
5. Incrementar la probabilidad de que un adolescente deprimido busque ayuda.
6. Aumentar la cohesión de la familia y la comunidad escolar.
7. Disminuir conductas suicidas y otras de riesgo, tales como el uso de alcohol y drogas.

El programa tiene tres módulos que comprenden entrenamiento para adolescentes, para padres, y para *gatekeepers*.

En su versión para adolescentes, *Surviving the Teens®*, es administrado en 4 sesiones de 50 minutos, a cargo de profesional de salud mental debidamente entrenado. Los adolescentes observan videos, participan de

actividades interactivas y juego de roles; adquieren habilidades de afrontamiento, psico-educación sobre depresión y suicidio, e información sobre cómo acceder a servicios de derivación. Incorpora un sub-módulo llamado *Steps to LAST™*, protocolo desarrollado para asistir a los adolescentes en 4 pasos que deben tomar para manejar una crisis suicida, sean ellos mismos u otros los que requieran ayuda.

En su versión para padres, *Surviving the Teens®* tiene una duración aproximada de una hora y media, y ofrece información sobre la depresión y el suicidio, afrontamiento adaptativo y no adaptativo en adolescentes, factores protectores y de riesgo, signos de emergencia, cómo proteger a adolescentes y conectarlos utilizando *Steps to LAST™*, recursos de derivación, e historias personales sobre depresión y suicidio.

La versión para gatekeepers varía en duración de acuerdo a las necesidades de la organización, aunque ofrece un contenido semejante a la versión para padres. Se menciona que la información puede ser utilizada como una herramienta educativa en las clases de salud de los colegios y ser incorporada en el currículum escolar, reduciendo el tiempo de actividades expositivas para potenciar aquellas interactivas (discusión y juego de roles).

El sitio web del programa: <https://www.cincinnatichildrens.org/service/s/surviving-teens/suicide-prevention-program>; provee acceso a material genérico para la implementación en forma gratuita, tales como guías, folletos y videos. Se pudo contactar a Catherine Strunk para la obtención del manual, aunque la autora comentó que este se está actualizando para incorporar modificaciones al programa. Resta que la autora indique si es posible contar con la versión anterior del manual, sea gratuita o pagada.

Cabe señalar que para la evaluación de impacto se diseñó un cuestionario ad-hoc que recoge información sobre ideación y conducta suicida, percepción de auto-eficacia en relación a la prevención e intervención en situaciones de crisis, actitudes respecto del suicidio y la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental, e intentos de búsqueda de ayuda en caso de riesgo de suicidio.

Surviving the Teens®, no está adaptado para población en Latinoamérica, requiere de colaboración con el sector de educación, ya que se implementa en las escuelas.

Este programa recibió el apoyo de The J.E. & Z.B. Butler Foundation and Katherine B. Rappaport, MD.

Información de contacto: Cathy Strunk, cathy.strunk@cchmc.org.

Journey to Wellness^[30-31]

Journey to Wellness, creado por José Pruden y colegas, CARE-CAST, es un programa de prevención selectiva de la conducta suicida, basado en la escuela y dirigido a adolescente indígenas entre 12 a 18 años de edad en localidades rurales de la provincia de Saskatchewan, Canadá.

Los objetivos de Journey to Wellness son:

1. Aumentar la sensibilización y comprensión sobre la prevención del suicidio en jóvenes indígenas.
2. Incrementar la capacidad de adolescentes indígenas para identificar opciones y actividades saludables para reducir el estrés y el riesgo de suicidio.

Journey to Wellness implementa una serie de actividades para aumentar la autoestima, mejorar las habilidades para la resolución de problemas y crear conciencia sobre los recursos existentes en la comunidad y disponibles para los jóvenes en caso de emergencia. El programa se dirige a adolescentes que no están en riesgo de cometer suicidio, pero que sirven como un recurso para comunidades en riesgo, pudiendo identificar y saber qué hacer con otros pares en riesgo suicida.

Centrándose en las experiencias de los jóvenes, otorgándoles un rol activo en el proceso de aprendizaje, *Journey to Wellness* facilita la creación de redes de apoyo entre los jóvenes, así como con los recursos existentes en sus comunidades, promoviendo la utilización de estos.

Es administrado por un facilitador entrenado en ocho sesiones, una vez a la semana, de aproximadamente una hora y media de duración cada una. *Journey to Wellness* enfatiza que la figura del facilitador debe ser neutral, respetuosa, ser un modelo positivo y saludable, manteniendo una actitud abierta de escucha y aprendizaje para con el grupo de adolescentes. Los participantes (adolescentes) son escogidos por los profesores de cada nivel (2 por nivel, en promedio), divididos por sexo y nivel (cursos superiores de educación básica, y cursos de la enseñanza media), para conformar grupos de 10 a 12 jóvenes. La participación de los adolescentes debe ser voluntaria, es recomendable que estos tengan cierto liderazgo en su clase y que no se encuentren en riesgo suicida. Las actividades se llevan a cabo en horario de clases, aunque no forman parte del currículum escolar.

Cada sesión tiene una estructura similar: 1) una actividad de registro que promueve la discusión abierta de sentimientos, en forma no guiada, para fortalecer la relación entre los participantes; 2) Implementación de las actividades específicas de la sesión; 3) chequeo de la asistencia para evaluar la

tasa de retención; y 4) brindar apoyo post-sesión si hubiera algún participante que lo solicita.

Los objetivos de cada sesión se describen a continuación:

1. Primera sesión: lograr que los participantes interactúen e intercambien información sobre sí mismos.
2. Segunda sesión: lograr que los participantes identifiquen los cuatro pasos para implementar la técnica de resolución de problemas (reconocer el problema, las opciones para resolverlo, decidir una opción saludable, y actuar).
3. Tercera sesión: lograr que los participantes sean capaces de identificar 3 mensajes positivos sobre sí mismo.
4. Cuarta sesión: lograr que los participantes identifiquen 5 mitos sobre el suicidio y explicar por qué son mitos.
5. Quinta sesión: lograr que los participantes identifiquen tres recursos de apoyo en su comunidad (personal de la escuela, miembro de la comunidad, red de apoyo personal).
6. Sexta sesión: lograr que los participantes identifiquen dos objetivos de vida saludables.
7. Séptima sesión: lograr que los participantes identifiquen tres pasos de un plan de emergencia ante riesgo suicida.
8. Octava sesión (última): evaluación y síntesis de lo aprendido en el programa.

En el sitio web de la Agencia de Salud Pública de Canadá se encuentran detalles y datos de contacto del programa: <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/aboriginalwtt/journey-to-wellness-j2w/>. Tras contacto con el autor (José Pruden: jpruden@btchealth.org), se obtiene el manual del facilitador,[31] principal recurso para la implementación del programa. El manual provee antecedentes conceptuales, guías para facilitación, recomendaciones para la planificación y organización del programa y herramientas para asistir el trabajo.

Journey to Wellness requiere de materiales adicionales para su implementación, como por ejemplo, cámara fotográfica para registro de la sesiones, y material fungible (de oficina) para generar copias necesarias del material de apoyo incluido en el manual. Así mismo, para la evaluación pre/post los autores diseñaron un cuestionario ad-hoc, aplicado al principio de la primera sesión y al final de la octava, para determinar el grado de

conocimiento sobre el suicidio y factores asociados, y la sensación de suficiencia en manejar situaciones de crisis.

Journey to Wellness, no está adaptado para población en Latinoamérica, requiere de colaboración con el sector de educación, ya que se implementa en las escuelas.

Este programa recibió el apoyo de BTC Indian Health Services y el financiamiento del sector público durante tres años, a través del National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy (NAYSPS) del gobierno de Canadá.

Cabe destacar que para la evaluación de impacto se diseñó un estudio cuasi-experimental pre-test post-test. No obstante, no está suficientemente reportado, ni se ha publicado estudio al respecto.

Se refiere que la intervención ha demostrado resultados positivos en el corto plazo, en un porcentaje importante de la población objetivo. Los adolescentes han establecido relaciones positivas con los facilitadores, han aprendido técnicas de resolución de problemas, han aumentado su conocimiento sobre conductas para la búsqueda de ayuda y sobre actividades para el fortalecimiento de la auto-estima. Han reconocido el impacto del alcohol y las drogas, y ha mejorado su conocimiento sobre el suicidio y posibles cursos de acción frente al riesgo de suicidio. Los participantes evaluaron positivamente el programa.

4.4. Objetivo específico 4

4.4.1. Proceso de Selección

La estrategia de búsqueda permitió identificar 1.974 registros. Tras la revisión exhaustiva del título y resumen de cada uno de los registros, y la comparación con los estudios incluidos en el Objetivo Específico 1, no se encontraron estudios de costo-efectividad que permitieran establecer costos de la intervención y comparadores. Los autores de esta revisión están al tanto que el reporte de resultados de costo-efectividad del programa SEYLE se encuentra en proceso de publicación.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática permitió la identificación de 6 programas en los que se comparó la efectividad de 11 intervenciones basadas en centros educacionales para la prevención del suicidio adolescente.^[17-31] En general, estas intervenciones probaron ser efectivas en el aumento de factores protectores (autocontrol, resolución de problemas y autoestima),^[17-21,23,27-31] y en la disminución de factores de riesgo de suicidio (por ejemplo, depresión).^[17-21] También demostraron un efecto positivo en la percepción de eficacia personal de los jóvenes para intervenir adaptativamente ante situaciones de crisis experimentadas por sí mismo o sus pares.^[23,27-31] Es de suma importancia notar que en cuanto a los estándares de oro de los programas de prevención del suicidio, tres intervenciones disminuyeron la ideación suicida,^[19-20,22,27-29] e igual número fue efectiva en la reducción de los intentos de suicidio.^[22,24-29]

No obstante lo anterior, estos resultados promisorios deben ser mirados con cautela. En primer lugar, una cantidad relevante de programas para la prevención del suicidio basados en escuelas no pudieron ser incluidos al no contar con evaluación de impacto publicada, por lo que el potencial de sesgo de publicación no puede ser descartado. Es decir, pudiera darse el caso de que intervenciones muy semejantes a las que en la presente revisión resultaron ser exitosas, no hayan sido publicadas tras fallar en demostrar un efecto. Además, para uno de los programas incluidos la evaluación de impacto está pobremente descrita y no ha sido publicada.^[30-31]

En la misma línea, en base a los criterios del Manual de Procedimiento y Codificación de la Fuerza de Tarea sobre Intervenciones Basadas en la Evidencia en la Psicología Escolar,^[32] y complementando la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales, la calidad del conjunto de la evidencia presentó limitaciones metodológicas y de implementación contundentes y relevantes, que, en algunos casos, permite serias dudas respecto del efecto real de casi todas las intervenciones para la prevención del suicidio revisadas.^[17-21,23,27-31] Los datos limitados en la evaluación de programas impide recomendar alguna intervención específica como la mejor práctica para la prevención de suicidio en establecimientos escolares, ya que si bien las conclusiones de los autores en los diversos estudios parecen ser razonablemente cautelosas, considerando los enfoques básicos utilizados para evaluar y sintetizar los estudios, su confiabilidad es incierta.

Sin embargo, y aún cuando queda claro que la base científica actual de los programas de prevención del suicidio en los establecimientos educacionales es muy limitada, dos intervenciones –una llevada a cabo en Estados Unidos, y la otra en Europa- han mostrado una disminución significativa en los intentos de suicidio sin padecer de importantes limitaciones metodológicas, y, por lo tanto, pudieran ser de particular interés: *Signs of Suicide (SOS) Prevention Program* y *Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)*.

Los resultados SOS, una intervención basada en los establecimientos educacionales, con 2100 alumnos en cinco escuelas secundarias estadounidenses, mostraron un menor riesgo de intentos de suicidio en un seguimiento de 3 meses, aunque no hubo diferencias en la ideación suicida.

Resultados similares se obtuvieron con la extensión de este programa llevada a cabo con 4133 alumnos en nueve escuelas secundarias estadounidenses, para lo cual nuevamente, la incidencia de intentos de suicidio en un seguimiento de 3 meses fue significativamente menor, pero no hubo mejoría en la ideación suicida comparada con controles. Sin embargo, ninguno de los estudios realizó un seguimiento por más de 3 meses.

SEYLE realizó el primer ensayo clínico aleatorio, multicéntrico, de la prevención del comportamiento suicida en adolescentes europeos. Los resultados muestran que el YAM, una intervención universal de corta duración (5 horas en 4 semanas) fue significativamente más efectiva en la prevención de nuevos casos de intentos de suicidio y de ideación suicida severa, incluida la planificación, que las otras dos intervenciones evaluadas (QPR y ProfSreen) y el grupo control. La reducción de los intentos de suicidio fue de más del 50% con YAM que con el grupo control. Este efecto es más alto que el observado en otras intervenciones exitosas de salud pública (por ejemplo, intervenciones para la intimidación y la victimización por intimidación o tipos específicos de intervenciones escolares dirigidas al abandono del hábito de fumar). El YAM no sólo evitó los intentos de suicidio, un importante predictor de los suicidios completados, sino que influyó en los procesos cognitivos asociados en el seguimiento de 12 meses. Las fortalezas de este estudio son que se aplicó en una muestra grande que involucró a varios países europeos y que demostró eficacia en reducir el riesgo de suicidio. Sin embargo, no ha sido replicado por otro equipo de investigación independiente, lo que limita su generabilidad. Especialmente es necesario evaluar si se requiere una adaptación cultural y de contexto para su eventual implementación en Chile.

Estos programas son los únicos basados en la evidencia que han demostrado una reducción en los intentos de suicidio. SOS, sin embargo, no ha demostrado reducir la ideación suicida. Esto puede deberse a que el programa no está diseñado para tratar las causas subyacentes de los intentos de suicidio y que la ideación suicida es común en una proporción mayor de estudiantes que los intentos de suicidio. Adicionalmente, la ideación puede tardar más en tratarse. Cuando se compara con los otros dos programas, es importante señalar que, si bien el programa SOS fue eficaz en la reducción de los intentos de suicidio en dos ensayos, el mecanismo es completamente incierto y la evaluación sólo incluyó un seguimiento de 3 meses, mientras que el estudio SEYLE (YAM) incluyó una mantención en la reducción de los intentos de suicidio a los 12 meses.

Cabe destacar que esta revisión sistemática abordó una pregunta definida y fue apoyada por criterios de elegibilidad reproducibles. Se realizaron búsquedas en más de seis bases de datos relevantes, y 39 sitios web de organismos gubernamentales y multinacionales. La restricción a los estudios publicados durante los últimos 15 años significó que algunos estudios relevantes pueden haberse perdido. Se emplearon procesos duplicados para reducir los riesgos de error y sesgo del revisor durante la selección del estudio, y estos métodos se utilizaron para extraer datos. Se evaluó la calidad de los estudios y el riesgo de sesgo, por lo que fue posible evaluar plenamente la fiabilidad de la evidencia. Se tabularon los detalles de los estudios individuales y se presentó una síntesis básica, basada en los niveles de resultados de evidencia. Como implicancias de la revisión para la práctica y la

investigación, se puede definir que los limitados datos disponibles muestran que no se puede recomendar programas específicos como la mejor práctica, y es necesario una evaluación adicional de algunos programas que deberían incluir la evaluación del impacto en la ideación del suicidio y los intentos de suicidio. También es importante investigar las combinaciones de programas, que mediante el uso de componentes más eficaces puedes generar una mayor potencia en la intervención.

En general, hay evidencia de que los programas de prevención que incluyen entregar información a los estudiantes con respecto a la concientización y la intervención en casos de riesgo suicida, enseñarles habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y enseñar y reforzar las fortalezas y los factores protectores conducen a una mejoría en las habilidades de resolución de problemas de los estudiantes y en la autoeficacia, así como en la reducción de la vulnerabilidad suicida autoinformada. La incorporación de elementos informativos y de capacitación en los programas de prevención parece ser una estrategia potencialmente útil, aunque el grado en que estos programas han reducido realmente las formas más severas de conducta suicida (por ejemplo, intentos de suicidio) sigue siendo cuestionable. Además, los programas deben proporcionar información precisa a los estudiantes, incluyendo el énfasis en el vínculo entre los problemas de salud mental y el suicidio. La inclusión de elementos de capacitación (por ej., habilidades de afrontamiento y resolución de problemas) parece ser un componente importante en los programas de prevención más prometedores, especialmente dado que el conocimiento por sí solo parece ser insuficiente para cambiar el comportamiento.[33]

Con respecto a los programas de prevención selectivos o indicados, es difícil sacar conclusiones firmes basadas en esta revisión, dado el número limitado de estudios. En particular, aunque los programas de tamizaje escolar han sido ampliamente recomendados por los investigadores (por ejemplo, Gutiérrez, Watkins y Collura,[34] Mazza,[35] Miller y DuPaul,[36] Reynolds,[37] Shaffer & Craft[38]), hay datos limitados sobre su efectividad para reducir la conducta suicida. Por ejemplo, aunque Aseltine y DeMartino[24] encontraron tasas significativamente menores de intentos de suicidio y mejor conocimiento y actitudes sobre la depresión y el suicidio después de la implementación del programa Signs of Suicide, las limitaciones metodológicas de este estudio junto con la escasez de otros estudios de este tipo, demuestran que se necesitan más investigaciones en este ámbito antes de poder proporcionar una guía práctica más definitiva.

Sobre la base de los resultados de esta revisión, los psicólogos escolares y otros miembros de los establecimientos educacionales que buscan orientación sobre cómo desarrollar mejor los programas de prevención del suicidio pueden examinar la literatura sobre la prevención de otros problemas emocionales/conductuales. Por ejemplo, debido a la alta prevalencia de problemas como la depresión, el abuso de sustancias y los problemas de conducta, existe una necesidad significativa de que los psicólogos escolares identifiquen y difundan programas de prevención en general. En particular, los psicólogos escolares deben comprender los principios de programas eficaces de prevención en los establecimientos educacionales y cómo implementarlos, coordinarlos, mantenerlos y

evaluarlos con éxito. Un elemento importante en este proceso es la capacitación para construir y sostener la capacidad en las escuelas con el propósito de satisfacer de manera efectiva las necesidades de los estudiantes. Un enfoque de salud pública es imperativo, por ejemplo, utilizando el enfoque de prevención multinivel.[39] Las investigaciones que examinan otros tipos de programas de prevención, incluidos los relacionados con el comportamiento suicida (por ejemplo, programas de prevención en abuso de sustancias), indican que son más eficaces cuando involucran múltiples niveles de influencia y cuando abordan múltiples factores de riesgo.[40] Por lo tanto, la prevención del suicidio puede ser más efectiva cuando se relaciona con problemas generales de salud mental y está incluida en este contexto más amplio. Por ejemplo, los programas de prevención que reducen el uso de drogas y el alcohol, se centran en identificar y aliviar la depresión o construir habilidades sociales y de autoconcepto que pueden potencialmente complementar y aumentar los efectos de cualquier programa de prevención del suicidio. De hecho, un aspecto importante de los programas eficaces de prevención del suicidio es que puedan reducir la gravedad o frecuencia de los factores de riesgo específicos para el comportamiento suicida, así como los de otros problemas de salud mental.[35]

La evidencia apoya un enfoque universal en todo el establecimiento educacional. Esto, junto con la mezcla de la prevención selectiva en grupos de alto riesgo, permite que una estrategia alcance a todos los estudiantes, así como a mejorar la resiliencia en los adolescentes que no presenten un riesgo actual o que éste sea bajo. También se ha demostrado que los enfoques generales para toda la escuela son los más efectivos para lograr cambios positivos relacionados con resultados de los estudiantes en varias dimensiones. La identificación y derivación pertinente de jóvenes vulnerables a apoyos clínicos adecuados es también un componente importante de un enfoque universal.

Hay pocos datos actualmente disponibles sobre la rentabilidad de los programas de tamizaje de suicidio en establecimientos educacionales, así como cuándo y con qué frecuencia se debieran realizar. Por ejemplo, dado que la ideación suicida de los jóvenes suele ser transitoria, una evaluación realizada a principios del año escolar puede identificar a un grupo diferente de estudiantes que un examen realizado en la mitad o al final del año escolar. Finalmente, en un nivel más amplio, sigue siendo poco clara la respuesta a la pregunta acerca de cómo utilizar mejor los recursos limitados para desarrollar y evaluar programas de prevención del suicidio en los establecimientos educacionales. Cuando se realizan actividades de prevención del suicidio en los establecimientos educacionales, el principio de “no hacer daño” es de suma importancia. Los esfuerzos de prevención de suicidios en los establecimientos educacionales deben ser necesarios para satisfacer las necesidades y fortalezas (incluyendo culturales) de las comunidades y reconocer que debido a la diversidad de las realidades en Chile así como a la naturaleza compleja del suicidio, no existe un programa que se ajuste o sea efectivo en todos los escenarios. Se recomienda, por tanto, evitar depender de un programa, sin embargo, elementos eficaces de diversos programas pudieran ayudar a crear uno que posea la flexibilidad y potencia necesaria para causar un efecto positivo en los establecimientos educacionales.

Por otra parte, en nuestra realidad es fundamental incorporar un enfoque intersectorial que comprometa además del sistema escolar al sistema de salud que permita dar atención oportuna y eficaz a aquellos adolescentes que lo requieran.

6. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
2. Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de Prevención de Suicidio. Orientaciones para su implementación. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
3. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Publica 2005; 18(4/5).
4. Williams C, Poblete F, Baldrich F. Evaluación multidimensional de los servicios de salud para adolescents en centros de Atención Primaria en una comuna de Santiago. Rev Med Chile 2012; 140(9): 1145-1153.
5. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto- juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. Rev Med Chile 2012; 140: 447-57.
6. Shamseer L, Moher D, Clarke M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta- analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. BMJ 2015; 349:g7647.
7. Higgin JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. www.cochrane-handbook.org.
8. Bustamante F, Florenzano R. Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. Rev chil neuro-psiquiatr 2013; 51(2): 126-136.
9. Katz C, Bolton SL, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J; Swampy Cree Suicide Prevention Team. A systematic review of school-based suicide prevention programs. Depress Anxiety. 2013 Oct;30(10):1030-45.
10. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. Suicide Life Threat Behav 2007; 37(3): 264-277.
11. Ryan R, Hill S, Broclain D, Horey D, Oliver S, Prictor M. Cochrane Consumers and Communication Review Group. Study Design Guide. June 2013. <http://cccr.org.cochrane.org/author-resources> (accessed 29-06-2016).
12. Dane AV, Schneider BH. Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? Clin Psychol Rev 1998; 18: 23-45.
13. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale and Methodology. Suicide Life Threat Behav 2007; 37(3): 248-263.

14. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Mscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26(3): 237-52.
15. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 3rd ed. Oxford (UK): Oxford University Press, 2005.
16. Welte R, Feenstra T, Jager H, Leidl R. A Decision Chart for Assessing and Improving the transferability of Economic Evaluation Results between countries. *Pharmacoeconomics* 2004; 22(13): 857-876.
17. Thompson EA, Eggert LL, Randell BP, et al. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *Am J Public Health* 2001; 5:742-52.
18. Eggert LL, Thompson EA, Randell BP, et al. Preliminary Effects of Brief School-Based Prevention Approaches for Reducing Youth Suicide-Risk Behaviors, Depression, and Drug Involvement. *J Child Adolesc Psych Nurs* 2002; 15(2):48-64.
19. Hooven C, Herting JR, Snedker KA. Long-term Outcomes for the Promoting CARE Suicide Prevention Program. *Am J Health Behav* 2010; 34(6):721-736.
20. Hooven C, Walsh E, Pike KC. Promoting CARE: Including Parents in Youth Suicide Prevention. *Fam Community Health* 2012; 35(3):225-235.
21. Randell BP, Eggert LL, Pike KC. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31(1):41-61.
22. Wasserman D, Hoven C, Wasserman C, et al. School-Based Suicide Prevention Programmes: The SEYLE Cluster-Randomised, Controlled Trial. *Lancet* 2015; 385(9977):1536-1544.
23. Gravesteyn C, Diekstra R, Sklad M, et al. The Effects of a Dutch School-Based Social and Emotional Learning Programme (SEL) on Suicidality in Adolescents. *Int J Ment Health Prom* 2011; 13(4): 4-16.
24. Aseeltine RH, DeMartino R. An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Public Health* 2004; 94(3):446-451.
25. Aseeltine RH, James A, Schilling EA, et al. Evaluating the SOS Suicide Prevention Program: a replication and extension. *BMC Public Health* 2007; 7:161.
26. Schilling EA, Lawless M, Buchanan, et al. "Signs of Suicide" shows promise as a middle school suicide prevention program. *Suicide Life Threat Behav* 2014; 44(6):653-667.
27. King KA, Strunk CM, Sorter MT. Preliminary Effectiveness of Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program on Adolescents' Suicidality and Self-Efficacy Performing Help-Seeking Behaviors. *J Sch Health* 2011; 81(9):581-590.
28. Strunk CM, King KA, Vidourek RA, et al. Effectiveness of the Surviving the Teens® Suicide

- Prevention and Depression Awareness Program: An Impact Evaluation Utilizing a Comparison Group. *Health Educ & Behav* 2014; 41(6):605–613.
29. Strunk CM, Sorter MT, Ossege J, et al. Emotionally Troubled Teens' Help-Seeking Behaviors: An Evaluation of Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program. *J School Nurs* 2014; 30(5):366–375.
 30. Public Health Agency of Canada, Canadian Best Practices Portal (CA). Interventions; Aboriginal Ways Tried and True: Journey to Wellness (J2W) [Internet]; 2016. Available from: <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/aboriginalwtt/journey-to-wellness-j2w/>
 31. Pruden J, Burnouf K, Cherepacha K. Facilitator's guide: Journey to Wellnes. Saskatchewan: BTC Indian Health Services Inc.; 2010.
 32. Kratochwill, T. R., & Stoiber, K. C. Evidence-based interventions in school psychology: Conceptual foundations of the procedural and coding manual of Division 16 and the Society for the Study of School Psychology Task Force. *School Psychology Quarterly*, 2002; 17, 341–389.
 33. Berman, A. L., Jobes, D. A., & Silverman, M. M. Adolescent suicide: Assessment and intervention (2nd ed.). 2006; Washington, DC: American Psychological Association.
 34. Gutierrez, P. M., & Osman, A. Adolescent suicide: An integrated approach to assessment of risk and protective factors. 2008; DeKalb: Northern Illinois University Press.
 35. Mazza, J. J. School-based suicide prevention programs: Are they effective? *School Psychology Review*, 1997; 26, 382–396.
 36. Miller, D. N., & DuPaul, G. J. School-based prevention of adolescent suicide: Issues, obstacles, and recommendations for practice. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1996; 4, 221–230.
 37. Reynolds, W. M. A school-based procedure for the identification of students at-risk for suicidal behavior. *Family and Community Health*, 1991; 14, 64–75.
 38. Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., & Trautman, P. Preventing teenage suicide: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1988; 27, 675–687.
 39. Merrell, K. W., & Buchanan, R. Intervention selection in school-based practice: Using public health models to enhance systems capacity of schools. *School Psychology Review*, 2006; 35, 167–180.
 40. Kazdin, A. E. Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 1993; 48, 127–141.