

Estrategias en prevención de suicidio con jóvenes y adolescentes: una revisión sistemática

Suicide prevention strategies for youth and adolescents: A systematic review

Constanza Londoño-Pérez¹, Soraida Salcedo-Santos², Diego Francisco Castañeda-Cordero³,
Ingrid Selene Torres-Rojas^{*4}

RESUMEN

Introducción: El suicidio constituye la principal causa de muerte en la población juvenil del mundo, en especial en Latinoamérica.

Objetivo: Identificar las características propias de programas de prevención del suicidio en jóvenes y adolescentes colombianos efectivos, que cuenten con una cobertura óptima.

Método: Este estudio corresponde a una revisión analítica de corte cualitativo, en la cual la muestra documental final estuvo compuesta por 61 documentos científicos o de salud pública, escritos en inglés y español, entre 2021 y 2025, que fueron revisados de forma analítica para identificar los principales aspectos de intervención que incrementan la efectividad y la eficacia de cada proceso sanitario de prevención.

Resultados: Los resultados indican que existen acciones preventivas de alta efectividad, aplicadas en diversos contextos y en grupos poblacionales similares a los colombianos, lo que sugiere que deben llevarse a cabo de manera orquestada, como acción preventiva

primaria, específica e indicada para alcanzar la meta de fortalecer las habilidades para la vida en población joven y adolescente.

Conclusión: Los principales hallazgos indican que es preciso realizar acciones sanitarias de tipo preventivo oportunamente, complementadas con acciones que impliquen un ejercicio sintonizado con la promoción centrada en el fortalecimiento de habilidades para la vida.

Palabras clave: Prevención, suicidio, efectividad, eficiencia, acciones sanitarias.

SUMMARY

Introduction: Suicide is the leading cause of death among the juvenile population worldwide, especially in Latin America.

Objective: Identify the characteristics of effective suicide prevention programs for young people and adolescents in Colombia that can achieve optimal coverage.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2026.134.S2.28>

ORCID: 0000-0003-3273-3658¹

ORCID: 0000-0002-4828-5952²

ORCID: 0000-0002-1307-3466³

ORCID: 0000-0002-2939-1071⁴

¹Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá, Colombia.
E-mail: costanza.londono@campusucc.edu.co, costanzalc@gmail.com

Recibido: 16 de diciembre 2025

Aceptado: 16 de enero 2026

²Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá, Colombia. E-mail: soraida.salcedo@campusucc.edu.co, salcedosantossoraida@gmail.com

³Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá, Colombia. E-mail: diego.castanedac@campusucc.edu.co, diegof.castanedac@gmail.com

⁴Corporación Universitaria Autónoma del Cauca, Popayán, Colombia. E-mail: iselenetr@gmail.com, ingrid.torres.r@uniautonomo.edu.co

*Corresponding author: Torres-Rojas, Ingrid Selene⁴Corporación Universitaria Autónoma del Cauca, Popayán, Colombia. E-mail: iselenetr@gmail.com, ingrid.torres.r@uniautonomo.edu.co

Method: *This study is a qualitative analytical review in which the final documentary sample comprised 61 scientific or public health documents written in English and Spanish between 2021 and 2025, which were analyzed to identify the key intervention aspects that enhance the effectiveness and efficiency of each health prevention process.*

Results: *The results indicate that highly effective preventive actions have been implemented across various contexts and population groups, including in Colombia, suggesting that coordinated primary preventive action should be implemented, specifically tailored to strengthen life skills among young people and adolescents.*

Conclusion: *The main findings indicate the need to implement timely preventive health actions, complemented by an exercise aligned with a promotion-focused approach to strengthening life skills.*

Keywords: *Prevention, suicide, effectiveness, efficiency, health actions.*

INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye uno de los problemas de salud pública más críticos a nivel mundial. Ante este escenario, resulta urgente implementar acciones preventivas orientadas a mitigar el riesgo de ideación y conducta suicida, especialmente en adolescentes de contextos vulnerables, como en Latinoamérica, donde representa la cuarta causa de muerte entre personas de 15 a 30 años. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS y OMS) (1) señalan que anualmente cerca de 700 mil personas pierden la vida por esta causa y en especial por conductas autolesivas, un fenómeno estrechamente asociado a elevados niveles de depresión, ansiedad y estrés.

En los últimos 5 años, Latinoamérica ha experimentado un incremento de los casos de suicidio consumado y de conducta suicida en la población juvenil. Esta problemática ha escalado hasta convertirse en la cuarta causa de mortalidad, dado que el 70 % de los suicidios a nivel global ocurren en poblaciones que enfrentan severas dificultades socioeconómicas y de convivencia (2). En el caso específico de Colombia, las cifras son alarmantes: durante enero y febrero de 2025 se reportaron 414 casos, una cifra preocupante al compararse con los 480 registros acumulados a diciembre de 2024, lo que

proyecta una posible duplicación de la tasa de mortalidad para el resto del año (3). Ante esta realidad, el Ministerio de Salud y de Protección Social de Colombia (4) ha declarado la urgencia de articular esfuerzos para diseñar estrategias sanitarias que integren una atención psiquiátrica y psicológica oportuna, junto con la promoción de habilidades para la vida, la resiliencia y el bienestar general.

Si bien diversos estudios se han enfocado en establecer indicadores para comprender el evento suicida y el trauma asociado en los círculos familiares y comunitarios (5-9), en la actualidad es imperativo avanzar hacia acciones preventivas y de promoción que demuestren efectividad y eficacia. Autores como Suárez Colorado (10) y el National Institute of Mental Health (11) han avanzado en la identificación de estrategias preventivas y han concluido que no es viable aplicar un modelo genérico; por el contrario, se requieren programas adaptados a las particularidades de cada grupo poblacional. No obstante, existen precedentes, como la guía de práctica clínica del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (12) para la población general y la propuesta de Hawton y Sinyor (13), aunque esta última responde a dinámicas propias de países desarrollados.

Por otro lado, investigadores como Mateus Mora y col. (14) han delineado acciones preventivas desde la medicina familiar en los niveles primario y secundario. Sin embargo, se requiere una perspectiva psicosocial que valide el alcance real de estas propuestas en contextos locales, considerando también abordajes como el de Val y Míguez (15) en el entorno escolar, así como los modelos universales del NIMH (National Institute of Mental Health) (11). Surge entonces la necesidad de determinar si estas recomendaciones son extrapolables a los jóvenes y adolescentes colombianos o, por el contrario, si es necesario diseñar lineamientos diferenciales. Estos deben considerar elementos básicos y acciones específicas que, al adaptarse a la realidad local, garanticen la efectividad y optimicen la eficiencia de la intervención.

El valor añadido de esta revisión radica en su enfoque sintético e interpretativo, diseñado para trascender la mera descripción de estrategias globales. A diferencia de revisiones previas, este manuscrito integra evidencia reciente

pospandemia (2021-2025) y propone una síntesis contextualizada para la realidad sanitaria de Colombia. Su originalidad no reside únicamente en la metodología de búsqueda, sino también en la articulación crítica de hallazgos que permiten traducir la evidencia internacional en pautas aplicables a los entornos clínicos y comunitarios locales, y llenar el vacío existente entre las guías teóricas y la práctica médica de primer nivel.

En consecuencia, la presente investigación plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las principales indicaciones y características que deben tener los programas de prevención del suicidio dirigidos a jóvenes y adolescentes colombianos para asegurar su efectividad, eficacia y una cobertura óptima?

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque de investigación mixto, consistente en una revisión sistemática de alcance cualitativo, siguiendo los lineamientos establecidos en la Declaración PRISMA 2020 (16). Está centrado en la ubicación y revisión de documentos que reportan acciones, estrategias y técnicas para acompañar los procesos de cambio en salud (Figura 1).

El protocolo de la presente revisión sistemática no fue registrado en la base de datos internacional PROSPERO. Esta decisión se debe a que el proceso de extracción y análisis preliminar de

los datos ya se había iniciado al momento de consolidar el protocolo final, lo que impide el registro prospectivo en dicha plataforma. No obstante, para garantizar la transparencia y el rigor metodológico, el estudio se adhirió estrictamente a la lista de verificación PRISMA 2020 descrita previamente, auditando internamente cada etapa del proceso para minimizar los sesgos de selección y de reporte.

Para la conformación de la muestra documental, se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos y documentos oficiales publicados en inglés y en español entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Este período fue seleccionado debido al aumento significativo de los casos de suicidio reportados en la población general en estos años.

La estrategia de búsqueda se implementó en bases de datos como ScienceDirect, Scopus y PubMed, así como en Google y Google Académico, para identificar literatura gris (guías y manuales de entidades referentes). Se emplearon los siguientes descriptores y operadores booleanos: suicidio AND prevención OR promoción AND efectividad AND jóvenes OR adolescentes.

Como resultado de la investigación inicial, se identificaron 302 documentos. Tras una revisión preliminar, se preseleccionaron 124. Posteriormente, mediante una revisión detallada, se consolidó una muestra final de 61 documentos centrados en la prevención del suicidio. Esta muestra incluyó 36 artículos científicos y 21 documentos institucionales, de los cuales se

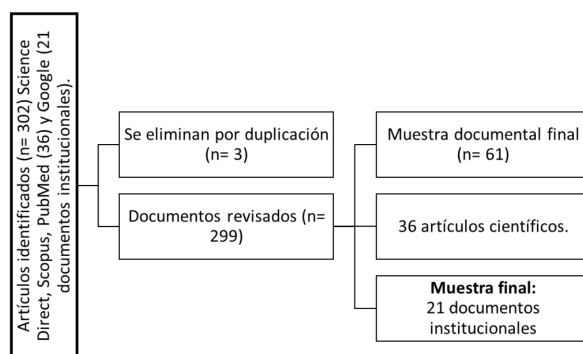


Figura 1. Proceso de selección de la muestra documental. Fuente. Diagrama de flujo PRISMA (16).

extrajeran y se analizaron los datos mediante una lectura analítica guiada por la pregunta de investigación (Figura 1).

Los criterios de inclusión abarcaron la tipología documental y la fecha de publicación dentro del rango establecido. Para garantizar el rigor metodológico y disminuir el sesgo de selección, el procedimiento incluyó la revisión y la calificación detalladas de cada documento por tres investigadores de manera independiente. Finalmente, se estimó el nivel de concordancia entre los evaluadores para definir la muestra final.

Evaluación de calidad y extracción de datos

Una vez obtenida la muestra final se hizo una revisión detallada con el fin de identificar y extraer los datos relevantes de cada documento seleccionado, previa evaluación de la calidad de los escritos, por medio de la lista de chequeo para revisiones sistemáticas de CASP Checklist (*Critical Appraisal Skills Programme*), así cada escrito puede obtener un puntaje de 10 cuando tiene alta calidad de acuerdo con el tipo de documento, la descripción de los hallazgos estadísticos y las recomendaciones dadas a los lectores (17), la cual permite asignar una puntuación máxima de 10 a aquellos documentos que demuestren alta calidad en función de su tipología, la descripción de hallazgos estadísticos y la claridad de las recomendaciones.

Para sistematizar este proceso, los investigadores diseñaron una tabla de registro analítico que incluyó variables como la base de datos, el año, el tipo de documento, la autoría, el resumen, las conclusiones y los aportes. Asimismo, se incorporaron un análisis reflexivo, la verificación de la correspondencia poblacional (jóvenes y adolescentes), la descripción de las intervenciones y la evaluación de la pertinencia de los hallazgos. Finalmente, se promediaron los puntajes asignados por el equipo de trabajo para definir la inclusión definitiva en el estudio.

Procedimiento

El desarrollo de la revisión sistemática se adhirió a los lineamientos establecidos, con el

fin de garantizar una selección fundamentada de fuentes que respondiera a la pregunta de investigación. El procedimiento se estructuró en las siguientes etapas:

1. **Búsqueda y selección inicial:** Se definieron los criterios de búsqueda para artículos científicos, guías y manuales en español e inglés, publicados entre 2021 y 2025. La búsqueda se realizó en bases de datos de reconocida calidad académica (PubMed, Scopus, ScienceDirect) y en sitios institucionales, empleando términos clave combinados con operadores booleanos (suicidio AND prevención OR promoción AND efectividad AND Jóvenes OR Adolescentes). Posteriormente, se revisaron títulos y resúmenes para la selección inicial, lo que confirmó la eliminación de duplicados.
2. **Codificación y evaluación:** Se analizaron aspectos como las técnicas empleadas, la metodología, la actualidad, el enfoque contextual, las limitaciones y las contribuciones al campo de la prevención del suicidio. Se aplicó un filtro de calidad mediante la tabla de registro analítico mencionada, seleccionando para la muestra final únicamente aquellos documentos que obtuvieron un puntaje promedio superior a 8 (en una escala de 1 a 10) tras la evaluación independiente de cada miembro del equipo.
3. **Extracción de datos:** Se realizaron una lectura analítica y una codificación temática para extraer estrategias reportadas como efectivas o prometedoras. Los hallazgos se organizaron en categorías principales y complementarias, agrupando recomendaciones comunes, estrategias respaldadas por evidencia empírica y acciones aplicadas en contextos similares al colombiano.
4. **Síntesis:** Interpretación de los hallazgos y elaboración de una lista estructurada de recomendaciones para el diseño de programas de prevención del suicidio para el grupo poblacional objetivo.

Consideraciones éticas

Por tratarse de una revisión de literatura, no se requiere un consentimiento informado ni

evaluación por comité de ética, sin embargo el estudio fue revisado y aprobado por el comité de investigación de la Universidad Cooperativa de Colombia ya que está claramente sustentado en las condiciones éticas fundamentales, como el respeto pleno de los derechos de autor, la clara citación y reconocimiento de autoría de los estudios realizados, el rigor científico, la originalidad, la transparencia y la honestidad reflejada en la no manipulación de datos, tal como lo indica el Colegio Colombiano de Psicólogos en el Manual Deontológico y Bioético (Acuerdo 17 de 2019) (18) y las recomendaciones sobre revisiones sistemáticas de Khan y col. (19).

RESULTADOS

Una vez seleccionada la muestra final de documentos que cumplieron los criterios de selección, se incluyeron los estudios presentados en el Cuadro 1, en la que se detallan aspectos relacionados con el título, la referencia y la población. Al examinar las características bibliométricas y los desenlaces de los estudios seleccionados, se identifican patrones distintivos que asocian la rigurosidad de la intervención con su nivel de éxito reportado:

Intervenciones Clínicas y Estructurales de Alta Efectividad. Los datos de el Cuadro 1 revelan que los programas con mayor consistencia en sus resultados (“Alta efectividad”) son aquellos que integran guías clínicas estandarizadas y planes de seguridad estructurados. Específicamente, el desarrollo de directrices de tamizaje para niños y adolescentes en contextos nacionales específicos ha demostrado ser una medida de alto impacto, como se observa en las guías desarrolladas para Pakistán (20). Del mismo modo, la adaptación cultural y la traducción de las intervenciones de “planificación de seguridad” (*safety planning*) para jóvenes confirman que la protocolización de la atención incrementa significativamente la efectividad preventiva (21). Esta tendencia se refuerza con programas de intervención intensiva y temprana, como el programa CARS, que reporta una alta efectividad en población joven al abordar el riesgo desde una perspectiva clínica integral (22). Esto sugiere que la sistematización de la atención es un factor crítico para el éxito.

Efectividad moderada de las herramientas digitales y focalizadas. Las intervenciones que dependen de algoritmos digitales o de acciones muy específicas en entornos de urgencia tienden a reportar una “Efectividad moderada”. Por ejemplo, el análisis de los discursos mediáticos y el uso de programas algorítmicos en redes sociales para la detección de riesgo plantean debates sobre la invasividad y muestran resultados moderados en su capacidad de prevención real (23). De igual manera, las estrategias de consejería sobre medios letales aplicadas exclusivamente en departamentos de emergencia, aunque necesarias, muestran una efectividad moderada si no se articulan con un seguimiento continuo (24). También se observa una efectividad moderada en intervenciones dirigidas a subgrupos específicos sin un enfoque estructural amplio, como se reporta en las revisiones sobre factores protectores para minorías sexuales y de género, donde la evidencia aún requiere mayor consolidación (25).

Expansión de actores en la prevención (gatekeepers no tradicionales). Un hallazgo relevante del Cuadro 1 es la identificación de nuevos actores en la estrategia de Gatekeepers. Se reporta una alta efectividad en la capacitación de estudiantes de farmacia en habilidades de comunicación para la prevención, situándolos como un punto de contacto comunitario estratégico y efectivo (26). En contraste, el papel de los fisioterapeutas, aunque prometedor como recurso “inexplorado” por su contacto físico y su contacto regular con pacientes, actualmente presenta una efectividad moderada, lo que sugiere la necesidad de fortalecer los protocolos de capacitación en este gremio (27).

El valor de la adaptación cultural. Frente a la limitación del sesgo cultural, destaca la alta efectividad reportada de las intervenciones que involucran activamente a las familias, especialmente en comunidades latinas. Estudios sobre el papel de la familia latina en la prevención del suicidio en adolescentes demuestran que incorporar valores culturales propios (como el familismo) eleva la efectividad de la intervención, de moderada a alta (28), lo que valida la hipótesis de que la cultura es un factor protector cuando se integra correctamente en el diseño del programa.

Cuadro 1. Características bibliométricas de documentos seleccionados.

Título documento	Referencia	Participantes (PICOS)	Desenlace (outcome) (PICOS)
Developing suicide screening and prevention guidelines for the children and adolescents of Pakistan: The first step.	Nazeer y col. (20)	Niños y adolescentes	Alta efectividad
Beyond guidelines: Evaluating the realities of suicide prevention in schools.	Dueñas y col. (47)	Adolescentes	Alta efectividad
French translation and adaptation of the "safety planning intervention" for the prevention of suicide attempts: A four-step method.	Chalanco y col. (21)	Jóvenes	Alta efectividad
Position Statement: Youth Suicide Prevention.	American Psychiatric Nurse Association (48)	Jóvenes	Alta efectividad
Forewarned is forearmed: Practical prevention strategies for method-specific suicide.	Haryadi y col. (40)	Jóvenes y adolescentes	Alta efectividad
Programas y estrategias de prevención de la conducta suicida: reflexiones prospectivas.	Moreno Murcia (42)	Jóvenes y adolescentes	Alta efectividad
Revisión sistemática sobre los factores de riesgo y protección asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios	Perdomo Jurado y col. (39)	Jóvenes y adolescentes	Alta efectividad
Suicidio en adolescentes: ¿Cuáles son los factores de riesgo?	Kaslow y Burgos (38)	Adolescentes	Moderada efectividad
Suicide prevention for physicians: identification, intervention and mitigation of risk.	Cole-King y col. (49)	Adolescentes y jóvenes	Alta efectividad
Factores protectores e intervenciones preventivas frente al suicidio en las minorías sexuales y de género. Una revisión sistemática.	Madrugá Rubio y Guzmán Castillo (25)	Colectivo LGTBQ +	Moderada Efectividad
Youth Suicide Prevention in the Emergency Department: Lethal Means Counseling 101	Ketabchi, y col. (24)	Jóvenes	Moderada efectividad
The untapped role of physiotherapists in suicide prevention.	Vancampfort y col. (27)	Profesionales	Moderada efectividad
Engaging Voices, Shaping Futures: Lessons From a Youth Advisory Board on Black Youth Suicide Prevention.	Di Domenico y col. (46)	Jóvenes de grupos raciales.	Moderada efectividad
Addressing the gender paradox: Effective suicide prevention strategies for women.	Qu y col. (50)	Familia mujeres	Alta efectividad
Youth suicide is on the rise.	Comman (51)	Jóvenes	Alta efectividad
Effectiveness of early and intensive intervention on suicide prevention: programme	de Santiago-Díaz y col. (22)	Jóvenes y adolescentes	Alta efectividad
The meaning of a youth council for suicide prevention: A reflective study with the youth council members	Haddad y col. (52)	Jóvenes consejeros	Alta efectividad
Characteristics of suicide prevention programs implemented for young people in rural areas: a systematic review of the literature.	Grattidge y col. (53)	Jóvenes	Alta efectividad
Preventing suicide: a public health approach to a global problem.	Pirkis y col. (44)	Niños y adolescentes	Moderada efectividad
Utilisation and application of implementation science in complex suicide prevention interventions: A systematic review.	Krishnamoorthy y col. (54)	General	Alta efectividad

Continúa en pág. S574 ...

ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN DE SUICIDIO CON JÓVENES Y ADOLESCENTES

...continuación del Cuadro 1. Características bibliométricas de documentos seleccionados.

Título documento	Referencia	Participantes (PICOS)	Desenlace (outcome) (PICOS)
The Suicide Prevention and Intervention Study (SURVIVE): Study protocol for a multisite cohort study with nested randomized-controlled trials.	Pérez y col. (55)	Jóvenes y adolescentes	Moderada Efectividad
Where Are Latino Families in Adolescent Suicide Prevention?	Villareal y col. (28)	Familia de adolescentes	Alta efectividad
Efficacy of a digitally supported regional systems intervention for suicide prevention (SUPREMOCOL) in Noord-Brabant, the Netherlands	van der Feltz-Cornelis y col. (56)	Jóvenes	Alta efectividad
Primary and secondary prevention of youth suicide.	Horowitz y col. (45)	Jóvenes y adolescentes.	Alta efectividad
Prevención primaria y secundaria del suicidio en adolescentes desde la medicina familiar.	Mateus Mora y col. (14)	Adolescentes	Alta eficacia
Developing and evaluating a module to teach suicide prevention communication skills to student pharmacists.	Pothireddy y col. (26)	Jóvenes y adolescentes	Alta efectividad
The Googlization of Health: Invasiveness and corporate responsibility in media discourses on Facebook's algorithmic programme for suicide prevention.	Broer (2443).	Adolescentes	Moderada efectividad
La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática	Val y Míguez (15)	Adolescentes	Moderada Efectividad

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a los documentos institucionales, es importante resaltar que estos han sido creados por entidades de salud pública, que cuentan con expertos para elaborar recomendaciones claramente sustentadas a partir de revisiones sistemáticas y metaanálisis; entre ellos se encuentran guías, manuales y documentos orientadores públicos, cuyos datos centrales se describen en el Cuadro 2. Los cuales evidencian un cambio estratégico en la política sanitaria global y regional: el paso de la “declaración de intenciones” a la operativización de la prevención mediante hojas de ruta y herramientas prácticas.

Vigencia y Planificación Estratégica (2025-2027). Se destaca una fuerte tendencia hacia la planificación a mediano plazo. Entidades como el Ministerio de Sanidad y el Comisionado de Salud Mental han publicado “Planes de Acción” con horizontes definidos (2025-2027), lo que indica

que la prevención del suicidio ha dejado de ser una acción emergente para convertirse en una política de Estado estructural y financiada (29,30). Esta actualización simultánea en varios organismos sugiere un consenso global sobre la urgencia de renovar los protocolos pospandemia.

Desmedicalización de la Respuesta. El papel de la comunidad. A diferencia de las guías clínicas tradicionales dirigidas exclusivamente a psiquiatras o psicólogos, el Cuadro 2 muestra un auge de documentos orientados a actores comunitarios.

- **Familias y Educadores:** Se han creado guías específicas como la estrategia “VIVIR” de la Comunidad de Madrid (31) y las recomendaciones del Ministerio de Salud para establecimientos educativos (32). Estos documentos buscan dotar a padres y maestros

de herramientas de “primeros respondientes”, validando el hallazgo científico de que la escuela y el hogar son los primeros anillos de seguridad.

- **Lenguaje Accesible:** La aparición de formatos como el “Cuadernillo básico” del programa PRONAPS (33) o la cartilla “Hablemos sobre suicidio” (34) demuestra un esfuerzo por traducir el conocimiento técnico a un lenguaje ciudadano, reducir el estigma y facilitar la búsqueda de ayuda.

Enfoque Diferencial en Jóvenes. Las instituciones han respondido a la alerta epidemiológica en población juvenil con documentos focalizados. Guías como la desarrollada por la Fundación de Educación para la Salud para abordar el riesgo juvenil (35) y los manuales sobre comportamiento suicida en niños y adolescentes (36) confirman que las entidades públicas reconocen la necesidad de protocolos diferenciados que no traten al adolescente como un “adulto pequeño”, sino que consideren sus etapas de desarrollo y contextos de socialización.

Estandarización de Protocolos de Actuación. Finalmente, se observa un esfuerzo por homologar la respuesta ante crisis. Documentos como el protocolo de actuación en conductas autolíticas de Castilla y León (37) buscan que la respuesta del sistema sea predecible y basada en la evidencia, minimizando la variabilidad en la atención que suele presentarse en los servicios de urgencias.

Limitaciones

La principal limitación de los documentos revisados radica en el sesgo cultural, dado que una parte significativa de las experiencias reportadas no proviene de América Latina, sino que fue generada por expertos de otras regiones.

Síntesis de resultados

Los factores de riesgo reportados con mayor frecuencia incluyen: baja competencia emocional y social, manejo inadecuado del estrés, baja autoestima, escaso apoyo social, afrontamiento

evitativo y la ausencia de restricciones legales efectivas para el acceso a armas, medicamentos y sustancias potencialmente tóxicas (38-40).

Propuestas de intervención

Tras una revisión detallada, se evidenció que una gran parte de los autores ($f = 27$; índice de acuerdo = 10) reconoce la efectividad y eficacia del desarrollo de las siguientes acciones:

1. Implementación de planes integrales compuestos por acciones de investigación orientadas a la identificación oportuna y sin sesgos de señales de riesgo en la población general (41,42).
2. Divulgación de hallazgos que permitan a la comunidad conocer la situación y actuar a tiempo, acompañada de estrategias de prevención en todos los niveles (universal, selectiva e indicada) (29,30).
3. Promoción de la salud mental y el bienestar, junto con el desarrollo de planes de seguimiento contextual de posibles casos. Estas acciones deben estar a cargo de gestores capacitados para la vigilancia en los diversos entornos de interacción y convivencia (entidades educativas, lugares de trabajo, comunidades y barrios) (36,42).

En un segundo grupo, se destaca la necesidad de implementar estrategias en las entidades educativas que faciliten el conocimiento de programas efectivos, tales como Gatekeepers, Abriendo Puertas para la Vida, programas de capacitación en competencia emocional y líneas telefónicas de apoyo ($f = 26$; índice de acuerdo = 10) (26,43,44). Finalmente, un tercer grupo propone la creación de planes sanitarios que incluyan estrategias de detección temprana del riesgo suicida para toda la población, sin discriminación ni privilegios, garantizando la evaluación y la publicación de los resultados ($n = 22$; índice de acuerdo = 9) (22,45). Con el mismo nivel de acuerdo, se sugiere la conformación de equipos intersectoriales que integren a estudiantes, familias, profesionales de la salud, responsables de políticas públicas, medios de comunicación y a la sociedad civil ($n = 10$; índice de acuerdo = 8) (46).

ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN DE SUICIDIO CON JÓVENES Y ADOLESCENTES

Cuadro 2. Documentos institucionales creados por entidades de salud pública.

Título documento	Referencia	Participantes (PICOS)
Suicidio.	Organización Mundial de la Salud (1,2)	Población en riesgo
Prevención del suicidio.	Ministerio de Salud. (septiembre 9 de 2025). Prevención del suicidio.	Población en riesgo
Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027.	Ministerio de Sanidad (2025). Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027.	Población en general
Guía de prevención del suicidio. Protocolo de actuación ante conductas autolíticas.	Federación Salud Mental Castilla y León (37)	Población en riesgo
Guía para comprender y abordar el riesgo de suicidio juvenil.	Gobierno de España - Fundación de Educación para la Salud (35).	Jóvenes
Prevención de la conducta suicida adolescente: un enfoque integral para la formulación de políticas públicas	Bustamante y col. (41).	Población en riesgo
Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027.	Comisionado de Salud Mental (30)	Población en general
Prevención del suicidio.	Organización Panamericana de la Salud (2).	Jóvenes y adolescentes
Prevención y promoción de la salud mental: prevención del suicidio en adolescentes.	Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (57)	Adolescentes
Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS): Cuadernillo básico sobre el suicidio para la prevención del suicidio.	CONASAMA-PRONAPS (2023) (33)	Población en general
Cartilla: Hablemos sobre suicidio. ICES.	León Puello (34)	Población en riesgo.
Guía para familiares y educadores: prevención del suicidio en adolescentes VIVIR.	Comunidad de Madrid (33). Guía para familiares y educadores: prevención del suicidio en adolescentes VIVIR.	Educadores de adolescentes
Comportamiento suicida en niños y adolescentes. Manual MSD.	Josephine y Pekarsky (36)	Niños y adolescentes
Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025.	Junta de Castilla y León (2022). Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025.	Población en riesgo
Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025.	Junta de Castilla y León (2021). Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025 (3).	Adolescentes
Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales guía para familiares y educadores, Programa Nacional de Prevención del Suicidio	Ministerio de Salud (32)	Jóvenes y adolescentes

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio evidencian la urgencia de implementar de manera articulada acciones sanitarias para prevenir la conducta suicida. Es importante resaltar que la totalidad de los documentos revisados coincide en la importancia de promover un conjunto de

habilidades que optimicen el estado de ánimo, el apoyo social y el afrontamiento de situaciones complejas. Estas acciones deben contar con un claro sustento de efectividad y eficiencia, bajo una visión integral de las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales que enfrenta actualmente cada grupo poblacional en Colombia (58,59).

En torno a la prevención de la emisión de conductas suicidas, se propone la creación de planes integrales con claros componentes de detección oportuna de señales de riesgo en toda la población, así como con recomendaciones emitidas en estudios previos por instituciones y autores, como el Ministerio de Salud (32), López-Villalobos y col. (6), Lorente (7), Oquendo y col. (8) y Tio y col. (9) y por el Ministerio de Salud de Colombia, que viene desarrollando acciones centradas en la identificación oportuna de casos, su remisión y su atención a tiempo (32). No obstante, la OPS y la OMS advierten que Colombia aún enfrenta el reto de adaptar culturalmente los programas de prevención a las realidades locales. Por ello, es imperativo trascender la mera replicación de intervenciones foráneas y desarrollar acciones validadas en el contexto nacional. Esta adaptación es crucial, dado que, a pesar de las estrategias propuestas, las cifras de suicidio se mantienen elevadas, probablemente asociadas a las dinámicas de orden público y violencia que afectan históricamente al país.

Por supuesto incrementar la detección de casos implica un claro fortalecimiento del sistema de salud mental en Colombia, pues por ejemplo no resultaría responsable detectar mil casos y contar solo con un par de profesionales con altos niveles de capacitación como lo requiere el abordaje de casos complejos, así la puesta en marcha de la detección oportuna de casos requiere el desarrollo de acciones dirigidas a ajustar las condiciones económicas, estructurales y de acceso como debe darse en cada situación de alta emergencia como lo es el suicidio de jóvenes en el país.

Asimismo, es fundamental divulgar los hallazgos del reporte y subregistro de conductas suicidas a nivel nacional para lograr una comprensión más realista del problema. Esto implica ir más allá de la cifra de suicidios consumados e incluir los casos de ideación autolesiva, conductas autolesivas y planificación suicida (cuándo, cómo y dónde). Este planteamiento sobre el subregistro es respaldado por diversos autores y entidades (6-9,14,32), quienes enfatizan la necesidad de aplicar programas como la *Intervención del Plan de Seguridad (Safety Planning Intervention)* o la *Planificación de Respuesta a Crisis (Crisis*

Response Planning), previamente traducidos y validados culturalmente (21).

De igual forma, un número notable de autores reconoce la importancia de diseñar y aplicar acciones centradas en el primer nivel de atención, como la prevención primaria, dirigidas a fortalecer las habilidades identificadas como garantes del bienestar y la calidad de vida. Estas deben implementarse paralelamente a los planes de seguimiento en todos los contextos (educativo, laboral, comunitario, familiar y de pares) para casos posibles, a cargo de equipos de vigilancia capacitados. Además, en escenarios biomédicos, donde el rol del médico general, del médico familiar y del pediatra en el primer nivel de atención es insustituible. Dado que estos profesionales suelen ser el primer punto de contacto en el sistema sanitario, la evidencia sugiere que su función no debe limitarse a la derivación psiquiátrica. Es imperativo que el médico de atención primaria asuma un papel activo en la detección clínica de la ideación suicida mediante la anamnesis rutinaria, identificando comorbilidades somáticas y psicosociales que actúan como precipitantes, consolidando así una respuesta biomédica integral desde la consulta ambulatoria. Estos equipos actuarían como gestores de observación y alerta, prestando apoyo inicial mediante primeros auxilios psicológicos. Estas indicaciones concuerdan con lo expuesto por Hawton y Sinyor (13), quienes resaltan la necesidad de incluir acciones que promuevan el fortalecimiento de habilidades para la vida, garantizando su eficacia mediante procesos de adaptación cultural.

De igual forma, se plantea la psicoeducación oportuna como una acción efectiva y eficaz, gracias a su relativamente bajo costo y facilidad de acceso para comunidades, instituciones educativas, familias y lugares de trabajo. Dicha estrategia debe incluir una lista detallada de herramientas para el fortalecimiento personal, el bienestar, los valores, la regulación emocional y las competencias de interacción social, hallazgos que coinciden con investigaciones del Ministerio de Salud y Protección Social (4), Val y col. (15) y Perdomo Jurado y col. (39). Labor que puede desarrollarse fácilmente gracias a la alta creatividad de la población y al fácil acceso a tecnologías básicas para crear piezas

de divulgación con alto nivel de accesibilidad y uso por parte de los jóvenes y adolescentes en Colombia.

Finalmente, se evidencia la necesidad urgente de reestructurar y fortalecer el tejido social del país. La implementación de campañas que enseñen a “vivir bien” debe ser sostenida por todos los actores, tejiendo, paso a paso, el bienestar emocional colectivo. Tal como indica la OMS (1), abordar oportunamente el problema del suicidio requiere que Colombia priorice un verdadero proceso de reconstrucción social a partir de acciones multisectoriales que promuevan la salud mental y el apoyo social, sumado a una clara postura contra los estigmas, donde se puedan generar implicaciones en tres niveles:

- 1) Clínico, desde la perspectiva asistencial, los hallazgos subrayan la necesidad de que los clínicos incorporen herramientas de tamizaje validadas en la práctica diaria. La efectividad de la intervención médica radica en la capacidad del profesional para reconocer signos de alarma sutiles y gestionar el riesgo inminente antes de la crisis, actuando como un agente de contención terapéutica inicial.
- 2) Implicaciones Sanitarias: A nivel sistémico, se requiere la estandarización de protocolos de referencia y contrarreferencia que eviten la fragmentación del cuidado. Las políticas sanitarias deben garantizar que la prevención del suicidio sea un indicador de calidad en la gestión hospitalaria y ambulatoria, asegurando recursos para la capacitación continua del talento humano en salud.
- 3) Implicaciones Comunitarias: en el ámbito social, la intervención trasciende el consultorio. Es fundamental activar redes de apoyo que desmedicalicen parcialmente el soporte emocional, empoderando a familias y escuelas mediante estrategias de ‘guardianes’ (gatekeepers) que operen en sinergia con los servicios de salud, reduciendo el estigma y facilitando la búsqueda de ayuda.

Limitaciones y Retos

Entre las principales limitaciones reportadas en los documentos revisados, destacan la falta de herramientas de orientación que faciliten

la atención oportuna de casos con diferentes niveles de riesgo y la escasa generalización de los hallazgos, debido a que muchos estudios se realizaron con muestras reducidas. Por consiguiente, se requiere realizar nuevas investigaciones para confirmar los resultados obtenidos, considerando la heterogeneidad de los diseños y de las muestras.

Con respecto a los retos y sugerencias, se formulan los siguientes: 1) la estandarización mundial de herramientas que permitan a diversos profesionales reconocer casos en riesgo; 2) el desarrollo de acciones para identificar barreras de acceso al sistema de salud; 3) la implementación del diagnóstico precoz y seguimiento a adolescentes de alto riesgo suicida; y 4) el diseño de estrategias para la creación de programas y alianzas intersectoriales que optimicen el abordaje efectivo para la disminución de los factores de riesgo.

CONCLUSIONES

La prevención del suicidio en jóvenes y adolescentes no puede concebirse como una intervención aislada o exclusivamente clínica; debe sustentarse en el desarrollo de acciones orquestadas y sistémicas que integren a todos los actores de la realidad próxima a esta población. Es imperativo trascender el enfoque reactivo para consolidar una red de seguridad en la que familias, instituciones educativas y comunidades actúen de forma sinérgica. Cada actor, desde su papel específico y mediante una capacitación adecuada, debe aportar activamente y de manera responsable al fortalecimiento de las habilidades para la vida, la resiliencia y la interacción social de los jóvenes.

La evidencia revisada confirma que la eficacia de estas estrategias radica en la implementación de planes integrales que combinen la detección temprana —mediante gatekeepers en escuelas y entornos comunitarios— con el acceso garantizado a profesionales competentes y agentes sociales activos. Asimismo, es crucial que estas intervenciones sean culturalmente adaptadas y desprovistas de estigmas, asegurando que las políticas públicas no solo se escriban, sino que también se operativicen mediante herramientas prácticas y accesibles para la ciudadanía.

La prevención efectiva del suicidio en jóvenes exige que el médico de primer nivel se posicione como actor estratégico en la detección temprana, superando el enfoque reactivo. En conclusión, el éxito de estas estrategias depende de una articulación multinivel: clínica, mediante la cualificación del acto médico; sanitaria, a través de políticas públicas que aseguren la continuidad de la atención; y comunitaria, que reconstruye el tejido social para que actúe como factor protector primario.

En última instancia, el éxito de la prevención del suicidio dependerá de la capacidad del Estado y de la sociedad civil para reconstruir el tejido social, promoviendo entornos seguros donde se priorice el bienestar emocional y se optimice la calidad de vida de todos los adolescentes, y garantizando que la salud mental sea un derecho efectivo y no solo un privilegio.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los investigadores y entidades públicas que han desarrollado escritos y estudios que contribuyen a optimizar el alcance de nuevas acciones preventivas. Asimismo, extendemos nuestro agradecimiento a los autores de los estudios primarios y a las entidades públicas cuyos documentos técnicos sirvieron de base para esta revisión sistemática.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, profesional o institucional en relación con la planificación, ejecución, redacción o publicación del presente estudio.

Patrocinante

Esta investigación no recibió financiación específica de agencias de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro. El estudio se realizó con recursos propios de los investigadores y contó con el respaldo institucional de la Universidad Cooperativa de Colombia y de la Corporación Universitaria Autónoma del

Cauca. Cabe declarar que dichas instituciones no intervinieron en el diseño del estudio, la recolección, análisis o interpretación de los datos, ni en la redacción del manuscrito o la decisión de enviarlo para su publicación

REFERENCES

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Washington D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
2. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio. Washington D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Lesiones fatales: Cifras preliminares. Bogotá: Medicina Legal; 2025.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia avanza hacia un país más justo, digno y con bienestar: se sancionan las leyes de Salud Mental y Reforma Laboral. Bogotá: MinSalud. 2025.
5. Hernández Bello L, Ríos Paternina A, De la Hoz Restrepo F. Suicide attempt and completed suicide in adolescents and young people on from the social health determinants: A systematic review. *Rev Cuidarte*. 2025;16(1):e4184.
6. López-Villalobos JA, López-Sánchez MV, Andrés de Llano JM. Prevalencia y modelo predictor de la tendencia suicida en adolescentes. *Rev Psicol Clin Niños Adolesc*. 2025;12(1):21-30.
7. Lorente SM. El trauma originado por el suicidio en el entorno familiar, comunitario y social. *Clin Contemp*. 2025;16(1):e1.
8. Oquendo MA, Wall M, Wang S, Olfson M, Blanco C. Lifetime suicide attempts in otherwise psychiatrically healthy individuals. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(6):572-578.
9. Tio E, Misztal M, Felsky D. Evidence for the biopsychosocial model of suicide: A review of whole person modeling studies using machine learning. *Front Psychiatry*. 2024;14:1294666.
10. Suárez Colorado Y. Estrategias para la prevención del suicidio. *Med UPB*. 2023;42(1):76-84.
11. National Institute of Mental Health. Suicide Prevention. Bethesda (MD): NIMH; 2024. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention>
12. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Bogotá: IETS; 2017.

ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN DE SUICIDIO CON JÓVENES Y ADOLESCENTES

13. Hawton K, Sinyor M. Suicide prevention: What works, what might work, and what does not work. *World Psychiatry*. 2025;24(1):134-135.
14. Mateus Mora S, Hernández Rincón E, Jaimes C. Prevención primaria y secundaria del suicidio en adolescentes desde la medicina familiar. *FMC*. 2021;28(10):551-559.
15. Val A, Míguez MC. La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. *Ter Psicol*. 2021;39(1):145-162.
16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(9):790-799.
17. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Checklist: For systematic reviews. Oxford (UK): CASP; 2025. Available from: <https://casp-uk.net/casp-checklists/CASP-checklist-systematic-reviews-checklist-2024.pdf>
18. Colegio Colombiano de Psicólogos. Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo, Acuerdo No. 17 de 2019. Bogotá: Colpsic; 2019. Disponible en: <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/07/Acuerdo-N%C2%B0-17-de-mayo-del-2019.pdf>
19. Khan KS, Bueno Cavanilla A, Zamora J. Revisiones sistemáticas en cinco pasos: Cómo formular una pregunta para la que se pueda obtener una respuesta válida. *Med Fam SEMERGEN*. 2022;48(5):331-356.
20. Nazeer A, Imran N, Naveed S, AlMuraikhi M, Haider I, Javed A. Developing suicide screening and prevention guideline for the children and adolescents of Pakistan: The first step. *Asian J Psychiatr*. 2025;110:104586.
21. Chalancon B, Leane E, Vacher A, Vernet T, Vieux M, Lau-Taï P, et al. French translation and adaptation of the “safety planning intervention” for the prevention of suicide attempts: A four-step method. *Encephale*. 2025;51(1):S0013-7006.
22. de Santiago-Díaz A, Barrio-Martínez S, Gómez-Ruiz E, Carceller-Meseguer T, Sastre-Yañez J, Ortíz-García de la Foz V, et al. Effectiveness of early and intensive intervention on suicide prevention: CARS programme. *Psychiatry Res*. 2024;338:115964.
23. Broer T. The Googlization of Health: Invasiveness and corporate responsibility in media discourses on Facebook’s algorithmic programme for suicide prevention. *Soc Sci Med*. 2022;306:115131.
24. Ketabchi B, Chaudhary S, Cieslak K, Das K, Foster A, Haasz M, et al. Youth Suicide Prevention in the Emergency Department: Lethal Means Counseling 101. *Ann Emerg Med*. 2025;85(2):116-117.
25. Madruga Rubio J, Guzmán Castillo A. Factores protectores e intervenciones preventivas frente al suicidio en las minorías sexuales y de género. Una revisión sistemática. *Psiquiatr Biol*. 2025;32(3):100730.
26. Pothireddy N, Lavigne JE, Groman A, Carpenter D. Developing and evaluating a module to teach suicide prevention communication skills to student pharmacists. *Curr Pharm Teach Learn*. 2022;14(4):449-456.
27. Vancampfort D, McGrath RL, Stubbs B. The untapped role of physiotherapists in suicide prevention. *J Physiother*. 2025;71(3):143-145.
28. Villareal T, McPherson J, García M. Where Are Latino Families in Adolescent Suicide Prevention? A Scoping Study. *Suicide Life Threat Behav*. 2023;53(1):15-28.
29. Ministerio de Sanidad. Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
30. Comisionado de Salud Mental. Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.
31. Comunidad de Madrid. Guía para familiares y educadores: prevención del suicidio en adolescentes VIVIR. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2023. Disponible en: <https://www.consaludmental.org>
32. Ministerio de Salud. Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales: guía para familiares y educadores. Santiago de Chile: Minsal; 2021.
33. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA). Programa Nacional para la Prevención del Suicidio PRONAPS: Cuadernillo básico para la prevención del suicidio. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2023.
34. León Puello A. Cartilla: Hablemos sobre suicidio. San Gil: Unisangil; 2023. Disponible en: <https://unisangil.edu.co>
35. Gobierno de España, Fundación de Educación para la Salud. Guía para comprender y abordar el riesgo de suicidio juvenil. Madrid: FUNDADEPS; 2024.
36. Josephine E, Pekarsky A. Comportamiento suicida en niños y adolescentes. Rahway (NJ): Manual MSD; 2023. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/>
37. Federación Salud Mental Castilla y León. Guía de prevención del suicidio. Protocolo de actuación en conductas autolíticas. Valladolid: Federación Salud Mental CyL; 2025.
38. Kaslow N, Burgos R. Suicidio en adolescentes: ¿Cuáles son los factores de riesgo? New York: Child Mind Institute; 2025. Disponible en: <https://childmind.org/es/articulo/suicidio-en-adolescentes-cuales-son-los-factores-de-riesgo/>
39. Perdomo Jurado Y, Jiménez Giraldo D, Jaramillo Pérez Y. Revisión sistemática sobre los factores de riesgo y protección asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios. *Rev Salud Bosque*. 2025;14(2):1-16.

40. Haryadi R, Ramli M, Hidayah N, Muslihati T, Yanizon A. Forewarned is forearmed: Practical prevention strategies for method-specific suicide. *J Affect Disord.* 2025;380:742-743.
41. Bustamante F, Concha C, Segovia D, Ponce de León C, Rojas P, Epstein L, et al. Prevención de la conducta suicida adolescente: Un enfoque integral para la formulación de políticas públicas. Santiago de Chile: Universidad de Los Andes; 2024.
42. Moreno Murcia LM. Programas y estrategias de prevención de la conducta suicida: reflexiones prospectivas. *Rev Iberoam Psicol.* 2025;17(3):65-76.
43. Confederación Salud Mental España. Informe y hoja de ruta 2025; necesidades y recomendaciones de la Red PROEMO para la promoción de la salud mental y emocional en las personas adolescentes y jóvenes. Madrid: Universidad de Jaén, Red PROEMO; 2024.
44. Pirkis J, Dandona R, Silverman M, Khan M, Hawton P. Preventing suicide: A public health approach to a global problem. *Public Health.* 2024;9(10):E787-795.
45. Horowitz L, Tipton M, Pao M. Primary and secondary prevention of youth suicide. *Pediatrics.* 2020;145(2):S195-203.
46. DiDomenico G, Gatavins M, Michel N, Lombard P. Engaging Voices, Shaping Futures: Lessons from a Youth Advisory Board on Black Youth Suicide Prevention. *JAACAP Open.* 2025;3(4):817-821.
47. Dueñas D, MoralesVives F, Minelli de Oliveira J. Beyond guidelines: Evaluating the realities of suicide prevention in schools. *Child Youth Serv Rev.* 2025;175:108263.
48. American Psychiatric Nurses Association. Position Statement: Youth Suicide Prevention. 2025.
49. Cole King A, Plott S. Suicide prevention for physicians: identification, intervention and mitigation of risk. *Medicine (Baltimore).* 2025;53(3):113117.
50. Qu D, Zhu A, Chen R. Addressing the gender paradox: Effective suicide prevention strategies for women. *Cell Rep Med.* 2024;5(6):101613.
51. Comman E. Youth suicide is on the rise. 2024. Available from: <https://medicine.yale.edu/news-article/youth-suicide-is-on-the-rise-yale-aims-to-save-lives/>
52. Haddad K, Delsignore A, Dunn J, Hann A, Hashemian H, Vaughn L, et al. The meaning of a youth council for suicide prevention: A reflective study with the youth council members. *Child Youth Serv Rev.* 2024;107624.
53. Grattidge L, Hoang H, Lees D, Visentin D, Mond J, Auckland S. Characteristics of suicide prevention programs implemented for young people in rural areas: A systematic review of the literature. *Ment Health Prev.* 2024;34:200335.
54. Krishnamoorthy S, Mathieu S, Armstrong G, Ross V, Francis J, Reifels L, Kölves K. Utilisation and application of implementation science in complex suicide prevention interventions: A systematic review. *J Affect Disord.* 2023;330(1):5773.
55. Pérez V, Elices M, Tolla A, Bobes J, LópezSolà C, DíazMarsá A, et al. The Suicide Prevention and Intervention Study (SURVIVE): Study protocol for a multisite cohort study with nested randomized controlled trials. *Span J Psychiatry Ment Health.* 2024;16:16-21.
56. van der FeltzCornelis CM, Hofstra E, Elfeddali I, Bakker M, Metz MJ, de Jong JJ, van Nieuwenhuizen C. Efficacy of a digitally supported regional systems intervention for suicide prevention (SUPREMOCOL) in NoordBrabant, the Netherlands. *Gen Hosp Psychiatry.* 2023;84:7381.
57. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Guía para la prevención del suicidio en adolescentes, familiares y educadores. 2023. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-prevencion-suicidioadolescentes-familiares-educadores.pdf>
58. Peñaranda-Gómez L, Álvarez-Medina PML, Vásquez-Restrepo IC, Ocampo-Osorio K. Diseño de una estrategia pedagógica dirigida a la población LGBTIQ+ en contextos educativos. *Cultura Educ Soc.* 2026;17(1):e6528.
59. Tello-Zuluaga J, Uribe-Zapata A. Instrumentos de evaluación de actitudes docentes frente a la educación inclusiva: una revisión sistemática. *Cultura Educ Soc.* 2025;16(1):e5782.