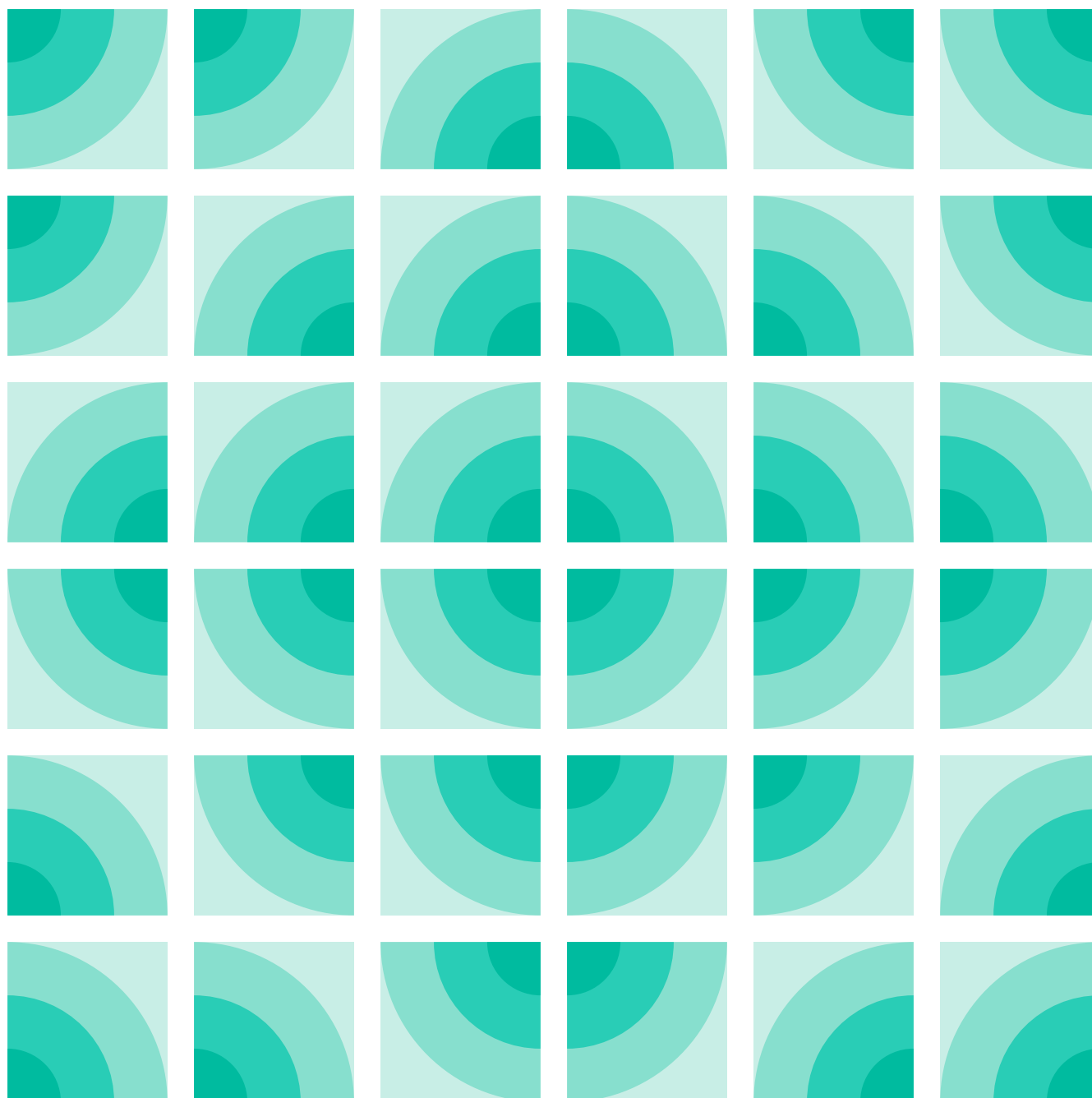


NO ESTÁS SOL@:
ORIENTACIONES PARA CUIDAR A
LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA
DESPUÉS DE UN SUICIDIO



NO ESTÁS SOL@:
ORIENTACIONES PARA CUIDAR A
LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA
DESPUÉS DE UN SUICIDIO

PROGRAMA
ra@ar

 VIDA UNIVERSITARIA UANDES

CIP - Universidad de Los Andes

No estás sol@: Orientaciones para cuidar a la comunidad universitaria después de un suicidio / Consuelo Ponce de León Atria [et al.] ; Francisco Javier Bustamante Volpi, Consuelo Ponce de León Atria editores.

p. : cm. - (Programa RADAR)

Incluye notas bibliográficas.

1.- Suicidio -- Prevención. 2.- Conducta Suicida. I.- Bustamante Volpi, Francisco Javier II.- Ponce de León Atria, Consuelo.

CDD 23

616.89

2025

RCA2



Universidad de
los Andes

**NO ESTÁS SOLO:
ORIENTACIONES PARA CUIDAR A LA COMUNIDAD
UNIVERSITARIA DESPUÉS DE UN SUICIDIO**

AUTORAS

Consuelo Ponce de León Atria
Camila Concha Rodríguez
Francisca Merino Vial

ISBN

978-956-389-029-7

EDITORES

Francisco Bustamante Volpi
Consuelo Ponce de León Atria

COLABORADORES

Equipo Programa RADAR: Leonardo Epstein, Priscila Gómez, Alexandra Epstein, Danilo Segovia y Belén Acevedo. Vida Universitaria UANDES: Valentina Busquet y Pamela Ellis. Grupo de trabajo Suicidio Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN): Tomas Baader. SEREMI de Salud Metropolitana: Pedro González.

Registro de derecho de autor, en el Departamento de Derechos Intelectuales en trámite.

Santiago de Chile
2025

www.programaradar.cl

Edición Digital bajo licencia:
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)



Índice

5. **PRÓLOGO**

6. **1. INTRODUCCIÓN**

- 7. 1.1. Epidemiología de la conducta suicida
 - 8. 1.2. Definición de postvención
 - 10. 1.3. Etapas de la postvención
-

11. **2. ETAPAS DEL PROTOCOLO**

- 12. 2.1. Preparación
 - 13. 2.2. Postvención inmediata
 - 15. 2.3. Postvención temprana
 - 17. 2.4. Postvención a corto plazo
 - 18. 2.5. Postvención a mediano plazo
 - 20. 2.6. Postvención a largo plazo
-

22. **3. CASOS ESPECIALES**

- 23. 3.1. Suicidio en el mismo recinto
 - 24. 3.2. Intentos de suicidio en el mismo recinto
-

25. **4. CONCLUSIONES**

28. **5. ANEXOS**

33. **6. BIBLIOGRAFÍA**

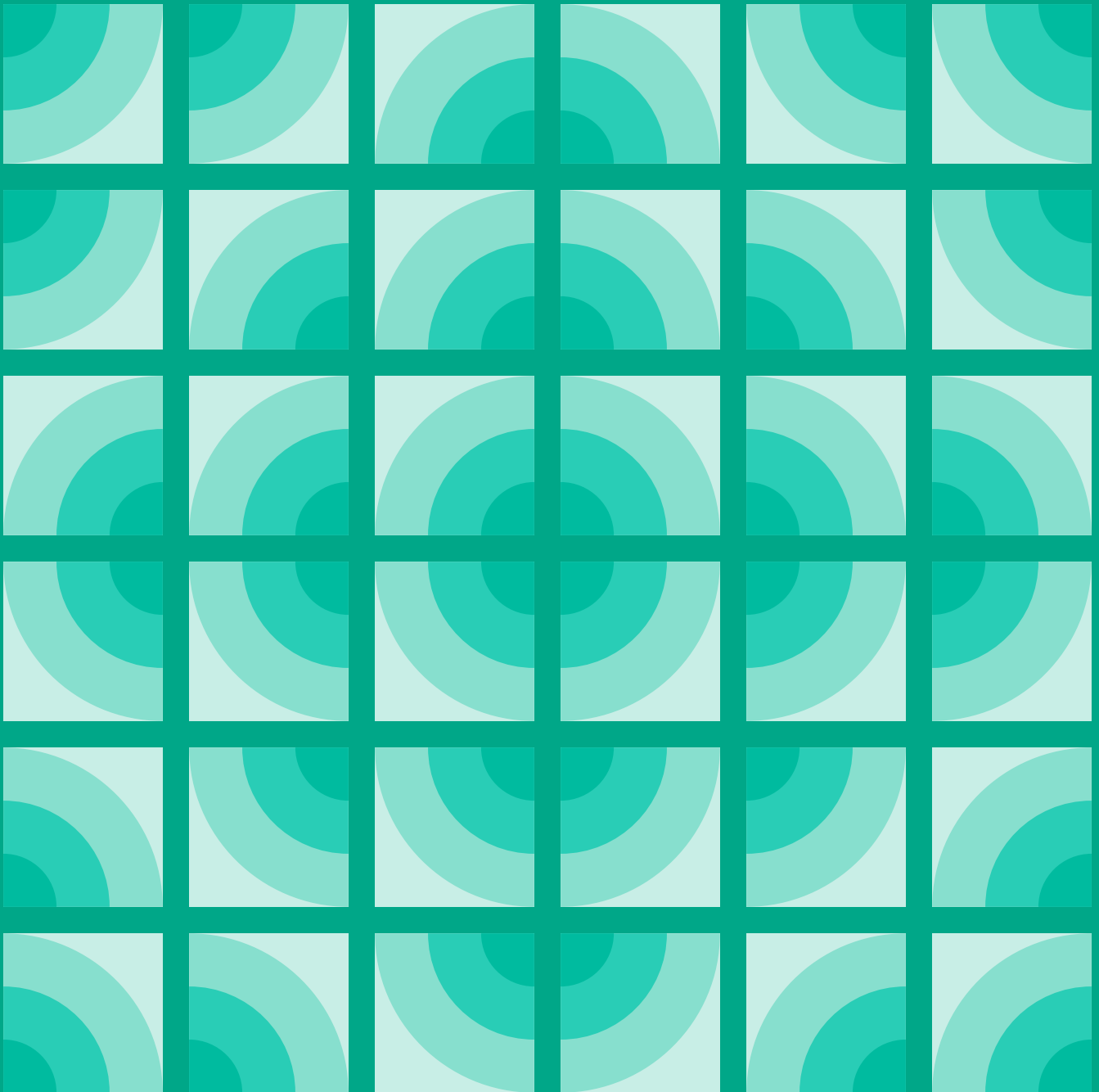
Prólogo

El equipo de RADAR y Vida Universitaria de la Universidad de los Andes, junto al Departamento de Salud Mental de la Clínica Universidad de los Andes, han desarrollado el presente documento con el objetivo de dar una estructura adecuada y basada en la evidencia sobre los pasos a realizar posteriores al fallecimiento por suicidio de un miembro de la comunidad universitaria.

Agradecemos el apoyo del Grupo de Trabajo en Suicidología de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN) y del equipo de la unidad de salud mental de la SEREMI de Salud Metropolitana.

Este manual está dedicado a las hijas, hijos, padres, madres, esposas, esposos, hermanas, hermanos, nietos, nietas, primas, primos, amigos, amigas y cercanos que vivimos el duelo de perder a alguien querido por suicidio.

1. INTRODUCCIÓN



1.1. Epidemiología de la conducta suicida

Cada año, más de 700,000 personas mueren por suicidio en el mundo, y muchas más lo intentan (Davis Weaver et al., 2025). Este fenómeno no solo afecta profundamente a las familias y amigos de quienes han fallecido, sino que también tiene un impacto significativo en las comunidades. El duelo por suicidio puede generar sentimientos de tristeza, culpa, rabia y aislamiento en aquellos que sobreviven a un evento tan devastador (Jordan, 2011). Asimismo, las instituciones y los entornos laborales o educativos experimentan desafíos emocionales y operativos, lo que pone de manifiesto la necesidad de estrategias efectivas de apoyo y prevención para manejar estas situaciones de manera integral.

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad en la población joven, siendo un problema de salud pública de gran relevancia a nivel mundial (Araneda et al., 2021). Las tasas de incidencia (Araneda et al., 2021) han mostrado un crecimiento sostenido en los últimos años, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y promoción de la salud mental. A nivel mundial, en 2021, fue la tercera causa de muerte en personas de 15 a 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2021; Sher & Oquendo, 2023) y en Chile, entre 2000 y 2017, las tasas de mortalidad por suicidio fueron de 8.5, 5.4 y 14.7 por cada 100,000 habitantes en los grupos de 10-24, 10-19 y 20-24 años (Araneda et al., 2021) respectivamente, convirtiéndose en la actualidad en la segunda causa de muerte en personas de 15 a 24 años, después de los accidentes de tránsito (Minsal, 2013). La población masculina presenta una tasa de mortalidad por suicidio 4.7 veces mayor que la femenina, mientras que las mujeres reportan 4.5 veces más intentos autolíticos que la población masculina (Araneda et al., 2021; Ventura-Juncá et al., 2010).

Entre los factores de riesgo asociados a la mortalidad por suicidio se encuentran los trastornos psiquiátricos, el antecedente de un intento previo, enfermedades físicas, bajo nivel educacional, el desempleo (Favril et al., 2023), la falta de acceso a servicios de salud mental adecuados y el impacto de factores socioculturales, como la falta de redes de apoyo (Araneda et al., 2021). El suicidio ocurre mayoritariamente en el contexto de enfermedades psiquiátricas; más del 90% de las personas que fallecen por suicidio padecen alguna. Las patologías más frecuentemente asociadas son los trastornos del ánimo: trastornos depresivos unipolares y bipolares (presentes en el 60% de los casos), seguidos por los trastornos por abuso de sustancias, de personalidad, ansiosos y psicóticos (Kim et al., 2025; Sher & Oquendo, 2023; Yeh et al., 2019).

Las estadísticas subrayan la necesidad de fortalecer los sistemas de salud mental mediante un acceso oportuno y equitativo a tratamientos especializados (Ahmedani & Vannoy, 2014; Occhipinti et al., 2021). Asimismo, resaltan la importancia de diseñar políticas públicas que prioricen la detección temprana de trastornos mentales, promuevan campañas de sensibilización con el objetivo, en parte, de reducir el estigma hacia la salud mental y que aseguren la disponibilidad de recursos para intervenciones preventivas en poblaciones vulnerables.

1.2. Definición de postvención

Dado este alarmante panorama, diversos países y asociaciones han implementado programas de prevención del suicidio con un enfoque integral y estructurado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado enfoques integrales para la prevención del suicidio, destacando la importancia de intervenciones basadas en la evidencia y adaptadas a las necesidades específicas de cada comunidad. En junio de 2021, la OMS lanzó la guía "LIVE LIFE – VIVIR LA VIDA" (Organización Mundial de la Salud, 2021), que propone cuatro intervenciones clave para la prevención del suicidio:

1. **Restricción del acceso a los medios letales:** Implementar medidas que limiten la disponibilidad de métodos comúnmente utilizados en suicidios, como armas de fuego, pesticidas y medicamentos.
2. **Fomento de la interacción con los medios de comunicación:** Promover una cobertura mediática responsable del suicidio, evitando la exageración mediática y proporcionando información sobre cómo buscar ayuda.
3. **Desarrollo de habilidades socioemocionales en adolescentes:** Implementar programas educativos que fortalezcan la resiliencia, el manejo del malestar emocional y las habilidades de afrontamiento en comunidades infantojuveniles.
4. **Identificación, evaluación y seguimiento de personas en riesgo:** Capacitar a los profesionales de la salud para reconocer y tratar adecuadamente a individuos con comportamientos suicidas o trastornos mentales asociados.

El modelo preventivo se estructura en tres categorías: intervenciones universales, selectivas e indicadas, las cuales se aplican en función de la población objetivo y el nivel de riesgo identificado. Este enfoque permite adaptar las estrategias de prevención de manera efectiva, garantizando una respuesta adecuada a las necesidades específicas de cada grupo (Mann et al., 2021; Organización Mundial de la Salud):

1. **Intervenciones Universales:** Orientadas a la población general, independientemente del riesgo suicida. Buscan reducir factores de riesgo y potenciar factores protectores en la comunidad general, por ejemplo, campañas de promoción de salud mental, programas psicoeducativos en escuelas y restricciones al acceso de medios letales, como armas de fuego y ciertos medicamentos de toxicidad.
2. **Intervenciones Selectivas:** Destinadas a grupos de población con mayor riesgo suicida, como individuos que presenten patologías psiquiátricas. Ejemplos de estas intervenciones son los programas de apoyo psicológico a los alumnos detectados con síntomas de la esfera psiquiátrica en los establecimientos educacionales.
3. **Intervenciones Indicadas:** Destinadas a individuos con conductas suicidas previas o con un alto riesgo suicida. Ejemplos de estas, serían tratamientos psiquiátricos como psicofarmacoterapia y psicoterapia.

La postvención se define como **la respuesta institucional y comunitaria posterior a una muerte por suicidio** (Dempster et al., 2023; Erlich et al., 2017; Hill et al., 2022a) y se enmarca, a su vez, como **una estrategia de prevención y promoción de la salud mental** (Andriessen, 2009). Esta estrategia abarca intervenciones tanto institucionales como específicas para los casos de riesgo secundario al evento. **Su propósito es promover la resiliencia y prevenir futuros eventos similares, y se estructura en dos enfoques fundamentales: promoción y prevención.**

Por un lado, la **promoción** busca facilitar el proceso de duelo (Ruocco et al., 2022), proporcionando herramientas de afrontamiento y resiliencia tanto a nivel individual como colectivo. Es fundamental que las instituciones y comunidades adopten un enfoque integral que incluya apoyo psicológico, acompañamiento emocional y la generación de espacios de conversación que permitan validar las emociones y sentimientos de quienes atraviesan esta experiencia, ofreciendo apoyo emocional a las personas afectadas y ayudando a la comunidad a restablecer su equilibrio y rutina (Griffin et al., 2022a). Por otro lado, la **prevención** se enfoca en minimizar los efectos negativos asociados al evento traumático, tales como la aparición de síntomas de estrés postraumático, así como en evitar el fenómeno de contagio o efecto Werther. El efecto Werther (Calvo et al., 2024; Dempster et al., 2023) describe situaciones en que la representación mediática del suicidio, especialmente si se presenta de forma romantizada o idealizada (Sudak, 2005), puede influir negativamente en personas susceptibles, incrementando el riesgo de desarrollar conductas suicidas.

Es fundamental que los protocolos de postvención sean flexibles y adaptables a las características y necesidades específicas de cada comunidad, manteniendo siempre los siguientes objetivos generales como guía (Dumon & Portzky, 2014; Szumilas & Kutcher, 2011):

- Proporcionar apoyo integral a los individuos sobrevivientes, gestionando adecuadamente la experiencia traumática y regulando las reacciones emocionales, psíquicas, físicas y conductuales derivadas del evento.
- Estabilizar el entorno afectado, promoviendo el restablecimiento del orden y facilitando el retorno progresivo a la rutina y la normalidad.
- Prevenir el efecto contagio, limitando la incidencia de nuevas conductas suicidas dentro de la comunidad.
- Evitar la institucionalización del duelo, respetando los tiempos y procesos emocionales individuales y colectivos.
- Evaluar y actualizar continuamente los programas de prevención y postvención, asegurando su efectividad y pertinencia frente a las necesidades emergentes.

Estos lineamientos no solo permiten abordar las secuelas inmediatas de una muerte por suicidio, sino que también contribuyen a la construcción de comunidades más resilientes y preparadas para enfrentar situaciones críticas en el futuro.

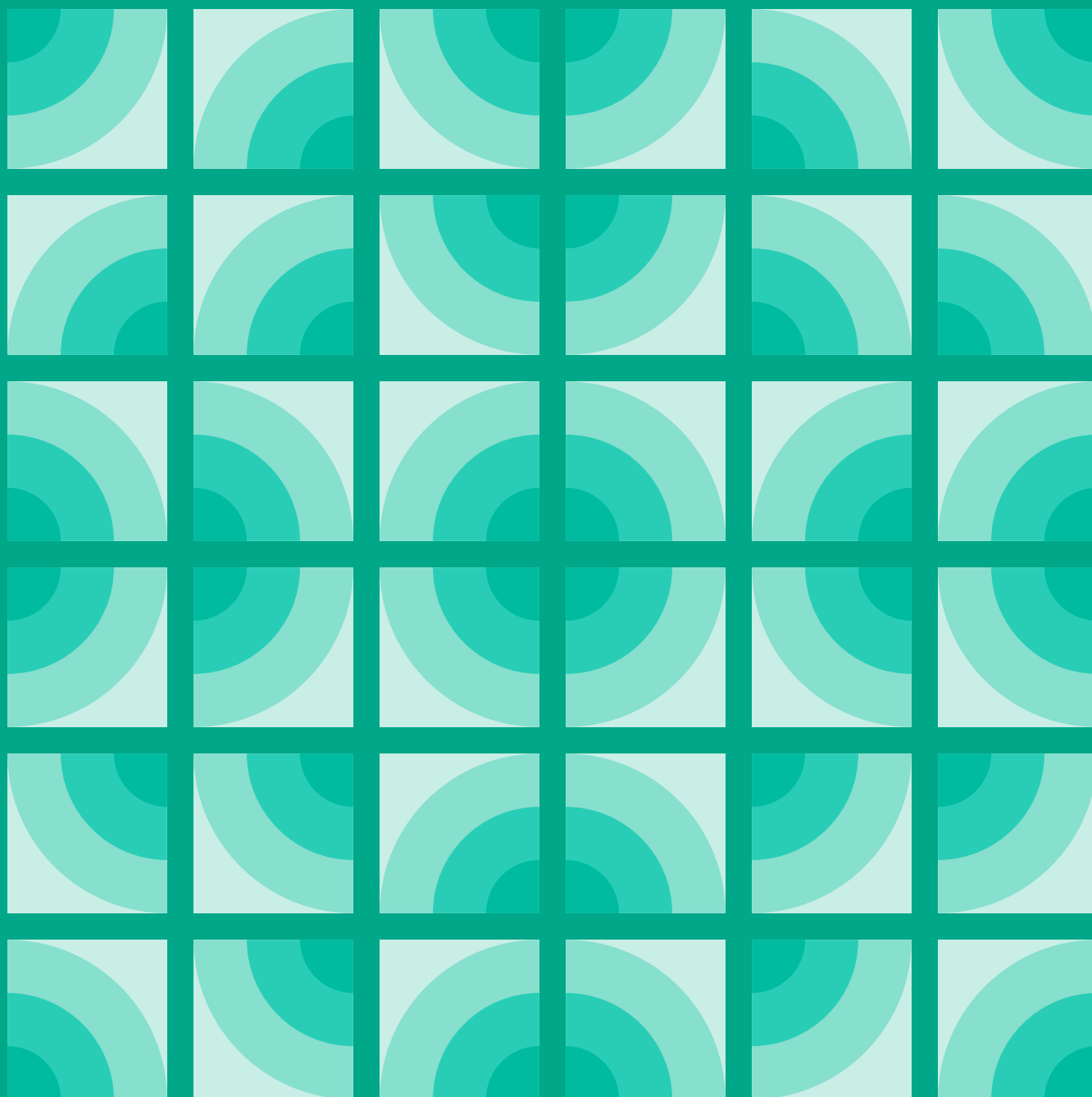
1.3. Etapas de la postvención

Una postvención efectiva debe estar estructurada en una serie de etapas que se realizan en forma consecutiva. La figura 1 nos muestra estas etapas en un orden temporal.

Figura 1. Esquema de flujo de etapas de la postvención



2. ETAPAS DEL PROTOCOLO



2.1. Preparación

DURACIÓN: 6 HORAS

El objetivo principal de esta etapa es crear un equipo coordinador que lidere las acciones futuras relacionadas con la prevención y manejo de crisis derivadas de una muerte por suicidio en la organización. Los miembros del equipo, sus objetivos y responsabilidades deben ser definidas de manera previa y anticipada, como parte de las acciones institucionales del plan de salud mental de la comunidad universitaria.

El comité debe definirse desde el momento en que la institución decide crear una política institucional para la prevención del suicidio. El comité debe estar integrado por (Dumon & Portzky, 2014; POSTVENTION AUSTRALIA GUIDELINES A Resource for Organisations and Individuals Providing Services to People Bereaved by Suicide, 2017):

1. **Un representante de la directiva de la comunidad:** Puede ser la principal autoridad de la institución académica (ejemplo: miembro del consejo de rectoría de una universidad, miembros del decanato correspondiente, etc).
2. **Un representante del área de comunicaciones de la comunidad:** Este miembro será responsable de garantizar una gestión adecuada de la comunicación interna y externa durante las diferentes etapas del protocolo.
3. **Al menos dos profesionales de salud mental:** Encargados de la coordinación y gestión de las intervenciones destinadas a la comunidad afectada. Estos deben estar constantemente asesorando todas las actividades que el comité realice.

Las funciones del comité de crisis se centran en la:

- **Gestión de comunicaciones formales:** Es encargado de redactar y transmitir mensajes claros, respetuosos y responsables a la comunidad, evitando información sensacionalista o inexacta que pueda generar confusión o aumentar el riesgo de contagio (Sinyor et al., 2018).
- **Coordinación de estrategias de intervención en crisis:** El comité debe organizar las estrategias de intervención en crisis a realizar, las que están estipuladas en la etapa de postvención temprana.
- **Actualización y ajustes del protocolo de postvención:** De forma semestral, el comité está encargado de mantener el protocolo en constante revisión, enriqueciéndose de nueva evidencia nacional e internacional en el ámbito de la prevención y manejo del suicidio.
- **Evaluación del protocolo:** El comité debe monitorear las medidas implementadas y evaluar el cumplimiento de los objetivos de cada etapa.

Para garantizar que el comité esté preparado y en sintonía con las mejores prácticas, se deben realizar actualizaciones anuales de los miembros, incluyendo etapas de capacitación en las últimas estrategias preventivas y postventivas basadas en evidencia.

La etapa de preparación es crucial para crear un entorno comunitario que no solo esté mejor equipado para responder a una crisis, sino que también fomente un enfoque preventivo sólido y sostenible en el tiempo.

2.2. Postvención inmediata

2.2.1. COMUNICACIÓN DE LA MUERTE



DURACIÓN: PRIMERAS 24 HORAS

El objetivo principal de esta fase es comunicar el fallecimiento del individuo a la comunidad de forma adecuada, dentro de las primeras 24 horas tras el deceso (Ruocco et al., 2022; Sudak, 2005). Esta etapa es de suma importancia, ya que el manejo del tono, el lenguaje empleado y la oportunidad del mensaje pueden disminuir el riesgo de contagio (efecto Werther) (Calvo et al., 2024; Dempster et al., 2023) y fortalecer la conexión entre la comunidad y los servicios de salud disponibles. Esto resulta crucial como parte de las estrategias de prevención secundaria, al ofrecer información sobre canales de ayuda para quienes se encuentren en situación de riesgo suicida.

El comité de crisis, responsable de emitir el comunicado, debe:

- Conocer y aplicar los lineamientos internacionales y nacionales recomendados sobre la comunicación de noticias relacionadas con suicidios.
- Identificar y divulgar información precisa sobre las instituciones y servicios de salud disponibles para la derivación de personas en riesgo.

Para garantizar una comunicación adecuada, se recomienda basarse en guías internacionales como las Recomendaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (Dumon & Portzky, 2014; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021) y en los protocolos contenidos en el programa nacional de prevención del suicidio establecido por la autoridad sanitaria local (Nacional De Prevención Del Suicidio, 2019.; PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO-Orientaciones Para Su Implementación Ministerio de Salud PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Orientaciones Para Su Implementación DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA 2013 Norma General Administrativa N° 027, n.d.).

Procedimientos:

- **Confirmación de la información:** El comité debe comunicarse primero con la familia del fallecido para corroborar los hechos antes de emitir un comunicado oficial, de manera que estos autoricen su divulgación y contenido. Esto garantiza la precisión y el respeto hacia los familiares, minimizando la posibilidad de información incorrecta o rumores. Es recomendable que el comité de crisis tenga un encuentro personal de acogida y oferta de ayuda con la familia si ésta lo acepta.

Se sugiere comunicar la información del fallecimiento de forma personal al docente o encargado del curso, director de escuela, según sea el caso de la comunidad.

- **Emisión del comunicado:** La información debe proporcionarse lo antes posible, idealmente dentro de las primeras 24 horas (Sinyor et al., 2018), para evitar la propagación de datos no verificados. En caso de que el fallecimiento ocurra durante fines de semana o períodos vacacionales, el comité debe convocarse de forma extraordinaria para coordinar la comunicación.

- **Contenido del mensaje:** El mensaje debe ser claro, conciso y respetuoso, evitando detalles sobre el método utilizado o posibles detonantes (por ejemplo, fracaso académico o ruptura sentimental), ya que esto puede simplificar indebidamente la complejidad del suicidio. Se recomienda utilizar términos adecuados como "falleció por suicidio" en lugar de "cometió suicidio", previa consulta con la familia y evaluación del contexto. No se debe romantizar ni dramatizar el evento para evitar un impacto negativo en la comunidad. El mensaje debe terminar con los contactos de servicios de ayuda médica y psicológica.
- **Plataforma de comunicación:** El comité debe decidir la vía oficial para transmitir la información (correo institucional, página web, redes sociales oficiales, etc.). Esta plataforma debe permitir entregar:
 - Detalles sobre modificaciones en horarios académicos o laborales.
 - Información de contacto de centros asistenciales y líneas de emergencia locales (ejemplo: 4141 en nuestro país).
 - Datos sobre canales de ayuda psicológica disponibles dentro y fuera de la institución.
- **Invitación a intervenciones de apoyo:** El comunicado puede incluir (o anunciar en un segundo momento) una invitación a sesiones de intervención lideradas por el equipo de salud mental, indicando fecha, lugar y horario.

Ejemplo de comunicado:

A continuación, se presenta un modelo tipo para el mensaje destinado a la comunidad:

Asunto: Comunicado importante para la comunidad de [nombre de la institución]

Estimados alumnos/miembros de la comunidad [nombre de la institución]:

Con profunda tristeza les informamos del fallecimiento de [nombre y apellido, curso/departamento] perteneciente a nuestra comunidad, ocurrido el día [fecha].

Ofrecemos nuestras más sinceras condolencias a su familia, amigos y seres queridos en este difícil momento.

Reconocemos que esta pérdida puede generar un impacto significativo en nuestra comunidad, provocando mucho sufrimiento. Por ello, ponemos a disposición nuestro protocolo de intervención en caso de riesgo, así como el equipo de apoyo psicológico de la institución. Pueden contactarse a través de [número de teléfono, correo electrónico, página web, etc.].

Agradecemos su comprensión y apoyo durante este proceso.

2.3. Postvención temprana

A. INTERVENCIÓN EN CRISIS

DURACIÓN: ENTRE 48 Y 72 HORAS

El objetivo de esta etapa es llevar a cabo sesiones de intervención en crisis (Berardelli, 2020; Coquelin et al., 2024; Ruocco et al., 2022) con los miembros más cercanos al fallecido, además de identificar de manera temprana a personas con riesgo suicida dentro de la comunidad. Esta intervención permite la expresión emocional en un espacio seguro para los participantes, dando lugar a la validación de todo tipo de emociones, incluso aquellas complejas como la rabia o la culpa; de esta forma se logra mitigar el efecto de contagio y establecer las bases para un apoyo continuo.

El equipo de salud mental del comité debe implementar los mecanismos de identificación de los miembros de la comunidad con riesgo suicida. Son alternativas para esto, la detección pasiva en donde se deja el contacto telefónico o canal de comunicación con los equipos de salud mental de la institución. Aquí cobra relevancia la disponibilidad y el acceso de la ayuda psicológica que fueron entregados en primera instancia, en el comunicado de la información y en la invitación a la participación de estas actividades.

Especial atención requieren individuos que presenten factores de riesgo:

- Personas que hayan tenido intentos suicidas previos. Dicha población debiese ser identificada por el equipo psicosocial de la institución de forma previa, confidencial y realizar un contacto evitando su estigmatización.
- Individuos con diagnósticos de salud mental preexistentes y grupos minoritarios.
- Miembros de la comunidad enfrentando eventos vitales de alta carga emocional, como el fallecimiento de un familiar, problemas económicos o conflictos familiares.
- Testigos directos o indirectos de la muerte, incluyendo familiares, amigos cercanos, compañeros de clase, docentes y colaboradores cercanos al fallecido, así como personas que hayan recibido comunicaciones previas sobre las intenciones suicidas del fallecido.

Consideraciones para la intervención en crisis:

Las actividades de intervención deben iniciarse con el núcleo más cercano al fallecido y extenderse gradualmente a otros miembros de la comunidad, siguiendo estos lineamientos:

- La participación debe ser estrictamente voluntaria.
- Las intervenciones grupales deben realizarse en un espacio adecuado dentro de la institución, en horarios protegidos.
- Los grupos deben ser reducidos (8-10 participantes) y tener una duración limitada para optimizar el apoyo emocional.
- Las sesiones deben ser lideradas por integrantes del equipo de salud mental de la institución, previamente capacitados en intervención en crisis, y quienes serán los referentes del grupo y responsables de gestionar derivaciones y seguimientos.

- Se debe fomentar la expresión emocional, validando las emociones experimentadas, como tristeza, culpa o rabia, enfatizando que no hay una "forma correcta" de atravesar el duelo.
- Promover estrategias de autocuidado, como mantener una higiene del sueño adecuada, evitar el consumo de sustancias psicoactivas y facilitar un retorno paulatino a las actividades diarias.
- Entregar un plan en caso de crisis emocional o suicida. Las instituciones deben apegarse a la Guía Práctica en Salud Mental y Prevención de Suicidio para estudiantes de Educación Superior (Ministerio de Salud de Chile, 2019.).
- Ofrecer, si está disponible, acompañamiento espiritual como complemento para quienes lo deseen.
- Proporcionar información sobre los canales de ayuda psicológica, centros asistenciales y servicios de urgencia en salud mental.
- Registrar cada intervención, detallando el número de asistentes, el profesional a cargo y los casos de riesgo identificados.
- Ofrecer seguimiento psicológico quienes lo soliciten (Montenegro & Cabello, 2011.), destacando que el suicidio no es una solución a los problemas y reforzando la existencia de canales institucionales de apoyo. Se debe ofrecer especialmente seguimiento a los afectados más cercanos a la persona fallecida, como compañeros de curso, amigos, pareja, profesores, administrativos, etc.

B. EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA



DURACIÓN: CONTINUO

El propósito de esta etapa es realizar un seguimiento exhaustivo a las personas identificadas con riesgo suicida durante las intervenciones previas o mediante otros procedimientos que la institución haya determinado.

La forma de evaluación del riesgo suicida será determinada por los miembros del comité de crisis, considerando los recursos disponibles y la capacitación del equipo de salud mental, bajo la premisa de la flexibilidad que el equipo debe presentar según cada comunidad. Se debe garantizar el registro y seguimiento continuo de los casos detectados, asegurando que reciban la atención adecuada según el nivel de riesgo identificado.

Este enfoque asegura que las intervenciones en crisis no solo contengan el impacto inmediato de la pérdida, sino que también contribuyan a identificar y apoyar a personas en riesgo, estableciendo una red de protección eficaz dentro de la comunidad.

2.4. Postvención a corto plazo



DURACIÓN: 72 HORAS A 1 MES

El objetivo de esta etapa es garantizar un seguimiento continuo y personalizado a los individuos identificados en riesgo suicida, consolidando una red de apoyo eficaz y minimizando la posibilidad de nuevos intentos suicidas (Griffin et al., 2022b; Hill et al., 2022b). Todas las instituciones de educación superior deben contar con una unidad de salud mental que se encargue de realizar estos seguimientos de forma centralizada, para luego enlazarlos con las instituciones exteriores de la red de salud.

Seguimiento a individuos en riesgo:

El equipo de salud mental de la institución debe establecer un contacto periódico con las personas previamente identificadas en riesgo, lo que incluye:

1. **Corroborar síntomas:** Monitorear la evolución de los síntomas emocionales y psicológicos asociados al riesgo suicida.
2. **Evaluar la gravedad del riesgo:** Identificar cambios en la intensidad o frecuencia de las ideaciones suicidas, así como la presencia de factores desencadenantes recientes.
3. **Estado de tratamiento:** Asegurarse de que los individuos estén recibiendo atención terapéutica adecuada, ya sea dentro o fuera de la institución.
4. **Revisar la red de apoyo:** Verificar si el individuo cuenta con un entorno de apoyo emocional, ya sea familiar, social o institucional.
5. **Facilitar la derivación:** Proveer acceso oportuno a servicios especializados, como líneas de emergencia, centros de salud mental o terapeutas certificados, en caso de ser necesario.

La estrategia de seguimiento es una de las más validadas por la literatura científica como una de las intervenciones más efectivas en la población en riesgo suicida, ya que proporciona una contención continua y fomenta la adherencia al tratamiento (Bustamante et al., 2018; Griffin et al., 2022b; Hill et al., 2022b).

Atención a nuevos casos:

Aunque el protocolo plantea intervenciones específicas en etapas, es crucial mantener la flexibilidad. En fechas relevantes o sensibles, como aniversarios, eventos conmemorativos, exámenes importantes o cambios significativos en la dinámica de la comunidad, pueden surgir nuevos casos de riesgo suicida.

En estos casos, el equipo de salud mental debe:

- Evaluar de manera inmediata: Aplicar el protocolo de riesgo suicida previamente establecido, utilizando herramientas de detección estandarizadas y entrevistas clínicas (Bustamante et al., 2018).
- Proveer apoyo individualizado: Implementar estrategias de intervención en crisis si es necesario, adaptadas al contexto particular del individuo.

- Registrar y actualizar: Incorporar estos nuevos casos al seguimiento formal, garantizando que no queden fuera de la red de apoyo institucional.

Este enfoque permite consolidar un sistema de postvención robusto que no solo responde a las necesidades inmediatas tras una pérdida, sino que también fortalece la capacidad de la institución para manejar casos futuros de manera proactiva.

2.5. Postvención a mediano plazo



DURACIÓN: DEL PRIMER MES HASTA EL PRIMER AÑO

El propósito de esta etapa es evaluar de manera sistemática el protocolo implementado, documentar el proceso y resultados obtenidos, así como continuar con el seguimiento de la población en riesgo suicida. Además, es fundamental que durante esta etapa se realicen estrategias de sensibilización comunitaria en torno a la salud mental y el suicidio, con especial énfasis en el manejo del primer aniversario del fallecimiento.

2.5.1. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE POSTVENCIÓN

Aproximadamente seis meses después de la activación del protocolo, es crucial realizar una revisión exhaustiva del plan de acción para identificar áreas de mejora. Este análisis, liderado por el comité de crisis, debe incluir:

- **Cumplimiento de objetivos:** Evaluar si se lograron los objetivos establecidos para cada fase del protocolo.
- **Adhesión a plazos:** Verificar si las actividades planificadas se realizaron en los tiempos establecidos.
- **Registro de actividades:** Documentar las acciones llevadas a cabo, incluyendo intervenciones, talleres, seguimiento de casos y comunicaciones.
- **Identificación de dificultades:** Resaltar los desafíos encontrados durante la implementación, como insuficiencia de personal, recursos limitados o falta de participación de la comunidad.
- **Medidas de mejora:** Proponer ajustes específicos para optimizar la respuesta ante situaciones futuras similares.

El resultado de esta revisión debe plasmarse en un **informe detallado** que sirva como referencia para futuras actualizaciones del protocolo.

2.5.2. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE SENSIBILIZACIÓN

Durante esta etapa, es fundamental organizar talleres y actividades orientados a la prevención del suicidio y la promoción de la salud mental dentro de la comunidad.

Estas actividades deben:

- Enfocarse en temáticas relacionadas con el manejo del duelo, estrategias de autocuidado, identificación de señales de alerta y fortalecimiento de redes de apoyo.
- Contar con la participación de expertos en salud mental para garantizar un enfoque profesional y basado en evidencia.
- Estar diseñadas de manera inclusiva y accesible para toda la comunidad, fomentando un ambiente de confianza y aprendizaje. Particular importancia deben tener los grupos cercanos al individuo fallecido.

Manejo del primer aniversario del fallecimiento

El primer aniversario del fallecimiento es una fecha particularmente sensible que requiere una planificación cuidadosa. Las actividades conmemorativas deben:

- Evitar la romantización del suicidio: Es fundamental evitar discursos que idealicen o glorifiquen la muerte, para prevenir el efecto de contagio.
- Mantener la sobriedad: Diseñar eventos o actividades discretas que respeten el duelo de la comunidad sin exacerbar emociones intensas.
- Incluir información preventiva: Incorporar en las actividades mensajes claros sobre los canales de ayuda disponibles y la importancia de buscar apoyo en momentos de crisis.

Ejemplos de actividades sugeridas incluyen:

- Charlas sobre salud mental y manejo del duelo.
- Instalación de un espacio simbólico (no permanente) para reflexionar sobre la importancia de cuidar la salud mental.
- Difusión de recursos y servicios de apoyo en salud mental, como líneas telefónicas de emergencia o contacto con psicólogos de la institución.

Seguimiento continuo de la población en riesgo:

Al igual que en la etapa de postvención a corto plazo, es necesario mantener un seguimiento estructurado de al menos un año, para las personas previamente identificadas con riesgo suicida. Esto incluye:

- Revisión periódica de su estado emocional, su adherencia al tratamiento y su nivel de riesgo.
- Asegurar el acceso continuo a recursos de apoyo y derivación en caso de ser necesario.

Esta etapa consolida el aprendizaje institucional, fortalece las redes de apoyo comunitarias y contribuye a la prevención a largo plazo, promoviendo un entorno más resiliente y sensibilizado ante el suicidio y la salud mental.

2.6. Postvención a largo plazo

Duración: A partir del primer año en adelante

El objetivo principal de esta etapa es consolidar las estrategias de prevención del suicidio a largo plazo, fortaleciendo el aprendizaje obtenido durante la implementación del protocolo y promoviendo la mejora continua de las intervenciones institucionales.

AJUSTES Y MEJORA CONTINUA DEL PROTOCOLO

En esta etapa, el comité de crisis debe:

1. Revisar y actualizar el protocolo:

- Incorporar los aprendizajes y experiencias obtenidos durante las etapas previas del proceso de postvención.
- Integrar nueva evidencia científica y lineamientos actualizados provenientes de organismos nacionales e internacionales relacionados con la prevención del suicidio, como la OMS y las autoridades sanitarias locales.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones y las herramientas utilizadas, como las escalas de riesgo o los talleres de sensibilización.

2. Implementar medidas de mejora:

- Adaptar las estrategias de prevención y postvención para cubrir posibles vacíos detectados en el proceso.
- Proponer nuevas iniciativas para fortalecer la sensibilización sobre la salud mental en la comunidad.

3. Capacitar al personal médico y no médico:

- Asegurar la formación continua de los miembros del comité de crisis y del equipo de salud mental en temas relacionados con la prevención del suicidio y la intervención en crisis.
- A nivel nacional existen experiencias robustas sobre la capacitación de agentes comunitarios en la prevención del suicidio. El Instituto de Neurociencias Clínicas de la Universidad Austral de Chile y la Alianza Chilena Contra la Depresión han creado la guía "Vive, yo te ayudo" con capacitar facilitadores comunitarios en la detección y prevención de la depresión y la conducta suicida. Se enfoca en la formación de personas clave dentro de la comunidad, como profesores, funcionarios de salud, bomberos y líderes locales, quienes pueden actuar como *gatekeepers* (protectores o intermediarios) en la prevención del suicidio (Álamo C, 2015).

ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL

Este debe contener un análisis detallado del impacto del protocolo de postvención, una evaluación del nivel de efectividad de las estrategias implementadas y recomendaciones para optimizar futuras intervenciones. Asimismo, es recomendable que el informe contemple un seguimiento a mediano y largo plazo de los casos identificados en riesgo, asegurando que reciban el apoyo necesario para su recuperación emocional y psicológica.

Se debe redactar un informe detallado dirigido a las autoridades de la institución, que incluya:

- **Resultados obtenidos:** Resumen de los logros alcanzados en las diferentes fases del protocolo.
- **Evaluación del impacto:** Análisis de cómo las intervenciones afectaron a la comunidad, tanto en términos de prevención como de atención a la salud mental.
- **Recomendaciones:** Propuestas de mejora y estrategias para fortalecer las políticas institucionales a largo plazo.
- **Plan de seguimiento:** Sugerencias sobre cómo garantizar la sostenibilidad de las acciones implementadas en el futuro.

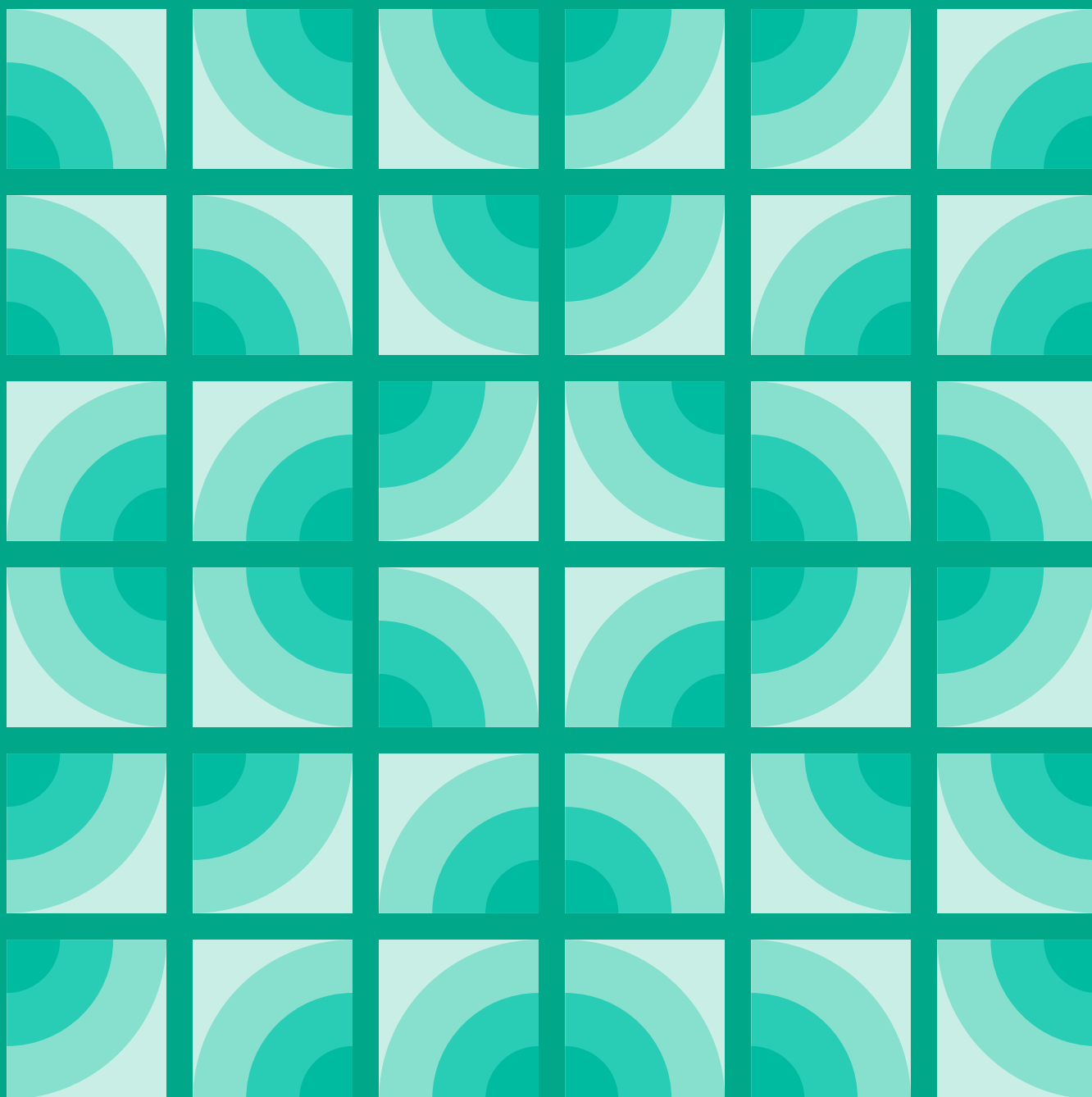
PROMOCIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO A LARGO PLAZO

La prevención del suicidio debe mantenerse como una prioridad institucional. Para ello, se sugiere:

- **Campañas de sensibilización periódicas:** Continuar con talleres, charlas y actividades enfocadas en la promoción de la salud mental.
- **Establecimiento de un entorno seguro:** Reforzar medidas que fomenten un ambiente saludable y de apoyo emocional dentro de la comunidad.
- **Monitoreo continuo:** Mantener un sistema para detectar y atender posibles casos de riesgo suicida de manera oportuna.

Esta etapa representa el compromiso de la institución con la construcción de una comunidad resiliente, capaz de enfrentar desafíos emocionales y prevenir futuras situaciones de riesgo.

3. CASOS ESPECIALES



3.1. Suicidio en el mismo recinto

Se presentan los pasos a seguir en caso de que el fallecimiento ocurriera dentro del establecimiento.

1. Garantizar la seguridad inmediata del lugar:

- Asegurar el área: Se debe restringir el acceso al lugar donde ocurrió el suceso para evitar la alteración de la escena y proteger la privacidad.
- Evitar especulaciones: No se debe difundir información no confirmada.

2. Notificar a las autoridades:

- Llamar a los servicios de emergencia y encargados de seguridad de la institución: Se debe comunicar de forma inmediata al servicio de policía local y a los servicios médicos de emergencia.
- Informar al responsable del recinto: Se debe notificar a la persona o departamento encargado de la administración del lugar.

3. Proteger la privacidad y la dignidad de la persona fallecida:

- Evitar divulgar detalles personales: Bajo ningún motivo se pueden difundir fotografías o la identidad del fallecido ni detalles del suceso, salvo con las autoridades pertinentes en acuerdo.
- Cuidado con los medios de comunicación: Si hay prensa involucrada, remitir las preguntas a un vocero oficial para evitar malentendidos o difusión indebida.

4. Brindar apoyo a los presentes:

- Atención inmediata: Ofrecer un lugar seguro para quienes puedan estar emocionalmente afectados.
- En caso de estudiantes de regiones, se recomienda que la institución pueda apoyar económicamente a los familiares para asistirlos.

5. El resto de las etapas son homólogas a las del protocolo.

6. Seguimiento:

- Atención continua: Asegurarse de que quienes estuvieron directamente afectados reciban apoyo emocional a largo plazo.
 - Transparencia con los avances: Si es apropiado, compartir las conclusiones de las autoridades con las partes interesadas de forma discreta y respetuosa.
-

3.2.

Intentos de suicidio en el mismo recinto

Los intentos suicidas no fatales en estudiantes universitarios son una preocupación que produce un impacto en la comunidad relevante. Estos eventos, aunque no culminan en la pérdida de vida, representan una señal de alerta crítica sobre el bienestar mental del estudiante y la necesidad urgente de intervención y apoyo a la comunidad cercana.

A continuación se presentan las actividades recomendadas.

1. Intervención Inmediata:

- La unidad de salud mental de la institución debe contactar al estudiante y/o su familia, garantizando la confidencialidad.
 - Asegurar que el estudiante tenga acceso a servicios de salud mental.
 - Proveer apoyo psicológico inmediato a los estudiantes cercanos y a los profesores más involucrados. Informar sobre los recursos de apoyo emocional disponibles y, si es necesario, considerar intervenciones en crisis por parte del equipo de salud mental.
-

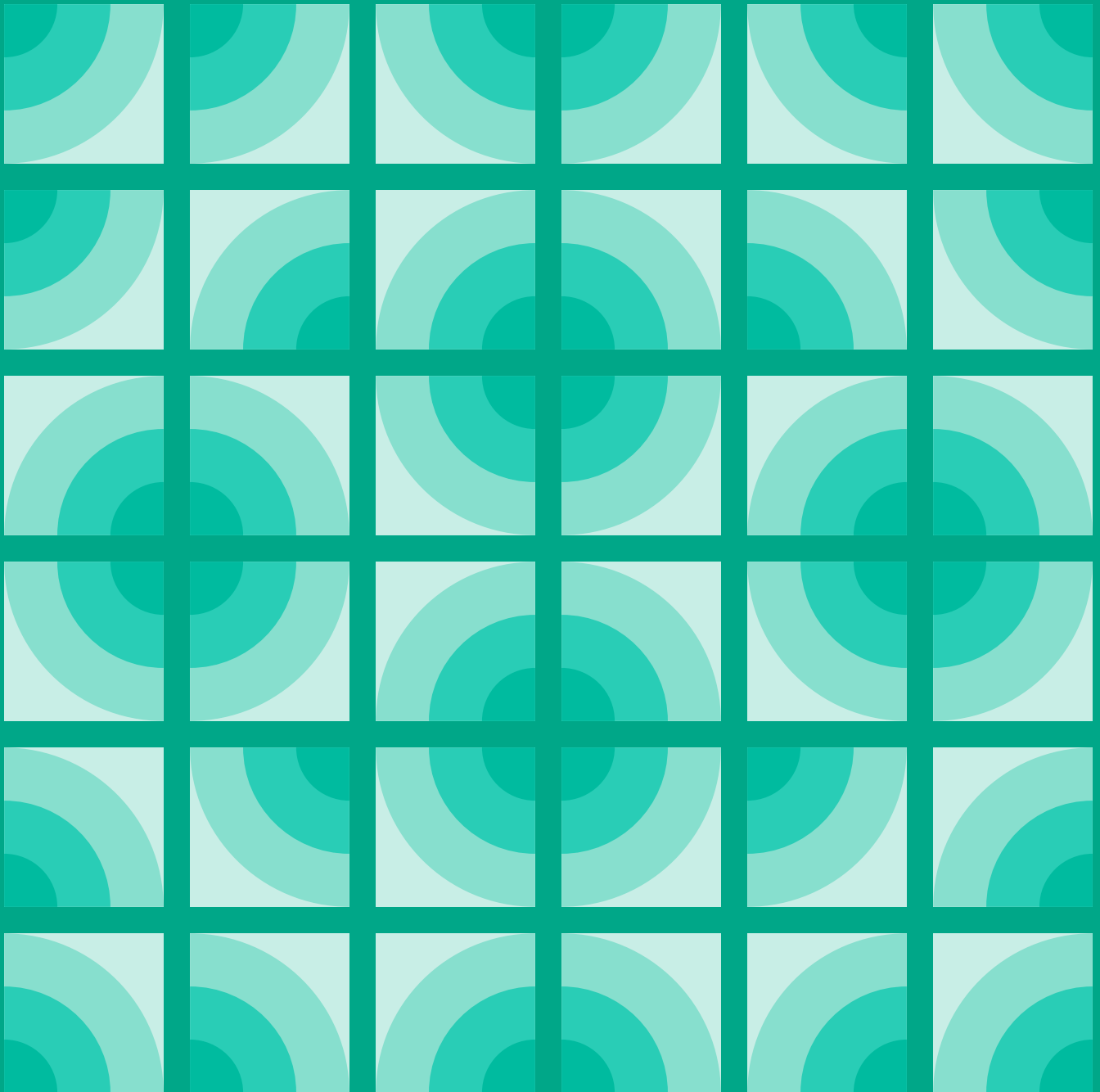
2. Seguimiento y Evaluación:

- Implementar un sistema para evaluar de manera continua al estudiante y a las personas cercanas.
-

3. Promoción de la Prevención del Suicidio a Largo Plazo:

- Seguir las recomendaciones del manual para fomentar la prevención del suicidio a largo plazo.
-

4. CONCLUSIONES



La muerte por suicidio representa un evento devastador con profundas implicaciones emocionales, sociales e institucionales, afectando tanto a la familia sobreviviente como a toda la comunidad. Este impacto subraya la importancia de implementar estrategias integrales de prevención y postvención del suicidio que aborden tanto los factores de riesgo como los de protección en diferentes contextos. La postvención se refiere a las acciones y estrategias implementadas después de un suicidio, con el objetivo de brindar apoyo emocional a las personas afectadas, prevenir un impacto psicológico duradero y evitar posibles conductas imitativas. Este protocolo es clave para manejar de manera sensible y adecuada las consecuencias de un suicidio en una comunidad o institución. Además de contener a la comunidad afectada, el protocolo se convierte en sí mismo en una medida de prevención.

Creemos relevante proponer ciertas medidas esenciales para reducir la incidencia del suicidio y promover la salud mental:

1. Reforma de currículos académicos y estrategias laborales:

- Incorporar contenidos que fomenten la salud mental, el autocuidado y las habilidades para la vida.
- Evaluar la carga académica de forma periódica.
- Incluir cursos de primeros auxilios psicológicos y psicoeducación emocional dirigidos a estudiantes, profesores, administrativos, trabajadores y directivos.

2. Vigilancia activa de población en riesgo:

- Establecer un monitoreo constante de grupos vulnerables, como estudiantes o trabajadores provenientes de otras regiones, que pueden enfrentar desafíos adicionales como el aislamiento o la falta de redes de apoyo.
- Diseñar estrategias para favorecer la integración a la comunidad y fortalecer el sentido de pertenencia, un factor clave en la reducción del riesgo suicida.

3. Inversión en salud mental:

- Promover programas que desarrollen habilidades socioemocionales y resiliencia, tanto en el ámbito educativo como laboral.
- Garantizar la disponibilidad de servicios de apoyo psicológico y recursos accesibles para la población en riesgo.

4. Identificación y capacitación de gatekeepers:

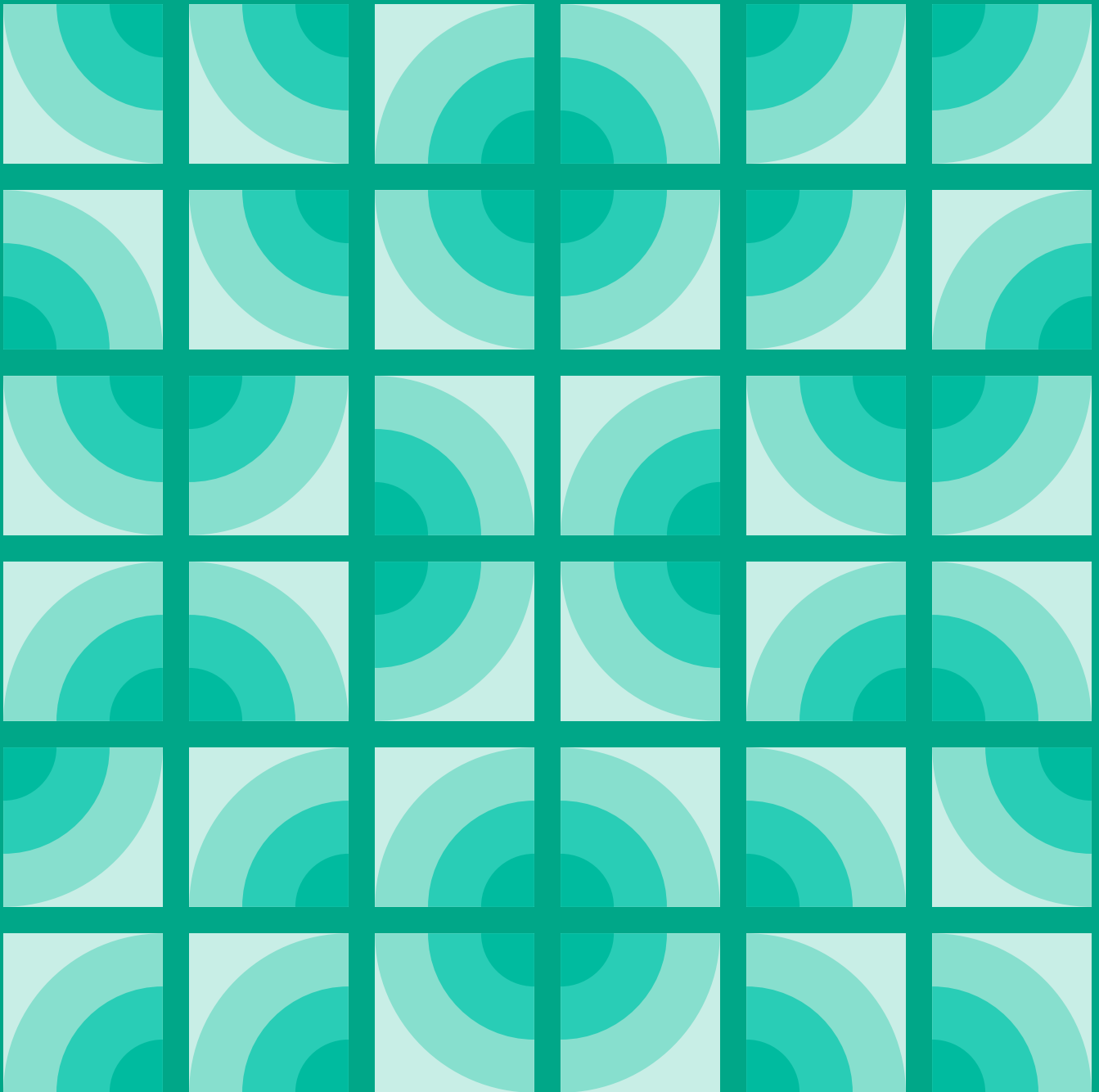
- La evidencia respalda la importancia de formar a miembros clave de la comunidad (como docentes, directores, administrativos o personal del equipo de salud mental) en la detección temprana de señales de riesgo y en la derivación oportuna a servicios especializados. La intervención de los gatekeepers no solo debe estar presente en el protocolo de postvención, sino que en toda intervención en crisis en salud mental en el contacto directo con los estudiantes.
-

5. Políticas institucionales integrales:

- Implementar políticas que prioricen la promoción de la salud mental, el manejo adecuado del estrés y el apoyo a las personas en crisis.
 - Fomentar una cultura de apertura y diálogo sobre el suicidio, reduciendo el estigma asociado a buscar ayuda.
-

La prevención y postvención del suicidio son procesos complejos que requieren un enfoque coordinado y sostenido, basado en la evidencia científica y adaptado a las características de cada comunidad. Solo a través de un compromiso conjunto entre instituciones educativas, laborales y sanitarias, junto con el apoyo de políticas públicas sólidas, es posible construir entornos más seguros y resilientes que protejan la vida y el bienestar de todas las personas.

5. ANEXOS



Línea de tiempo de intervención

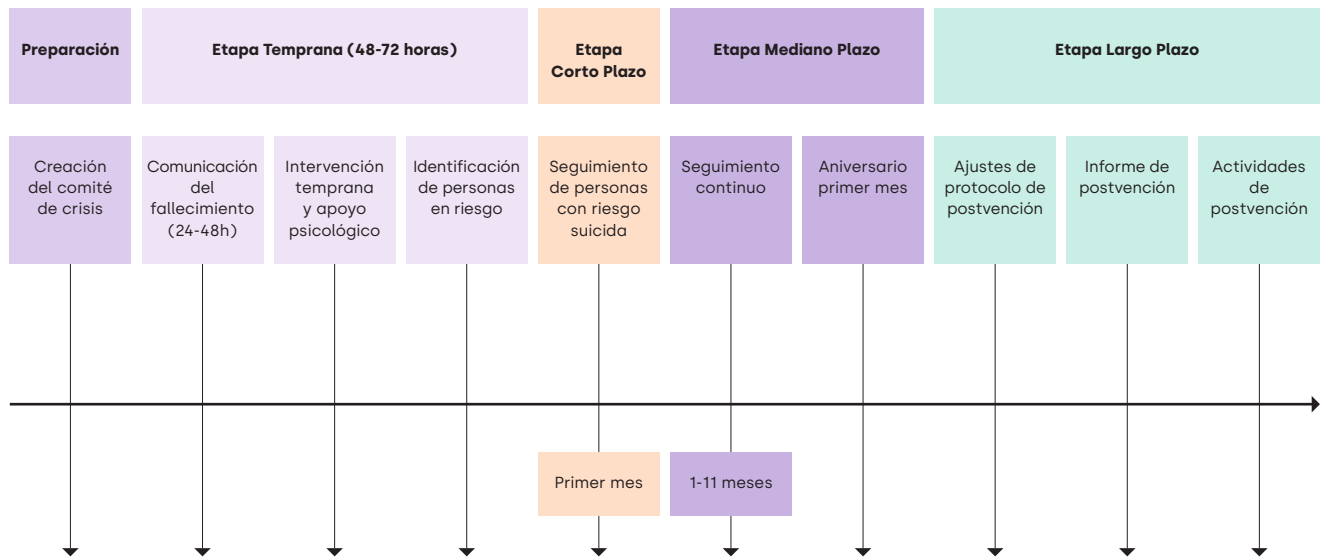


Tabla 1. Check list etapas y actividades del protocolo de potvención

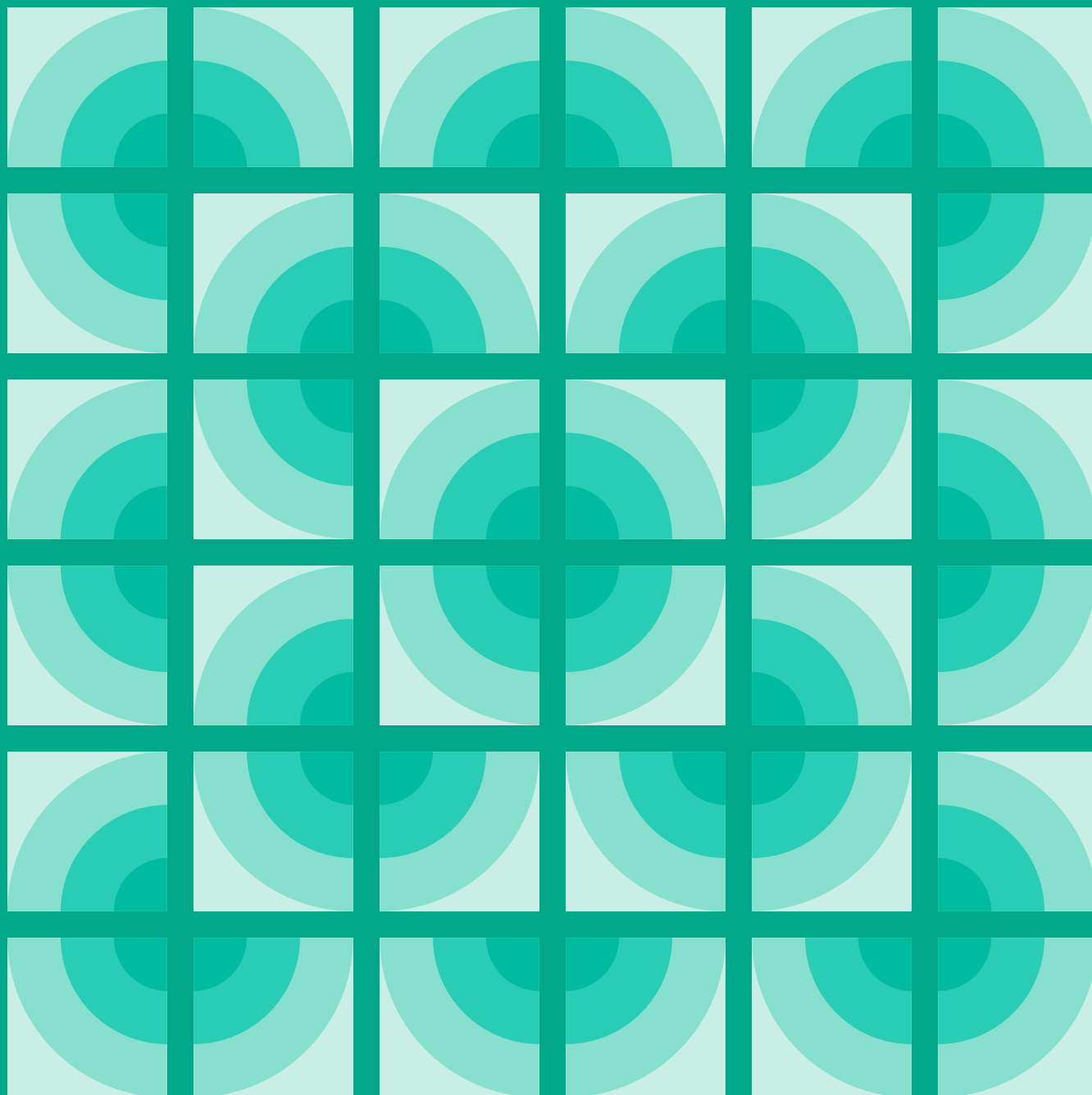
ETAPA	CHECK
Postvención Inmediata (Primeras 24 horas)	
Confirmar la información del fallecimiento con la familia y autoridades	
Convocar al comité de crisis	
Redactar y aprobar el comunicado oficial del fallecimiento	
Emitir el comunicado oficial a través de los canales institucionales	
Información del hecho sin detalles sensibles	
Proporcionar información sobre canales de apoyo psicológico	
Invitación a los grupos de intervención en crisis	
Postvención Temprana (48 a 72 horas) Intervención en crisis	
Grupos pequeños (8-10 personas)	
Enfoque en emocional y contención	
Proporcionar información sobre canales de apoyo psicológico	
Identificación de individuos en riesgo	
Realizar seguimiento a personas en riesgo detectadas	
Postvención a Corto Plazo (72 horas a 1 mes)	
Realizar seguimiento periódico a personas en riesgo	
Permanecer atentos a nuevos casos en fechas sensibles.	
Postvención a Mediano Plazo (1er mes al año)	
Evaluar los resultados del protocolo	
Redactar informe de evaluación del proceso con dificultades y propuestas	
Programar talleres o actividades educativas sobre salud mental	
Organizar actividades sobrias para el aniversario del fallecimiento	

ETAPA	CHECK
Postvención a Largo Plazo (A partir del año)	
Mantener seguimiento de población en riesgo	
Realizar revisión y ajustes finales del protocolo	
Elaborar informe final para las autoridades institucionales	
Organizar actividades educativas anuales enfocadas en la prevención del suicidio	
Información del hecho sin detalles sensibles	
Proporcionar información sobre canales de apoyo psicológico	
Invitación a los grupos de intervención en crisis	

Tabla 2. Figura resumen de las actividades del protocolo de postvención

ETAPA DE POSTVENCION	OBJETIVO	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	DURACIÓN
Preparación	Creación de comité de crisis	Directiva/ rectoría/ dirección médica	Elaboración del protocolo	Previo al fallecimiento
Inmediata	Informar del fallecimiento del individuo	Área de comunicaciones del comité de crisis	Informativo institucional dando la noticia del fallecimiento	Primeras 24 horas
Temprana	Promover la expresión emocional	Profesional Salud Mental	Sesiones de intervención en crisis	De 48 a 72 horas
	Identificación de grupos en riesgo	Profesional Salud Mental	Evaluación del riesgo suicida	A partir de las 48 horas
A corto plazo	Seguimiento de individuos en riesgo	Profesional Salud Mental	Contactar vía telefónica, citación a evaluación	Permanente
	Organización de actividades de aniversario	Profesional Salud Mental	Conmemoraciones ajustadas al protocolo	A partir de las 72 horas al mes
A mediano plazo	Evaluación del protocolo y su ajuste	Comité de crisis	Realización de informe	Desde el mes hasta el año
	Seguimiento de individuos en riesgo	Profesional Salud Mental	Contactar vía telefónica, citación a evaluación	Permanente
A largo plazo	Resumir los resultados del protocolo y sugerir cambios	Comité de crisis	Elaboración de informe final	Al año
	Organización de actividades de aniversario	Profesional Salud Mental	Conmemoraciones ajustadas al protocolo	Al año

6. BIBLIOGRAFÍA



- **Ahmedani, B. K., & Vannoy, S. (2014).** National pathways for suicide prevention and health services research. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3, Suppl 2), S222–S228. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.038>
- **Álamo, C., Muñoz, M. M., Rodríguez, R. M., Weil, A. W., & Zárata, C., et al. (2015).** *Vive, yo te ayudo: Manual para la formación de facilitadores comunitarios para la prevención de la depresión y la conducta suicida*. [https://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/VIVE-YO-TE AYUDO%20 Manual%20para%20la%20formaci%C3%B3n%20de%20facilitadores%20comunitarios.pdf](https://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/VIVE-YO-TE%20AYUDO%20Manual%20para%20la%20formaci%C3%B3n%20de%20facilitadores%20comunitarios.pdf)
- **Andriessen, K. (2009).** Can postvention be prevention? *Crisis*, 30(1), 43–47. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>
- **Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G., & Sanhueza, A. (2021).** Suicide in adolescents and young adults in Chile: Relative risks, trends, and inequalities. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health*, 45, e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4>
- **Berardelli, I., Erbutto, D., Rogante, E., S., Di Santo, L., & Pompili, M. (2020).** Making sense of the unique pain of survivors: A psychoeducational approach for suicide bereavement. *Frontiers in Psychology*, 11, 1244. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01244>
- **Bustamante, F., Urquidí, C., Florenzano, R., Barrauto, C., de los Hoyos, J., Ampuero, K., Terán, L., Figueroa, M. I., Farías, M., Rueda, M. L., & Giacaman, E. (2018).** RADAR: A program for the prevention of suicide in adolescents in the region of Aysen, Chile, preliminary results. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(1), 145–148. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000100145>
- **Calvo, S., Carrasco, J. P., Conde-Pumpido, C., Esteve, J., & Aguilar, E. J. (2024).** Does suicide contagion (Werther effect) take place in response to social media? A systematic review. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2024.05.003>
- **Coquelin, M., Kopp-Bigault, C., Barinoil, C., Berrouguet, S., & Guarnaccia, C. (2024).** Alinéa suicide postvention program: A codesigned early proactive intervention for survivors. *Frontiers in Psychology*, 15, 1436680. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1436680>
- **Davis Weaver, N., Bertolacci, G. J., Rosenblad, E., Ghoba, S., Cunningham, M., Ikuta, K. S., Moberg, M. E., Mougín, V., Han, C., Wool, E. E., Abate, Y. H., Adewuyi, H. O., Adnani, Q. E. S., Adzighli, L. A., Afolabi, A. A., Agampodi, S. B., Ahinkorah, B. O., Ahmad, A., Ahmad, D., ... Naghavi, M. (2025).** Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, 10(3), e189–e202. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00006-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00006-4)
- **Dempster, G., Ozols, I., Krysinska, K., Reifels, L., Schlichthorst, M., Pirkis, J., & Andriessen, K. (2023).** Ethical issues to consider in designing suicide prevention studies: An expert consensus study. *Archives of Suicide Research*, 27(2), 582–598. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.2022553>
- **Dumon, E., & Portzky, G. (2014).** *Directrices de actuación para la prevención, intervención y postvención del suicidio en el entorno escolar*. <http://www.euregenas.eu>
- **Erlich, M. D., Rolin, S. A., Dixon, L. B., Adler, D. A., Oslin, D. W., Levine, B., Berlant, J. L., Goldman, B., Koh, S., First, M. B., Pabbati, C., & Siris, S. G. (2017).** Why we need to enhance suicide postvention. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 507–511. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000682>
- **Favril, L., Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2023).** Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: An umbrella review. *The Lancet Public Health*, 8(11), e868–e877. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00207-4)

- **Griffin, E., O'Connell, S., Ruane-McAteer, E., Corcoran, P., & Arensman, E. (2022a).** Psychosocial outcomes of individuals attending a suicide bereavement peer support group: A follow-up study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4076. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074076>
- **Hill, N. T. M., Walker, R., Andriessen, K., Bouras, H., Tan, S. R., Amaratia, P., Woolard, A., Strauss, P., Perry, Y., & Lin, A. (2022a).** Reach and perceived effectiveness of a community-led active outreach postvention intervention for people bereaved by suicide. *Frontiers in Public Health*, 10, 1040323. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1040323>
- **Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (Eds.). (2011).** *Grief after suicide*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203886045>
- **Kim, H., Jung, J. H., Han, K., & Jeon, H. J. (2025).** Risk of suicide and all-cause death in patients with mental disorders: A nationwide cohort study. *Molecular Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41380-025-02887-4>
- **Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021).** Improving suicide prevention through evidence-based strategies: A systematic review. *American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- **Ministerio de Salud de Chile. (2019).** *Guía práctica en salud mental y prevención de suicidio para estudiantes de educación superior*. https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.09.09_Gu%C3%ADa-Pr%C3%A1ctica-en-Salud-Mental-y-Prevenci%C3%B3n-de-Suicidio-para-estudiantes-de-educaci%C3%B3n-superior.pdf
- **Montenegro, P. C., & Cabello, R. F. (2011).** *Manual ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos* (1.ª ed.) [PDF]. Centro de Investigación y Gestión del Cambio Social (CIGIDEN). <https://www.cigiden.cl/wp-content/uploads/2018/12/Manual-ABCDE-para-la-aplicacio%CC%81n-de-Primeros-Auxilios-Psicolo%CC%81gicos.pdf>
- **Ministerio de Salud de Chile. (2019).** *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales: Desarrollo de estrategias preventivas para comunidades escolares*. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/Recomendaciones-para-la-Actualizacion-del-Programa-Nacional-de-Prevencion-del-Suicidio_v3.pdf
- **Occhipinti, J.-A., Skinner, A., Iorfino, F., Lawson, K., Sturgess, J., Burgess, W., Davenport, T., Hudson, D., & Hickie, I. (2021).** Reducing youth suicide: Systems modelling and simulation to guide targeted investments across the determinants. *BMC Medicine*, 19(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-01935-4>
- **Organización Mundial de la Salud. (2021).** *LIVE LIFE: Guía de implementación para la prevención del suicidio en los países*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- **Australian Institute for Suicide Research and Prevention & Postvention Australia. (2017).** *Postvention Australia guidelines: A resource for organisations and individuals providing services to people bereaved by suicide*. Australian Institute for Suicide Research and Prevention. <https://postventionaustralia.org/wp-content/uploads/2022/07/Postvention-Australia-Guidelines.pdf>
- **Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Mental. (2013).** *Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su implementación (Norma General Administrativa N.º 027)*. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/Recomendaciones-para-la-Actualizacion-del-Programa-Nacional-de-Prevencion-del-Suicidio_v3.pdf

- **Ruocco, K. A., Patton, C. S., Burditt, K., Carroll, B., & Mabe, M. (2022).** TAPS Suicide Postvention Model: A comprehensive framework of healing and growth. *Death Studies, 46*(8), 1897–1908. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1866241>
- **Sher, L., & Oquendo, M. A. (2023).** *Suicide. Medical Clinics of North America, 107*(1), 119–130. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.03.008>
- **Sinyor, M., Schaffer, A., Nishikawa, Y., Redelmeier, D. A., Niederkrotenthaler, T., Sareen, J., Levitt, A. J., Kiss, A., & Pirkis, J. (2018).** The association between suicide deaths and putatively harmful and protective factors in media reports. *Canadian Medical Association Journal, 190*(30), E900–E907. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170698>
- **Sudak, H. S. (2005).** The media and suicide. *Academic Psychiatry, 29*(5), 495–499. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.29.5.495>
- **Szumilas, M., & Kutcher, S. (2011).** Post-suicide intervention programs: A systematic review. *Canadian Journal of Public Health, 102*(1), 18–19. <https://doi.org/10.1007/BF03404872>
- **Ventura-Juncá, R. D., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., & Garib, M. J. (2010).** Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile, 138*(3), 309–315.
- **Yeh, H.-H., Westphal, J., Hu, Y., Peterson, E. L., Williams, L. K., Prabhakar, D., Frank, C., Autio, K., Elsiss, F., Simon, G. E., Beck, A., Lynch, F. L., Rossom, R. C., Lu, C. Y., Owen-Smith, A. A., Waitzfelder, B. E., & Ahmedani, B. K. (2019).** Diagnosed mental health conditions and risk of suicide mortality. *Psychiatric Services, 70*(9), 750–757. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800346>

PROGRAMA
radar

 VIDA UNIVERSITARIA UANDES



Universidad de
los Andes

www.programaradar.cl