



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2020/2021
Convocatoria de Junio



Modalidad: Revisión Bibliográfica

Título: Programas de prevención del suicidio para los cuerpos militares, policiales y funcionarios de prisiones: una revisión sistemática.

Autor: Antonio López Castillo

Tutor: Victoria Soto Sanz y José Antonio Piqueras

Fecha: Elche, 1 de junio de 2021

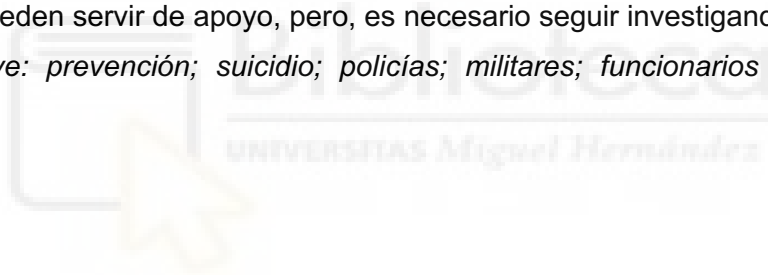
ÍNDICE

Resumen	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Suicidio: Un problema de Salud Pública.....	4
1.2 Suicidio en Fuerzas y Cuerpos de Seguridad	4
1.3 Factores de riesgo del Suicidio en Salud Pública	4
1.4 Factores de riesgo del Suicidio en Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.....	5
1.5 Prevención del Suicidio en Salud Pública	5
1.6 Prevención del Suicidio en Fuerzas y Cuerpos de Seguridad	6
2. OBJETIVO GENERAL.....	7
3. MÉTODO.....	7
4. RESULTADOS.....	9
5. DISCUSIÓN.....	11
6. REFERENCIAS.....	34
7. ANEXOS	43
1. Código de Investigación Responsable (COIR).....	43

Resumen

El suicidio tras el paso de los años ha ido aumentando tanto en cuerpos militares, policiales como en funcionarios de prisiones. La intervención con programas de prevención en dicha población es probable y eficaz. Hasta la fecha se han estado realizando diferentes programas de prevención hacia éstos, presentando cierta heterogeneidad en los resultados. Por ende, el presente estudio aborda una revisión sistemática de los programas de prevención del suicidio a nivel internacional en esta población, con el objetivo de resumir y actualizar la información sobre su evidencia. Los criterios de inclusión fueron; (a) artículos científicos basados en programas de cualquier tipo de prevención primario del suicidio; (b) dirigidos a cuerpos policiales, militares y funcionarios de prisiones que se encuentren activos; (c) que incluyan ideación y/o tentativas de suicidio; (d) artículos en inglés o castellano; (e) con muestra de sujetos mayor a 1. Con ello se obtuvo un total de 9 estudios. Tras la realización de los programas se encontraron diferencias estadísticamente significativas en comportamiento suicida, conocimiento sobre suicidio y depresión. Finalmente, a pesar de encontrar resultados positivos, todavía son datos limitados para valorar la eficacia. Por lo tanto, dichos programas pueden servir de apoyo, pero, es necesario seguir investigando al respecto.

Palabras clave: prevención; suicidio; policías; militares; funcionarios de prisiones; revisión



1. INTRODUCCIÓN

1.1 Suicidio: Un problema de Salud Pública

Uno de los principales problemas de salud pública que cada vez se encuentra más presente en nuestra sociedad es el suicidio. La Organización Mundial de la Salud (1986), lo define como aquellos actos intencionados y autolesivos de un individuo para acabar con su propia vida con un resultado final letal.

En base a investigaciones recientes, cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo, es decir, alrededor de 800.000 personas se suicidan al año. Siguiendo en la misma línea, cuando una persona comete el acto de suicidio, 20 personas con tentación de suicidio no llegan a llevarlo a cabo (OMS, 2019). En España, según los últimos datos recogidos, el suicidio sigue siendo la principal causa de muerte externa (no natural) con un total de 3.539 fallecidos durante 2018, equivalente a casi 10 suicidios al día (Infocop, 2020).

1.2 Suicidio en Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

En un estudio retrospectivo, Milner, Witt, Maheen y LaMontagne (2017) en Australia desde el 2001 hasta el 2012, compararon tasas de suicidio entre los grupos ocupacionales de los servicios de protección y emergencias con todas las demás ocupaciones. Se concluyó que las tasas de suicidio en empleados de servicios de protección y emergencia, incluidos cuerpo militares y policiales, son significativamente más altas que las tasas de miembros de la población laboral general.

En España, desde 2001 hasta fechas actuales han cometido el acto de suicidio 404 miembros de cuerpos militares y policiales: entre 2008 y 2015, por cada 100.000 habitantes de nuestro país la tasa osciló entre los 6,8 y 8,4 casos; en cambio, durante estos años, en la Policía Nacional los datos se elevaron a entre 8,7 y 16,4 casos (Segovia, 2020). Hoy en día, la Guardia Civil es la más afectada con este fenómeno con unos índices preocupantes en cuanto que, cada 26 días se suicida una persona miembro de la Guardia Civil, duplicando así, la tasa de la población general (Criado, 2019).

1.3 Factores de riesgo del Suicidio en Salud Pública

Existen diversas causas por las que una persona puede cometer el acto de suicidio (Cabra, Infanta y Sossa, 2010). Por un lado, la influencia de variables individuales, como, por ejemplo, la presencia de trastorno mentales (a destacar, la depresión) o enfermedades físicas, abuso de alcohol y/o otras drogas, factores genéticos o biológicos, o varios rasgos de personalidad, como la desesperanza, la

rigidez cognitiva, la impulsividad o el perfeccionismo, entre otros. Además, influencia de factores contextuales, como disponer de antecedentes familiares de suicidio, acceder fácilmente a medios para cometerlo, por ejemplo, tener armas de fuego en casa, o las diferentes situaciones estresantes que pueden darse en la vida, como los conflictos con la pareja, tener problemas económicos, la muerte de un ser querido o el desempleo (OMS, 2014). Es importante resaltar que, una persona se suicida debido a la interacción de diferentes variables individuales y ambientales, por ende, no es solo un factor el desencadenante de este acto. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

1.4 Factores de riesgo del Suicidio en Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

En base a lo comentado anteriormente, tanto policías, militares y funcionarios de prisiones desempeñan un trabajo que puede derivar a grandes aumentos de niveles de estrés (Finney, Stergiopoulos, Hensel, Bonato y Dewa, 2013; Webster, 2013), conllevar una mala salud mental (Garbarino, Cuomo, Chiorri y Magnavita, 2013) y poder desencadenar en comportamientos suicidas (Singh, Ram y Sharma, 2013). Además, el fácil acceso a las armas de fuego y/o medicamentos potentes podrían explicar el aumento del riesgo de suicidios en estas ocupaciones (Skegg, Firth, Gray y Cox, 2010). Recientes investigaciones, sugieren que el suicidio es un tema “Tabú”, esto hace que, sean escasos controles psicológicos los que se hacen a los trabajadores de estos diferentes cuerpos cuando son personas con un fácil acceso a armas de fuego, uno de los principales factores de riesgo de sufrir este problema (Segovia, 2020).

1.5 Prevención del Suicidio en Salud Pública

Actualmente, debido a la gran dificultad de abordar el suicidio, los esfuerzos para luchar frente a este fenómeno se enfocan en el ámbito preventivo, destacando la investigación, detección e intervención de personas que suelen presentar factores de riesgo para el suicidio (Zalsman et al, 2016). Además, la importancia de las directrices para la prevención del suicidio en el lugar de trabajo ha conllevado un aumento del interés en la eficacia de programas de prevención del suicidio en dichas situaciones (WHO, 2006).

Con respecto a las clasificaciones y diferenciaciones para los programas de prevención, destacan, en primer lugar, la que realiza la OMS en su Glosario sobre Promoción de la Salud (1998). Ésta, diferencia tres tipos de prevención: primaria, orientada a evitar la adquisición e incidencia de una enfermedad en población general

sana; secundaria, para detectar y detener la evolución y prevalencia de una enfermedad en estadios precoces; y terciaria, dirigida al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad para disminuir la invalidez funcional de las personas. Por otro lado, Mrazek y Haggerty (1994) dividen la prevención en tres tipos: universal, enfocada a población general; selectiva, aquella población con riesgo mayor que el promedio de contraer una enfermedad; o indicada, aquellas personas de alto riesgo que le han detectado síntomas o signos que predisponen a contraer una enfermedad.

A nivel general, existen una serie de medidas para prevenir el suicidio como detectar señales de advertencia, bloquear el acceso a medios para suicidarse, la intervención temprana de los trastornos mentales asociados (depresión o alcoholismos, por ejemplo) o sensibilizar a la población sobre el problema para reducir el estigma (OMS, 2012). Es importante resaltar que, todavía en España no existe un plan a nivel nacional para poder prevenir este fenómeno, sin embargo, ciertas comunidades realizan programas aislados centrados en prevención (Rejón, 2015).

1.6 Prevención del Suicidio en Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

Existen una serie de planes de prevención destinados a los diferentes fuerzas y cuerpos de seguridad. En primer lugar, en 2017 se aprobó el II Plan de Prevención de Conductas Suicidas, con mayor presencia de psicólogos y otros facultativos. Dicho plan recoge tres fases: la primera tiene el objetivo de prevenir casos de suicidio, la segunda, cuyo objetivo es prestar ayuda a los agentes en los que ya hay riesgo de suicidio y, por último, analizar los suicidios que se hayan producido y evitar que los intentos fallidos sean de nuevo otra tentativa de suicidio (Fernández, 2014). Además, existe un Plan de Prevención de Conductas Suicidas publicadas por el gabinete de prensa de la Guardia Civil (Abet, 2015) destacando el Teléfono de Atención Psicológica (TAP), a través del cual psicólogos facultativos de la Dirección General de la Guardia Civil asisten a los guardias civiles y/o sus familiares de manera confidencial las 24 horas del día. Sin embargo, aunque las tasas de suicidio han disminuido, las cifras siguen siendo altas.

También, surge la idea de generar un nuevo protocolo para el suicidio fomentando la creación de un teléfono de ayuda las 24 horas para agentes, retirada de armas en casos necesarios, disponer de un equipo de intervención psicosocial o programas formativos para erradicar temores como que una baja psicosocial perjudica la carrera profesional o preparación para detectar situaciones de riesgo. Pero, la Administración todavía debe dotar de medios tanto materiales como económicos (Segovia, 2020).

Recientemente, Witt, Milner, Allisey, Davenport y LaMontagne (2017) publicaron una revisión sistemática con un total de 13 estudios sobre programas de prevención del suicidio universal para empleados de los servicios de protección y emergencia (cuerpos de policía, militares, profesionales de ambulancias, profesionales de servicios penitenciarios y del cuerpo de bomberos) desde el año 1996 hasta el 2015. En dicho estudio, sólo seis aportaron suficiente información sobre las tasas de suicidio para permitir su inclusión en los análisis cuantitativos. Cabe destacar que, únicamente, se eligieron los estudios que utilizaban un diseño aleatorizado, pseudoaleatorizado o controlado antes/después.

Aunque en el estudio de Witt et al. (2017), se incluyen programas de prevención universal del suicidio para empleados de servicios de emergencia y protección, desde 2015 hasta la actualidad la problemática del suicidio ha ido tomando cada vez mayor relevancia y, durante los últimos años pueden haberse incrementado las publicaciones sobre programas de prevención.

Por tanto, debido a la presencia de este problema en los diferentes cuerpos de fuerzas y seguridad, es necesario reunir en un mismo documento, los programas de prevención del suicidio que son exclusivos para cuerpos militares, policiales y funcionarios de prisiones que utilizan un tipo de prevención universal, selectiva o indicada publicados desde 2015 hasta la actualidad.

Por tanto, en el presente estudio se realiza una revisión sistemática de los programas eficaces de prevención del suicidio universal, selectiva o indicada dirigidos a cuerpos policiales, militares y funcionarios de prisiones que se están poniendo en práctica en diferentes países del mundo.

2. OBJETIVO GENERAL

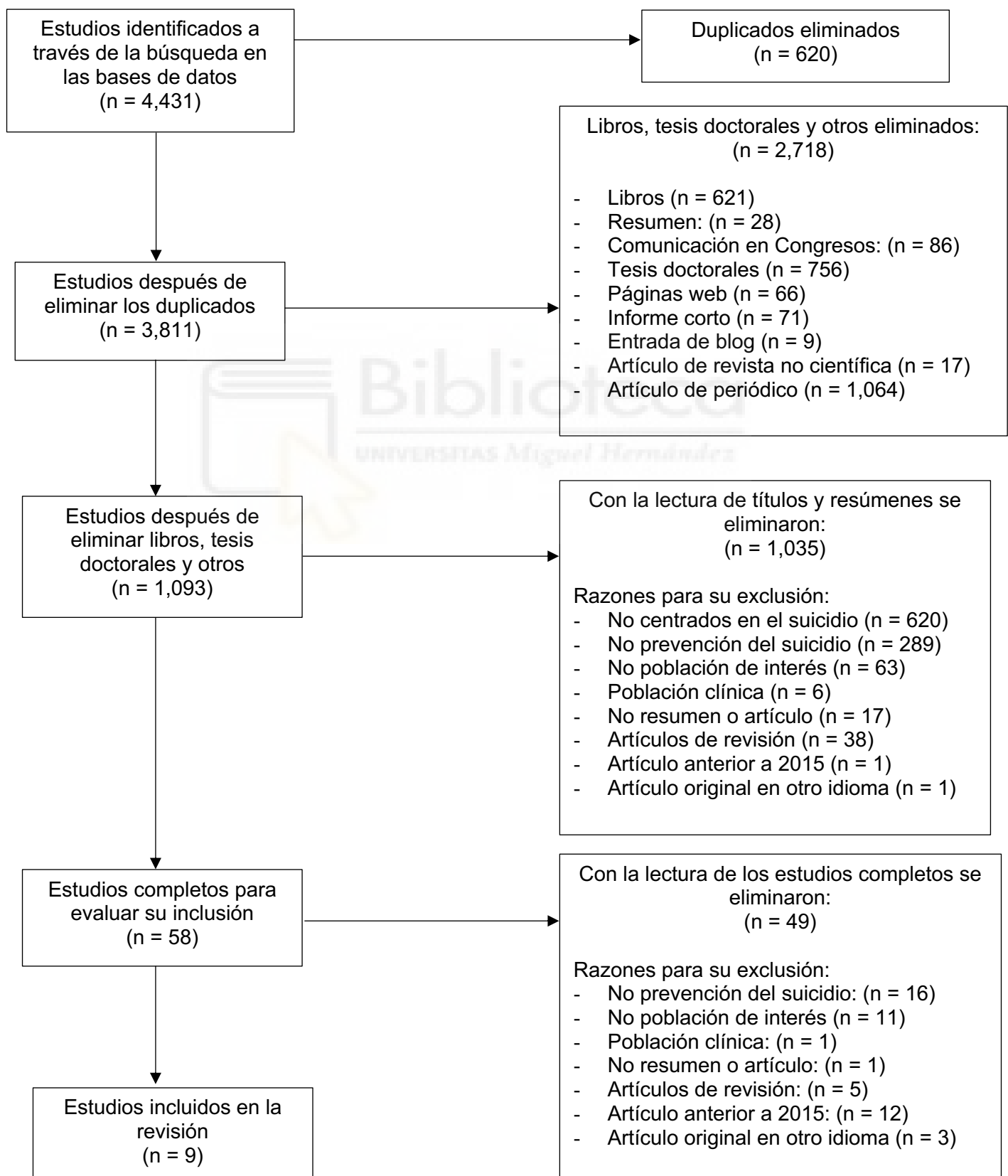
Actualizar la información sobre la evidencia de la prevención del suicidio en cuerpos policiales, militares y funcionarios de prisiones a nivel internacional con programas preventivos que se han puesto en práctica desde el 2015 hasta la fecha para aportar información sobre la eficacia de dichos tratamientos.

3. MÉTODO

Los artículos seleccionados para la realización de la presente revisión fueron recopilados a través de una exhaustiva búsqueda bibliográfica en febrero de 2021 en las siguientes bases de datos: Ovid MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Cochrane, PubMed y Psycodoc. Para ello, se introdujeron los términos de búsqueda clave ("suicide" OR

"suicidal behavior" OR "suicide ideation" OR "suicide plan" OR "suicide attempt" OR "self-injure" OR suicidio) AND ("police" OR "police official" OR "law enforcement" OR "military" OR "prision guard" OR "prision officer" OR "prision official" OR policia OR militar OR "funcionario de prisiones") AND ("prevention program" OR "programa de prevencion")", que se detalla en el diagrama PRISMA de la *Figura 1* la obtención de un

Figura 1. Versión modificada de diagrama PRISMA modificada con los estudios incluidos en la revisión



total de 4,431 documentos diferentes.

Una vez obtenidos el total de los documentos, se importaron directamente al gestor bibliográfico Zotero y se procedió a la eliminación de los artículos duplicados, tras lo cual se obtuvieron un total de 3,811 artículos. Seguidamente, se eliminaron libros, tesis doctorales y otros (resúmenes, comunicaciones en congresos, páginas web, informes cortos, entradas de blog, artículos de revista no científica y artículos de periódico), obteniendo así un total de 1,093 artículos. Tras esto, y con la colaboración de dos profesionales de la psicología que estudian e investigan el suicidio, se realizó una serie de cribados para así determinar la inclusión de los artículos en la base de datos final.

Los criterios de inclusión fueron: (a) artículos científicos basados en programas de cualquier tipo de prevención primario del suicidio (directa vs indirecta y universal vs selectiva vs indicada); (b) dirigidos a cuerpos policiales, militares y funcionarios de prisiones que se encuentren activos; (c) que incluyan ideación y/o tentativas de suicidio; (d) artículos en inglés o castellano; (e) con muestra de sujetos mayor a 1, eliminando por tanto los estudios de caso único ($n = 1$).

Se hizo un primer cribado con la lectura de títulos y resúmenes de los diferentes artículos, eliminando así: (1) aquellos artículos que no se centraban en el suicidio o cualquiera de sus parámetros, (2) los que no se centraban en el ámbito preventivo del suicidio, (3) aquellos que no se centraban en la población de interés o objetivo, (4) los que incluían población clínica, (5) artículos que no contenían resumen o no era posible obtener el artículo al completo, (6) aquellos que hacían referencia a revisiones sistemáticas ya publicadas, (7) los que se habían publicado antes de la fecha de 2015, y (8) artículos que estaban en otro idioma que no era ni español ni inglés. Esto permitió contar con un total de 58 artículos. A continuación, se realizó un segundo cribado con la lectura al completo de los artículos eliminando aquellos que no cumplían con todos los criterios de inclusión anteriormente mencionados. Finalmente, se obtuvo un total de 9 artículos válidos para la presente revisión.

4. RESULTADOS

La tabla 1 muestra un resumen de los programas de prevención de los estudios seleccionados, siendo el más antiguo de 2016 y el más actual de 2020. La mayoría de los estudios (66.66%) se realizaron en Estados Unidos, mientras que, un 11.11% se realizó en Israel, otro 11.11% en la Unión Europea y un último 11.11% corresponde a Gran Bretaña. Por ello, cabe destacar que el total de los estudios seleccionados se publicaron en inglés. La muestra estuvo constituida principalmente por agentes de

policía (50%) y por personal militar (50%) activos en su puesto de trabajo, por ende, no se encontró ningún programa de prevención destinado a funcionarios de prisiones.

En cuanto al tipo de prevención, el 44.44% de ellos fueron de prevención directa, es decir, estaban dirigidos a policías y militares, el 55.55% indirecta, que se centraban en la formación de formadores para la detección de ideación suicida en compañeros y en habilidades de afrontamiento. A su vez, la totalidad de artículos fueron de prevención universal.

En cuanto al tipo de estudio, la mayoría de estudios incluían grupo control y grupo experimental (44.44%), además, el 33.33% de los estudios no contenían grupo control. Solamente uno de los artículos era un ensayo clínico para establecer protocolos y procedimientos óptimos para un futuro ensayo a gran escala (Christopher, Bowen y Witkiewitz, 2020). A su vez, solo uno de los estudios incluidos contenía 2 grupos experimentales (Smith-Osborne y Maleku, 2016).

Por otro lado, gran parte de estudios (66.66%) evaluaron el proceso tres momentos: pre, post y 4 o 6 meses después. Sólo el 33.33% de estudios evaluaron el proceso antes y tras la intervención. Siguiendo la misma línea, los contenidos fundamentales con los que cuentan los programas son: entrenamiento en *gatekeepers*, formación para formadores, psicoeducación, factores de riesgo del suicidio, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, búsqueda de apoyo entre pares y estrategias para reducir el daño.

En cuanto a variables e instrumentos, gran parte de los estudios (90%) evaluaban diferentes variables, sin embargo, un solo trabajo (10%) evaluaba la calidad del contenido del curso y la eficacia del instructor (Van Hasselt et al., 2019). En primer lugar, las variables más estudiadas de los diferentes trabajos fueron: Comportamiento suicida (46.66%), Conocimiento sobre suicidio (33.33%), Habilidades de afrontamiento (26.66%), Depresión (26.66%), Diagnóstico salud mental (26.66%), Consumo de drogas o alcohol (20%), Relaciones/conciliación de la vida laboral y familiar (13.33%), Estigma hacia la depresión (6.66%), Actitud hacia el suicidio (6.66%), Estrés (6.66%), Ansiedad (6.66%), Trastorno de Estrés Postraumático (6.66%), Experiencia en el ejército (6.66%) y Tiempo transcurrido hasta la muerte por suicidio (6.66%). De estas, todas presentaron diferencias estadísticamente significativas en alguno de los estudios. Fue en Comportamiento suicida, Conocimiento sobre suicidio y Depresión las variables que fueron significativas en más de 2 estudios.

Además, de los instrumentos seleccionados para medir las variables anteriormente comentadas ninguno de ellos se repitió en más de un estudio.

Finalmente, con respecto a los estadísticos de eficacia, la gran mayoría (88.88%) aportó datos estadísticamente significativos, tanto cuantitativamente como

cualitativamente, sin embargo, el 11.11% no aportó ningún dato estadístico en base a resultados. Más concretamente, solo uno de los estudios incluidos tenía información del tamaño del efecto (Arensman et al., 2016).

5. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente revisión era actualizar la información sobre la evidencia de la prevención de suicidio en cuerpos policiales, militares y funcionarios de prisiones a nivel internacional. El 77.77% de los estudios incluyeron información suficiente para comprobar la eficacia del programa, sin embargo, dicha información sigue siendo limitada. De este modo, se constata la falta de programas que se han evaluado de una forma amplia y con efectos positivos en el riesgo de suicidio o sus factores asociados en cuerpos policiales, militares y funcionarios de prisiones. Cabe destacar que, la gran mayoría de los estudios no presentan información sobre el tamaño del efecto de la intervención.

En cuanto a los estudios encontrados, la mayoría de los programas fueron durante los años 2020 y 2016 mientras que, sólo uno de ellos pertenece a 2019 (Van Hasselt et al., 2019). Además, gran parte de los estudios eran estadounidenses, sin embargo, uno de ellos pertenece a Israel, otro a la Unión Europea y otro a Gran Bretaña. Por consiguiente, había el mismo número de estudios tanto para militares como para cuerpos policiales. Sin embargo, existe una carencia notable de programas de prevención centrado en cuerpos policiales y militares cuando dicho personal laboral se encuentra expuesta constantemente a un alto estrés (Finney et al., 2013) y el fácil acceso que se tiene a un arma de fuego (Skegg et al., 2010).

Tabla 1. Programas de prevención del suicidio incluidos en la revisión

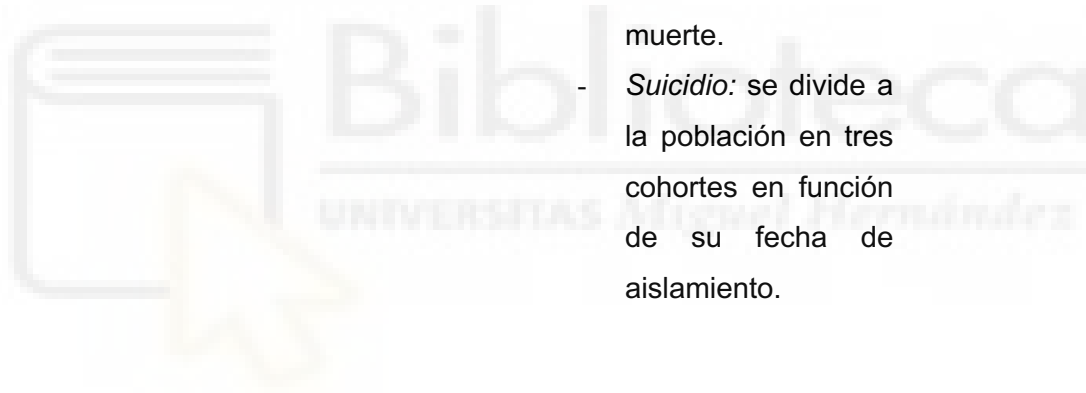
Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
Arensman et al., (2016)	<i>Optimising Suicide Prevention Programmes</i> (OSPI- Europe) (UE: Irlanda, Portugal y Alemania)	Agentes de Policía (N = 828)	Grupo Experimental	Universal; Indirecta	Evaluación pre y post intervención y a los 4 meses siguientes de las siguientes variables: - <i>Estigma hacia la Depresión</i> : Escala de Estigma hacia la Depresión (Griffiths, Christensen, Jorm, Evans y Groves, 2004) - <i>Conocimiento en relación con la Intervención en el Suicidio</i> : Test de Conocimiento de la Intervención en el	Formación <i>gatekeeper</i> con una duración de 4 horas.	<i>Conocimiento en relación con la Intervención en el Suicidio</i> : Puntuación media en la línea de base: 3,88 (1,27); Puntuación media en el seguimiento: 4,35 (1,34); Estadística F: 28,27; Valor p < 0,001; Tamaño del efecto: 0,043. Las puntuaciones en el IKT de suicidio (M = 3,95, DT = 1,3) < después del

Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					<p>Suicidio (Tierney, 1994)</p> <p>- <i>Confianza para identificar el Riesgo de Suicidio</i>: ítem de la Escala de Confianza adaptada por Capp, Deane y Lambert (2001): "Me siento confiado de que podría identificar a una persona en riesgo de suicidio".</p>	<p>entrenamiento (M = 4,27, DT = 1,3), aunque > que las registradas línea de base (M = 3,82, DT = 1,3).</p> <p><i>Estigma hacia la Depresión</i>: después de la sesión de formación (M = 32,99, DE=4,6 vs M=35,18, DE=4,8; F=100,23, p<0,001).</p> <p><i>Confianza para identificar el Riesgo de Suicidio</i>: (M=4,48, SD=1,8 vs M=5,85, SD=1,8; F=248,61, p<.001).</p>	

Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
Marzano, Smith, Long, Kisby y Hawton, (2016)	(UK)	Agentes de policía (N = 53)	Grupo Experimental	Universal; Indirecta	Evaluación pre y post y a los 6 meses después de realizar la formación de las siguientes variables: <i>Conocimiento,</i> <i>Confianza y Actitud</i> <i>hacia la Prevención del</i> <i>Suicidio.</i> Se midieron mediante una versión modificada de 13 ítems de la Escala de Actitud para la Prevención del Suicidio (Herron, Ticehurst, Appleby, Perry y Cordingley, 2001)	Formación para formadores de una sesión de 4 horas de duración.	<i>Impacto de la formación en la confianza en la prevención del suicidio:</i> mejoras estadísticamente significativas ($p < 0,01$). <i>Impacto de la formación en el conocimiento sobre la prevención del suicidio:</i> en comparaciones emparejadas, mediana de la puntuación antes de la formación ($n = 50$) = 6/10 vs mediana de la puntuación después de la formación ($N = 48$) = 8/10; $z = -5,18$, $p < .0001$.

Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
Shelef, Tatsa- Laur, Derazne, Mann y Fruchter (2016)	<i>Israel Defence Force (IDF) Suicide Prevention Program</i> (Israel)	Militares (N = 1.171.357)	Grupo Control vs Grupo Experimental	Universal; Directa	Evaluación pre y post de la intervención de las siguientes variables: - <i>Perfil médico:</i> Escala de Calificación de Aptitud Militar - <i>Diagnósticos de salud mental previos a la incorporación:</i> registro médico (médico cabecera) - <i>Experiencias en el ejército:</i> registros datos militares (duración servicio militar y el tipo: combatiente o no)	Formación con psicoeducación y orientación, supervisión, mayor accesibilidad de los oficiales de salud mental y menor accesibilidad de las armas no esenciales	Descenso estadísticamente significativo entre 2009 y 2012 (RR = 0,30; IC 95% = 0,20-0,43). En hombres, en 2009-2012, el RR = 0,28 (IC 95%: 0,19-0,42). Las tasas de suicidio se redujeron de una media de 23/100.000 por año antes de la intervención a 11/100.100 por año después de la intervención.

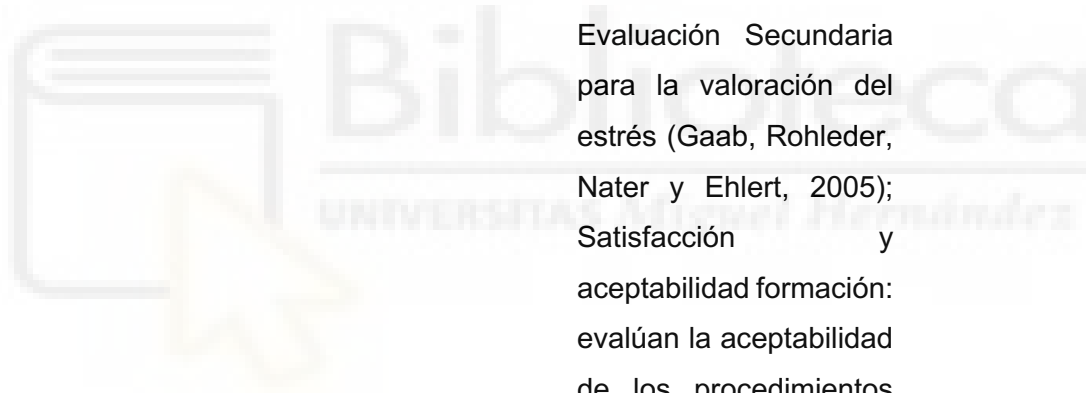
Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tiempo transcurrido hasta la muerte por suicidio:</i> clasificación en base a la causa de la muerte. - <i>Suicidio:</i> se divide a la población en tres cohortes en función de su fecha de aislamiento. 		<p>Razón de riesgo = 0,48 (IC 95%: 0,37-0,60).</p> <p>Ajuste por otras variables explicativas redujo la razón de riesgo a 0,43 (IC 95%: 0,33-0,55).</p>



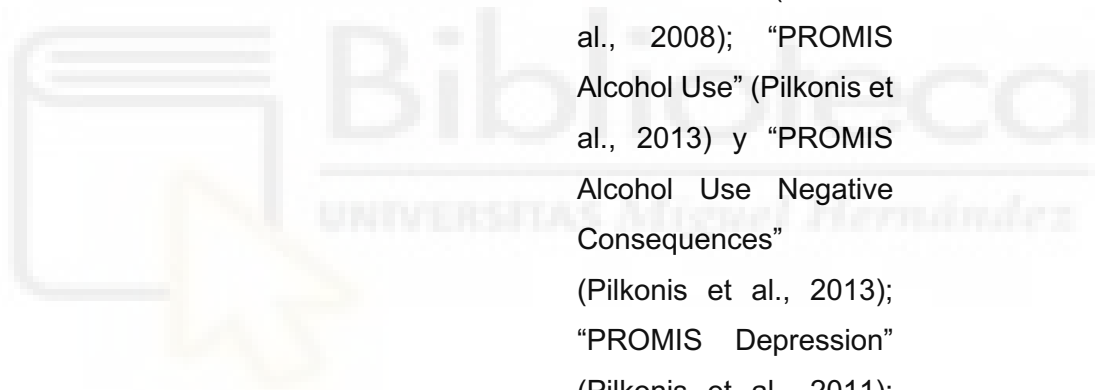
Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
Smith- Osborne y Maleku (2016)	(EEUU)	Militares (N = 131)	2 grupos experimentales, BF y AF	Universal; Indirecta	Evaluaciones pre y post de las siguientes variables: - <i>Resiliencia</i> : Escala de Resiliencia para Adultos (Friborg, Hjemdal, Martinussen y Rosenvinge, 2009) - <i>Expectativas futuras negativas</i> : Escala de Desesperanza de Beck (Beck & Steer, 1993a) - <i>Ideación Suicida</i> : Autoinforme de Beck para la Ideación Suicida	Formación de formadores para servir como asesores/cons ejeros.	<i>Expectativas positivas de futuro</i> mejoraron significativamente en Tiempo 2 (t 6,18; p .0001). El efecto del nivel de formación y de las puntuaciones de desesperanza sobre la resiliencia en el tiempo 2, controlando las variables demográficas = (F 5,37; p .02), y las puntuaciones de desesperanza de referencia eran predictor significativo de Tiempo 2 resiliencia, lo que

Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					(Beck & Steer, 1993b)		supone una variación sustancial (R 40%). El efecto del nivel de entrenamiento no resultó significativo.
Van Hasselt et al., (2019)	<i>Peers as Law Enforcement Support</i> (PALS) (EEUU)	Agentes de Policía (N = 18)	Grupo Experimental	Universal; Indirecta	Evaluación de las percepciones de los participantes sobre la calidad del contenido del curso y la eficacia del instructor. Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: <i>Estrés, Habilidades de Escucha Activa, Depresión, Uso de Substancias, Ansiedad</i>	Formación voluntaria de apoyo entre pares con una duración de 16 horas.	Resultados cualitativos: La calidad del contenido del curso (3,89) y la eficacia del instructor (3,87).

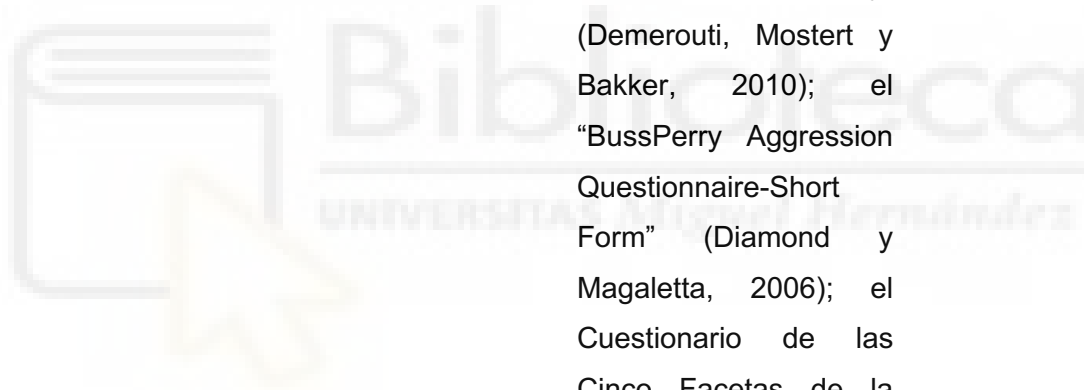
Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					Escala Visual Analógica estado de angustia (Lesage, Berjot y Deschamps, 2012); Evaluación Primaria Evaluación Secundaria para la valoración del estrés (Gaab, Rohleder, Nater y Ehlert, 2005); Satisfacción y aceptabilidad formación: evalúan la aceptabilidad de los procedimientos de entrenamiento (Bowen, Chawla y Marlatt, 2010); el Cuestionario de Trauma Infantil (Bernstein et al., 2003); el Cuestionario		



Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					<p>de Expectativas/Credibilidad (Deville y Borkovec, 2000); la Escala Breve de Resiliencia (Smith et al., 2008); “PROMIS Alcohol Use” (Pilkonis et al., 2013) y “PROMIS Alcohol Use Negative Consequences” (Pilkonis et al., 2013); “PROMIS Depression” (Pilkonis et al., 2011); “PROMIS Sleep Disturbance” (Yu et al., 2011); “Concise Health Risk Tracking-Self-Report” (Trevedi et al., 2011); el “PTSD</p>		



Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					Checklist for DSM-5” (Blevins, Weathers, Davis, Witte y Domino, 2015); el “Oldenburg Burnout Inventory” (Demerouti, Mostert y Bakker, 2010); el “BussPerry Aggression Questionnaire-Short Form” (Diamond y Magaletta, 2006); el Cuestionario de las Cinco Facetas de la Atención Plena (Bohlmeijer, ten Klooster, Fledderus, Veehof y Baer, 2011); la Escala de Autocompasión (Raes, Pommier, Neff y		

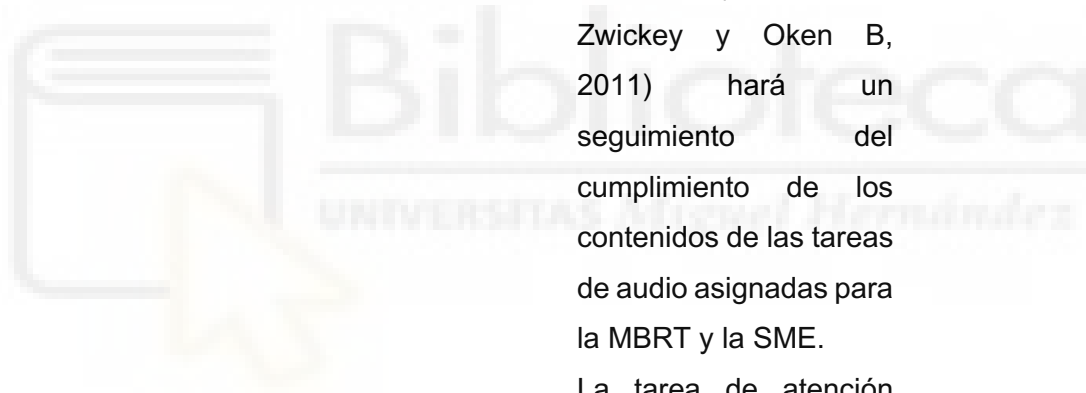


Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					Van Gucht, 2011); la Evaluación Multidimensional de la Conciencia Interoceptiva (Mehling, Acree, Stewart, Silas y Jones 2018); la Escala de Estrés Percibido (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983); y la Impresión Global del Cambio (Fischer et al., 1999). El Cuestionario de Práctica de Meditación (Bowen et al., 2014) (para la MBRT) y el Cuestionario de Práctica de Gestión del Estrés (para la SME)		



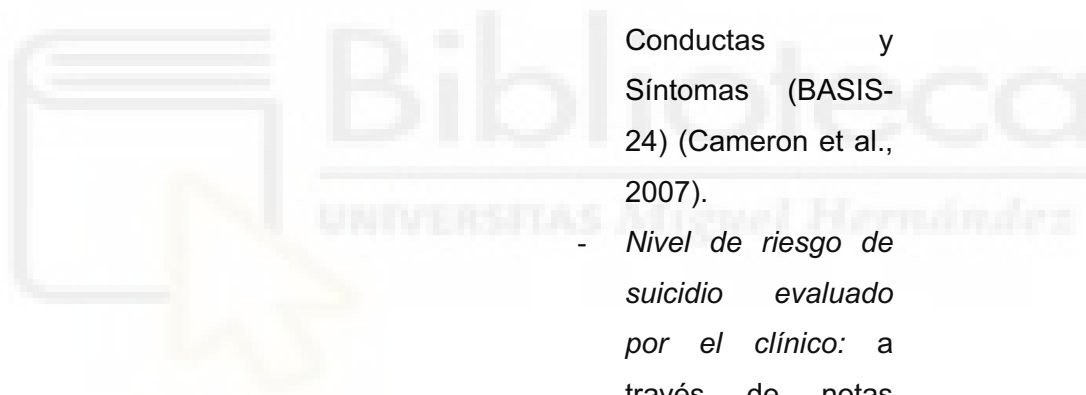
Biblioteca
UNIVERSIDAD DE CALDAS

Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					<p>evalúan el cumplimiento de la MBRT y la SME. La aplicación para teléfonos móviles iMINDr (Wahbeh, Zwickey y Oken B, 2011) hará un seguimiento del cumplimiento de los contenidos de las tareas de audio asignadas para la MBRT y la SME. La tarea de atención sostenida a la respuesta (SART) (Robertson, Manly, Andrade, Baddeley y Yiend, 1997) una tarea basada en el</p>		



Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					ordenador, medirá la atención sostenida.		
Hoyt et al., (2020)	<i>The Leader Suicide Risk Assessment Tool</i> (LSRAT) (EEUU)	Militares (N = 4.500)	Grupo Control vs Grupo Experimental	Universal; Indirecta	Evaluación post y después de 1 mes de las siguientes variables: - <i>Riesgo de Suicidio:</i> Columbia-Suicide Severity Rating Scale Screener (Posner et al., 2011) - <i>Depresión:</i> Cuestionario de Salud del Paciente-9 (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001).	Formación basada en la herramienta para que líderes identifiquen y mitiguen factores de riesgo de suicidio	<i>Pensamientos/acciones suicidas:</i> LSRAT inicial (N = 161, % (n) = 27.3% (44) LSRAT de seguimiento (N = 74), % (n) = 43.2% (32), fiabilidad de la prueba de un mes a otra, r = 0.94. Diferencia significativa entre número medio de factores LSRAT identificados entre

Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					<ul style="list-style-type: none"> - <i>Salud mental general y funcionamiento:</i> Escala de Identificación de Conductas y Síntomas (BASIS-24) (Cameron et al., 2007). 	<p>soldados evaluados como de riesgo "Intermedio" o "Alto" vs soldados evaluados como de riesgo "No elevado" o "Bajo" t (107) = 2,05, p = 0,04.</p>	
					<ul style="list-style-type: none"> - <i>Nivel de riesgo de suicidio evaluado por el clínico:</i> a través de notas clínicas califican el riesgo de suicidio como "sin riesgo elevado, riesgo bajo, riesgo intermedio y riesgo alto". 	<p>Los soldados evaluados como de riesgo "Intermedio" o "Alto" tenían significativamente más ítems de riesgo LSRAT identificados por los comandantes (M = 3,28, SD = 1,49) que los soldados evaluados como de</p>	

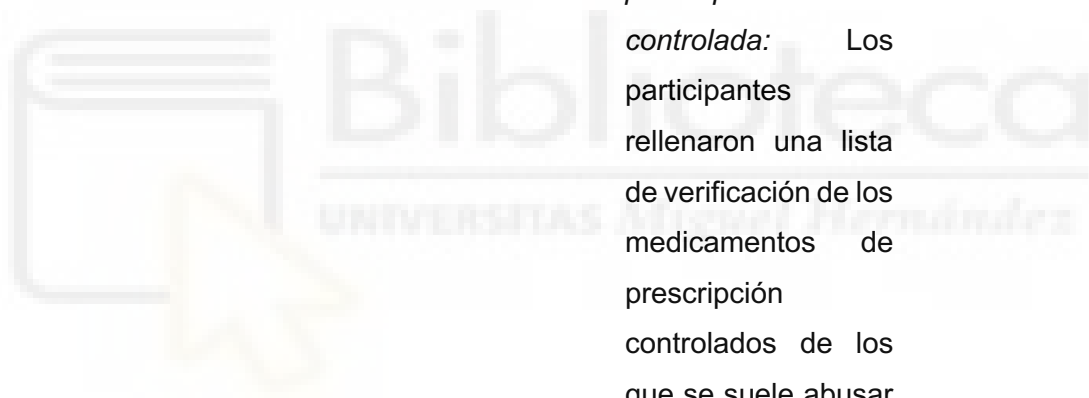


Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
Slep, Heyman, Lorber, Baucom, y Linkh (2020)	<i>New Orientation for Reducing Threats to Health from Secretive Problems that Affect Readiness (NORTH STAR) (EEUU)</i>	Militares (n = 12)	Grupo Control vs Grupo Experimental	Universal; Directa	Evaluaciones pre y post y antes del EC de 2008 de las siguientes variables: - <i>Consumo peligroso:</i> Prueba de Identificación Trastornos por Consumo de Alcohol	Formación para formadores para prevenir los problemas de los adultos	riesgo "No elevado" o "Bajo" (M = 2,59, SD = 1,27). Disminución significativa de la <i>suicidalidad</i> (B = - 0,17, SE = 0,04, p < 0,001, IC 95% - 0,25, - 0,10). Grupo control no mostró un cambio fiable (B = -

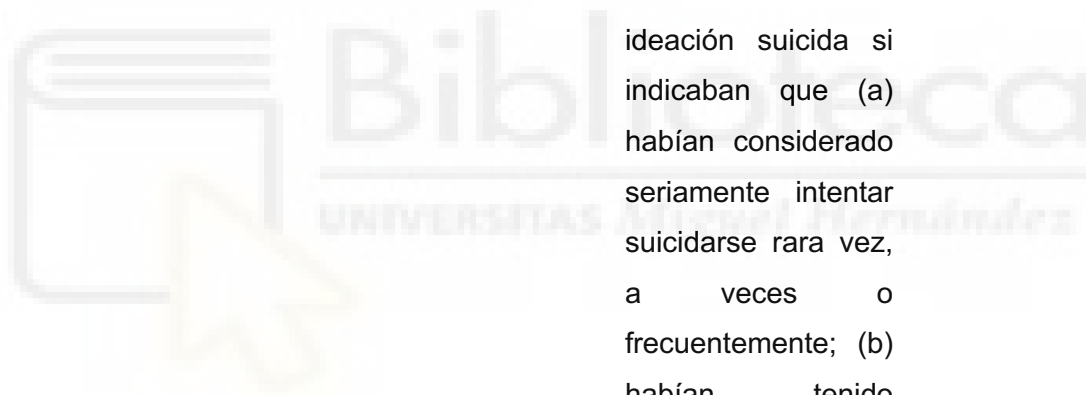


Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					(Allen, Litten, Fertig y Babor, 1997). - <i>Uso indebido de medicamentos de prescripción controlada:</i> Los participantes rellenaron una lista de verificación de los medicamentos de prescripción controlados de los que se suele abusar (por ejemplo, anfetaminas y codeína). - <i>Suicidalidad:</i> cuatro ítems de la Encuesta de Conductas de	de las Fuerzas Armadas	0,01, SE = 0,04, p = 0,855, IC 95% - 0,09, 0,08). Al aumentar el apoyo de la comunidad, grupo control mostró una disminución significativa de la <i>suicidalidad</i> (B=-0,15, SE=0,04, p=0,001, 95%CI-0,23, -0,06) vs participantes de NORTH STAR no cambio fiable (B=-0,05, SE=0,07, p=0,447, 95% CI -0,18, 0,08).



Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					<p>Riesgo de los Jóvenes (Brener et al., 2002). Se clasificó a los individuos con ideación suicida si indicaban que (a) habían considerado seriamente intentar suicidarse rara vez, a veces o frecuentemente; (b) habían tenido pensamientos de terminar con sus vidas a veces o frecuentemente; o (c) habían planeado un suicidio.</p>		



Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
Wyman et al., (2020)	<i>The Wingman-Connect Program</i> (EEUU)	Militares (N = 1485)	Grupo Control vs Grupo Experimental	Universal; Directa	Evaluación pre, post y a los 6 meses de las siguientes variables: <i>Gravedad de la ideación suicida, Síntomas de depresión y Deterioro laboral.</i> Se midieron mediante: la Escala de suicidio (CAT-SS); Escala de depresión (CAT-DI); Escala de Calificación del Suicidio de Columbia (C-SSRS) y una serie de ítems aleatorizados (Gibbons, Hur, Brown, Davis y	Formación en desarrollo de habilidades mediante el aprendizaje activo	1 mes de seguimiento: menor <i>gravedad de la ideación suicida</i> (ES, -0,23; IC del 95%, -39 a -0,09; p = 0,001) y de los <i>síntomas de depresión</i> (ES, -0,24; IC del 95%, -0,41 a -0,08; p = 0,002). 6 meses de seguimiento: <i>síntomas de depresión</i> eran significativamente menores (ES, -0,16; IC

Autor/es (Año)	Programa (País)	Población diana (N)	Tipo de Estudio	Tipo de Prevención	Variables e Instrumentos	Contenido del programa	Resultados
					Mann, 2012; Gibbons et al., 2017; Dickert, Williams, Reeves, Gara y DeBilio, 2015; Graham et al., 2019).		del 95%, -0,34 a -0,02; p = 0,03), mientras que la <i>gravedad de la ideación suicida</i> no era significativamente menor (ES, -0,13; IC del 95%, -0,29 a 0,01; p = 0,06).

B: Pendiente Sencilla; IKT: Suicide Intervention Knowledge Test; DE: Desviación Estándar; EED: Escala Estigma hacia la Depresión; M= media; UK: United Kingdom; EC: Evaluación Comunitaria; EEUU= Estados Unidos de América; PAC: Plan de Acción Comunitario Bienal; UE: Unión Europea; UK: United Kingdom; RR: Riesgo Relativo; BF: Baja Formación; AF: Alta Formación; DT: Desviación Típica

Además, no se encontró ningún programa para funcionarios de prisiones, hecho que impacta debido a las numerosas amenazas y niveles de estrés a los que están expuestos diariamente (Ayuso, 2020).

En cuanto a las variables incluidas, Comportamiento suicida, Conocimiento sobre suicidio y Depresión son las variables que más se han incluido en los estudios seleccionados. Es importante destacar que, ningún programa ha evaluado la variable estigma social, algo a tener muy en cuenta en futuras líneas de investigación puesto que, dicho factor de riesgo es causante de los limitados controles psicológicos a dicha población y, por lo tanto, que se cometa el acto de suicidio de manera prevalente (Segovia, 2020).

La mayoría de los programas de prevención incluidos en la presente revisión contiene contenidos y características similares. Además, en gran parte de los programas predomina la formación de formadores y destacan la importancia de los compañeros para una detección precoz.

En base a lo comentado anteriormente, en la revisión de Witt et al., (2017) la mayoría de programas incluidos eran multicomponentes y por lo tanto, no se podía identificar qué componente podría estar asociado con la eficacia. Sin embargo, en la presente revisión destaca el uso de la formación de formadores en gran parte de los programas, algo a tener muy en cuenta en futuras líneas de trabajo y para posibles resultados de eficacia.

Por otro lado, no se ha encontrado ningún artículo en español con los criterios de inclusión del presente estudio. Añadiéndole esto a que todavía España no cuenta con un Plan Nacional de prevención contra el suicidio (a pesar de las directrices de la OMS), existe la necesidad de crear futuras líneas de investigación dónde se ponga el foco en programas de prevención del suicidio a nivel nacional. Siguiendo en la misma línea, en España el suicidio sigue siendo la primera causa de muerte externa, y en base a la literatura, cada 26 días se suicida un agente de la Guardia Civil (Pintor, 2020). Por ende, no se debe dejar de lado y la mejor forma de hacer frente actualmente es disminuyendo el estigma social y fomentando los programas de prevención.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, en primer lugar, hay que destacar la escasa bibliografía científica en base a este problema y la presente población. Esto a hecho tener que modificar ciertos criterios de inclusión para así, obtener un número razonable de estudios y poder realizar adecuadamente la presente revisión. Además, dada la rareza del suicidio como medida de resultado, es notable que ningún programa elegible incluyó resultados más próximos, como intentos de suicidio o ideación, dichos resultados si se han podido encontrar en recientes investigaciones, estando asociados a la exposición de factores de estrés laboral (Milner et al., 2017).

Las futuras líneas de investigación y como apunta también la revisión de Witt et al., (2017), deberían considerar la presentación de datos sobre una mayor gama de medidas de resultados relevantes para ayudar a identificar los programas más prometedores en la reducción del suicidio y otros resultados adversos relevantes. Además, en áreas como la prevención del suicidio, donde la investigación es escasa, Rogers (2003) propuso llevar a cabo la investigación mientras la innovación todavía se está adoptando en lugar de esperar a que se adopte por completo. Por lo tanto, para futuras líneas de investigación, el uso de enfoques de difusión de la innovación que proporcionen información sobre lo que se ha aprendido puede ser crucial para su posible aplicación. En último lugar, se tiene que realizar programas de prevención del suicidio para funcionarios de prisiones, los cuales, están expuestos a un gran estrés laboral y un alto nivel de amenazas.

Para terminar, tras haber estudiado los trabajos publicados sobre tratamientos de prevención en el suicidio de cuerpos policiales, militares y funcionarios de prisiones, destacan un limitado número de programas elegibles identificados, y la relativa falta de datos sobre los resultados a largo plazo tras la aplicación de estos de estos programas. Todavía queda un largo camino en el campo de la prevención del suicidio, tanto en sus diferentes formas de abordar el problema como en evaluar su eficacia. La presente revisión pretende servir de base para futuros planes de prevención basados en los resultados obtenidos. Sin embargo, a pesar de servir de apoyo dichos programas, todavía se necesitan incluir más mejoras para conseguir disminuir el suicidio eficazmente. En España, aún queda muchas cosas por hacer, a destacar la creación y fomentación de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Además, la mejor forma para hacer frente al problema es trabajar la detección precoz de síntomas de tentación de suicidio además de, incluir más personal sanitario (por ejemplo, psicólogos) dentro de los diferentes cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado. De esta manera, se podrá afrontar directamente el suicidio y reducir su prevalencia.

6. REFERENCIAS

- Abet, P. (2015). *Alerta ante el aumento de suicidios entre los agentes del cuerpo policial*. ABC Galicia. Recuperado el 7 de septiembre de 2015 desde <http://www.abc.es/localgalicia/20150318/abci-alerta-aumento-suicidios-policias-201503181123.html>.
- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 613–619. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1997.tb03811.x>
- Arensman, E., Coffey, C., Griffin, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Gusmao, R., ... & Hegerl, U. (2016). Effectiveness of depression–suicidal behaviour gatekeeper training among police officers in three European regions: Outcomes of the Optimising Suicide Prevention Programmes and Their Implementation in Europe (OSPI-Europe) study. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(7), 651-660. <https://doi.org/10.1177/0020764016668907>
- Ayuso, A. (2020). *Funcionario de prisiones agredido en Málaga: "Estamos expuestos, nuestra única arma es un boli"*. El independiente. Recuperado el 1 de mayo de 2021 desde <https://www.elindependiente.com/espana/2020/12/16/funcionario-de-prisiones-agredido-en-malaga-estamos-expuestos-nuestra-unica-arma-es-un-boli/>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993a). *Beck Hopelessness Scale manual*. San Antonio, TX: Pearson.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993b). *Beck Scale for Suicide Ideation manual*. San Antonio, TX: Pearson.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Blevis, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

- Bohlmeijer, E., Ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment, 18*(3), 308-320. <https://doi.org/10.1177/1073191111408231>
- Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2014). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. In *Mindfulness-based Treatment Approaches* (pp. 141-157). Academic Press.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., ... & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 71*(5), 547-556. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Brener, N. D., Kann, L., McManus, T., Kinchen, S. A., Sundberg, E. C., & Ross, J. G. (2002). Reliability of the 1999 youth risk behavior survey questionnaire. *Journal of Adolescent Health, 31*(4), 336-342. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00339-7](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00339-7)
- Cabra, O., Infante, D., y Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas, 13* (2), 28-35.
- Cameron, I. M., Cunningham, L., Crawford, J. R., Eagles, J. M., Eisen, S. V., Lawton, K., ... & Hamilton, R. J. (2007). Psychometric properties of the BASIS-24©(Behaviour and Symptom Identification Scale–Revised) mental health outcome measure. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 11*(1), 36-43. <https://doi.org/10.1080/13651500600885531>
- Capp, K., Deane, F. P., & Lambert, G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: Application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 25*, 315–321. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00586.x>
- Christopher, M., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2020). Mindfulness-based resilience training for aggression, stress and health in law enforcement officers: study protocol for a multisite, randomized, single-blind clinical feasibility trial. *Trials, 21*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4165-y>

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Criado, B (2019). *El drama oculto de los tricornos*. Recuperado el 20 de marzo de 2021 desde <https://ctxt.es/es/20191016/Politica/29056/guardia-civil-tasa-de-suicidios-acoso-laboral-policia-brezo-criado.htm>
- Demerouti, E., Mostert, K., & Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: a thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(3), 209. <https://doi.org/10.1037/a0019408>
- Devilly, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73-86. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(00)00012-4)
- Diamond, P. M., & Magaletta, P. R. (2006). The short-form Buss-Perry Aggression questionnaire (BPAQ-SF) a validation study with federal offenders. *Assessment*, 13(3), 227-240. <https://doi.org/10.1177/1073191106287666>
- Dickert, J., Williams, J. M., Reeves, R., Gara, M., & DeBilio, L. (2015). Decreased mortality rates of inmates with mental illness after a tobacco-free prison policy. *Psychiatric Services*, 66(9), 975-979. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400429>
- Fernández, D. (2014). *La tragedia oculta de la Guardia Civil: 447 suicidios desde 1982, uno cada 26 días. 20 minutos*. Recuperado el 6 de marzo de 2021 desde <http://www.20minutos.es/noticia/2152616/0/suicidios-guardia-civil/plan-prevencionconductas/>
- Finney, C., Stergiopoulos, E., Hensel, J., Bonato, S., & Dewa, C. S. (2013). Organizational stressors associated with job stress and burnout in correctional officers: a systematic review. *BMC Public Health*, 13(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-82>
- Fischer, D., Stewart, A. L., Bloch, D. A., Lorig, K., Laurent, D., & Holman, H. (1999). Capturing the patient's view of change as a clinical outcome measure. *Jama*, 282(12), 1157-1162. <https://doi.org/10.1001/jama.282.12.1157>

- Friborg, O., Hjemdal, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2009). Empirical support for resilience as more than the counterpart and absence of vulnerability and symptoms of mental disorder. *Journal of Individual Differences*, 30, 138–151. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.30.3.138>
- Friborg, O., Hjemdal, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2009). Empirical support for resilience as more than the counterpart and absence of vulnerability and symptoms of mental disorder. *Journal of Individual Differences*, 30, 138–151. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.30.3.138>
- Gaab, J., Rohleder, N., Nater, U. M., & Ehlert, U. (2005). Psychological determinants of the cortisol stress response: the role of anticipatory cognitive appraisal. *Psychoneuroendocrinology*, 30(6), 599-610. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.02.001>
- Garbarino, S., Cuomo, G., Chiorri, C., & Magnavita, N. (2013). Association of work-related stress with mental health problems in a special police force unit. *BMJ Open*, 3(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002791>
- Gibbons, R. D., Hur, K., Brown, C. H., Davis, J. M., & Mann, J. J. (2012). Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of General Psychiatry*, 69(6), 572-579. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2044>
- Gibbons, R. D., Kupfer, D., Frank, E., Moore, T., Beiser, D. G., & Boudreaux, E. D. (2017). Development of a computerized adaptive test suicide scale—the CAT-SS. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(9), 1376-1382. <https://doi.org/10.4088/jcp.16m10922>
- Graham, A. K., Minc, A., Staab, E., Beiser, D. G., Gibbons, R. D., & Laiteerapong, N. (2019). Validation of the computerized adaptive test for mental health in primary care. *The Annals of Family Medicine*, 17(1), 23-30. <https://doi.org/10.1370/afm.2316>
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 342-349. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.342>

- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., & Cordingley, L. (2001). Attitudes towards suicide prevention in front-line health staff. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 342–347. <https://doi.org/0.1521/suli.31.3.342.24252>
- Hoyt, T., Repke, D., Barry, D., Baisley, M., Jervis, S., Black, R., ... & Amin, R. (2020). Development of a leader tool for assessing and mitigating suicide risk factors. *Military Medicine*, 185(Supplement_1), 334-341. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz194>
- Infocop (2020). *El suicidio se mantiene como la principal causa externa de muerte en España, según el INE*. Infocop Online. Recuperado el 10 de marzo de 2021 desde http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8491
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lesage, F. X., Berjot, S., & Deschamps, F. (2012). Clinical stress assessment using a visual analogue scale. *Occupational Medicine*, 62(8), 600-605. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs140>
- Marzano, L., Smith, M., Long, M., Kisby, C., & Hawton, K. (2016). Police and suicide prevention. *Crisis*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000381>
- Mehling, W. E., Acree, M., Stewart, A., Silas, J., & Jones, A. (2018). The multidimensional assessment of interoceptive awareness, version 2 (MAIA-2). *PloS one*, 13(12), e0208034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208034>
- Milner, A., Witt, K., Maheen, H., & LaMontagne, A. D. (2017). Suicide among emergency and protective service workers: A retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. *Work*, 57(2), 281-287. <https://doi.org/10.3233/WOR-172554>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t).

Mrazek, P. & Haggerty, R. (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Recuperado el 13 de abril de 2021 desde <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Salud mental: Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado el 27 de abril de 2021 desde http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Recuperado el 10 de marzo de 2021 desde http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2019). *Suicidio*. WHO Regional Office for Europe. Recuperado el 10 de marzo de 2021 desde <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986). *Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide 1986 York, UK*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado el 10 de marzo de 2021 desde [http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/ICP_PSF_017\(S\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/ICP_PSF_017(S).pdf)

Pilkonis, P. A., Choi, S. W., Reise, S. P., Stover, A. M., Riley, W. T., Cella, D., & PROMIS Cooperative Group. (2011). Item banks for measuring emotional distress from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®): depression, anxiety, and anger. *Assessment*, 18(3), 263-283. <https://doi.org/10.1177/1073191111411667>

Pilkonis, P. A., Yu, L., Colditz, J., Dodds, N., Johnston, K. L., Maihoefer, C., ... & McCarty, D. (2013). Item banks for alcohol use from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®): Use, consequences, and expectancies. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1-3), 167-177. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.11.002>

- Pintor, M.J. (2020). *Cada 26 día se suicida un guardia civil*. Diario16. Recuperado el 1 de mayo de 2021 desde <https://diario16.com/cada-26-dias-se-suicida-un-guardia-civil/>
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Rejón, R. (2015). *España ignora a la OMS y sigue sin plan nacional para atajar los suicidios, que suben un 10%*. Recuperado el 15 de marzo de 2021 desde http://www.eldiario.es/sociedad/Espana-nacional-prevencion-crecer-suicidio_0_428707822.html
- Robertson, I. H., Manly, T., Andrade, J., Baddeley, B. T., & Yiend, J. (1997). Oops!': performance correlates of everyday attentional failures in traumatic brain injured and normal subjects. *Neuropsychologia*, 35(6), 747-758. [https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(97\)00015-8](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(97)00015-8)
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY: Free Press.
- Segovia, M. (2020). *404 Suicidios desde 2021: el drama oculto de Policía, Guardia Civil y Ejército*. Recuperado el 20 marzo de 2021 desde <https://www.elindependiente.com/espana/2020/11/08/404-suicidios-desde-2001-el-drama-oculto-de-policia-guardia-civil-y-ejercito/>
- Shelef, L., Tatsa-Laur, L., Derazne, E., Mann, J. J., & Fruchter, E. (2016). An effective suicide prevention program in the Israeli Defense Forces: a cohort study. *European Psychiatry*, 31, 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.10.004>
- Singh, R., Ram, M., & Sharma, M. (2013). Predictors of suicidal ideation among police personnel. *Journal of Organisation and Human Behaviour*, 2(1), 45.

- Skegg, K., Firth, H., Gray, A., & Cox, B. (2010). Suicide by occupation: does access to means increase the risk?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(5), 429-434. <https://doi.org/10.3109/00048670903487191>
- Slep, A. M. S., Heyman, R. E., Lorber, M. F., Baucom, K. J., & Linkh, D. J. (2020). Evaluating the Effectiveness of NORTH STAR: A Community-Based Framework to Reduce Adult Substance Misuse, Intimate Partner Violence, Child Abuse, Suicidality, and Cumulative Risk. *Prevention Science*, 21(7), 949-959. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01156-w>
- Smith-Osborne, A., Maleku, A., & Morgan, S. (2017). Impact of applied suicide intervention skills training on resilience and suicide risk in army reserve units. *Traumatology*, 23(1), 49. <https://doi.org/10.1037/trm0000092>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Tierney, R. J. (1994). Suicide intervention training evaluation: A preliminary report. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 15, 69–76.
- Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Morris, D. W., Fava, M., Gollan, J. K., Warden, D., ... & Luther, J. F. (2011). Concise Health Risk Tracking scale: a brief self-report and clinician rating of suicidal risk. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(6), 757-764. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m06837>
- Van Hasselt, V. B., Klimley, K. E., Rodriguez, S., Themis-Fernandez, M., Henderson, S. N., & Schneider, B. A. (2019). Peers as Law Enforcement Support (PALS): an early prevention program. *Aggression and Violent Behavior*, 48, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.05.004>
- Wahbeh, H., Zwickey, H., & Oken, B. (2011). One method for objective adherence measurement in mind–body medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(2), 175-177. <https://doi.org/10.1089/acm.2010.0316>
- Webster, J. H. (2013). Police officer perceptions of occupational stress: the state of the art. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*.

- Witt, K., Milner, A., Allisey, A., Davenport, L., & LaMontagne, A. D. (2017). Effectiveness of suicide prevention programs for emergency and protective services employees: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, 60(4), 394-407. <https://doi.org/10.1002/ajim.22676>
- World Health Organization (2006). *Preventing suicide A resource at work*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado el 10 de marzo de 2021 desde <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43502>
- Wyman, P. A., Pisani, A. R., Brown, C. H., Yates, B., Morgan-DeVelder, L., Schmeelk-Cone, K., ... & Pflanz, S. E. (2020). Effect of the Wingman-Connect Upstream Suicide Prevention Program for Air Force Personnel in Training: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 3(10), e2022532-e2022532. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.22532>
- Yu, L., Buysse, D. J., Germain, A., Moul, D. E., Stover, A., Dodds, N. E., ... & Pilkonis, P. A. (2012). Development of short forms from the PROMIS™ sleep disturbance and sleep-related impairment item banks. *Behavioral Sleep Medicine*, 10(1), 6-24. <https://doi.org/10.1080/15402002.2012.636266>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van-Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ...Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10 year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3 (7), 646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

7. ANEXOS

1. Código de Investigación Responsable (COIR)



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)

Elche, a 27 de abril del 2021

Nombre del tutor/a	Victoria Soto Sanz
Nombre del alumno/a	Antonio López Castillo
Tipo de actividad	1. Revisión bibliográfica (no incluye revisión de historias clínicas ni ninguna fuente con datos personales)
Título del 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)	Programas de prevención del suicidio para los cuerpos militares, policiales y funcionarios de prisiones: una revisión sistemática.
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	210426104513
Código de Investigación Responsable	TFG.GPS.VSS.ALC.210426
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Programas de prevención del suicidio para los cuerpos militares, policiales y funcionarios de prisiones: una revisión sistemática**, ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación