

Estudio de metodologías para evaluar programas de prevención de suicidio ¹

Study on assessment frameworks to evaluate suicide prevention programs

Mar Alonso Morales Yulema Fernández Márquez Leyre Guerra Romeo
Estudiantes, IES Valle del Ebro, Tudela, Navarra

Actualmente, para valorar un programa de intervención, se emplean metodologías con criterios que posibilitan su evaluación. Al no existir una metodología específica para los planes de prevención de suicidio, no es posible diagnosticar su viabilidad minuciosamente. Este estudio descriptivo y longitudinal plantea una revisión pormenorizada de una selección de marcos de evaluación existentes con una retrospectiva desde los años 90, para determinar su eficacia al aplicarse a planes de prevención de suicidio. Los criterios empleados para su valoración se han establecido basándose en el Plan de la Comunidad Foral de Navarra, por su cercanía con las pautas dictadas por la OMS en su informe *Vivir la vida* (2021). Se ha detectado una falta de precisión en las metodologías estudiadas: *Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance* o RE-AIM, cuya versión más reciente es la Expanded RE-AIM/PRISM; *Intervention Mapping* (IM); *Interactive Systems Framework* o ISF; y *Consolidated Framework for Implementation Research* o CFIR. Por tanto, su aplicación no es válida al evaluar dicho ámbito. Estos métodos se alejan de las recomendaciones de la OMS (2021). Pese a que algunos sí se pueden usar, ninguno ofrece una evaluación rigurosa. Se concluye con la imposibilidad de evaluación de un programa de Prevención de Suicidio con los métodos mencionados. Consecuentemente, la situación actual de suicidios no podrá verse mejorada. Así pues, se sostiene la necesidad de creación de una metodología específica, que incluya los principios de la OMS (2021), una propuesta que mejoraría la problemática actual de suicidios nacional e internacionalmente.

Palabras clave: prevención del suicidio, marcos de evaluación, políticas de salud pública, evaluación de programas, adolescentes.

Currently, to assess an intervention programme, methodologies are used with criteria that make it possible to evaluate it. In the absence of a specific methodology for suicide prevention plans, it is not possible to diagnose their feasibility in detail. This descriptive, longitudinal study proposes a detailed review of a selection of existing assessment frameworks retrospectively since the 1990s to determine their effectiveness when applied to Suicide Prevention plans. The criteria used for its assessment have been established based on the Plan of the Autonomous Community of Navarre, due to its proximity to the guidelines dictated by the WHO in its report '*Vivir la vida*' (2021). A lack of precision has been detected in the methodologies studied: *Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance* or RE-AIM, whose most recent version is the Expanded RE-AIM/PRISM; *Intervention Mapping* (IM); *Interactive Systems Framework* or ISF; and *Consolidated Framework for Implementation Research* or CFIR. Therefore, their application is not valid when assessing this area. These methods deviate from the WHO recommendations (2021). Although some of them can be used, none of them offer a rigorous assessment. The conclusion is that it is impossible to evaluate a Suicide Prevention programme with the methods mentioned above. Consequently, the current suicide situation cannot be improved. Therefore, it is argued that the creation of a specific methodology, including the WHO principles (2021), is necessary. This proposal would improve the current suicide situation in the national and international scene.

Keywords: suicide prevention, evaluation frameworks, public health policy, program assessment, adolescents.

Justificación

Durante los últimos años, ha habido un aumento en la investigación sobre la prevención del suicidio. Los profesionales sanitarios, así como los medios de comunicación se han pronunciado, reclamando la mejora en las estrategias para hacer frente a este problema. Así pues, en no-

viembre de 2020, se celebró la Jornada Depresión y Suicidio en España, impulsada por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, organizada por Fundamed. En ella, se señaló la importancia de un Plan Nacional de Prevención de Suicidio, con una financiación definida.

En España, cada Comunidad Autónoma diseña sus propias estrategias para prevenir la conducta suicida, por lo que la escena nacional es más fragmentaria que en otros

¹ Esta investigación fue seleccionada por el Comité Científico de URANIA, el Congreso de Investigación Joven de Navarra, para participar mediante una ponencia en la cuarta edición del certamen, que tuvo lugar en Tudela, Navarra, los días 10, 11 y 12 de julio de 2024.

países. La evaluación de dichas estrategias para examinar su eficacia es, por tanto, más compleja. No obstante, resulta esencial si se quiere mejorar la situación actual de suicidios, y que ya ha sido llevada a cabo en otros países (Calear et al., 2016; Robinson et al., 2018).

Para poder llevar a cabo una evaluación de los programas de intervención en este ámbito, es necesaria la revisión de los posibles marcos de evaluación empleados para valorar su eficacia. Por todo esto, la pregunta que motiva esta propuesta de investigación no es otra que: ¿Qué marco de evaluación determinará la eficacia de los planes de prevención de suicidio?

La finalidad de esta investigación es analizar sistemáticamente una serie de marcos de evaluación existentes. Consecuentemente, se va a establecer si los marcos teóricos son adecuados para su aplicación en políticas sanitarias del suicidio, además de determinar qué secciones son necesarias en un marco teórico adecuado. Del mismo modo, en base a los análisis y resultados obtenidos, se determinará la necesidad de redactar un marco de evaluación específico para programas de prevención de suicidio.

Antecedentes

Con el aumento de la investigación acerca de los factores de riesgo para la conducta autolítica, se ha conseguido ampliar la información existente sobre sus causas (Franklin et al., 2017); haciendo hincapié en la población adolescente (Soto-Sanz et al., 2019). A su vez, el interés acerca de la prevención se ha visto en aumento, consolidándose de esta forma en tres niveles adicionales de estudio; tales como la metodología acerca de los enfoques preventivos (Mrazek & Haggerty, 1994), la creación de nuevos planes, y el estudio y valoración para determinar su efectividad. Por ende, Robinson et al. (2018) y Soto-Sanz et al. (2019) extrajeron la misma conclusión acerca de la tercera cuestión: la evaluación y medida de los efectos de las intervenciones es compleja, como consecuencia de la escasa calidad de la información en torno a los datos obtenidos. En consecuencia, es conveniente buscar un marco de evaluación que establezca la eficacia de dicha política de prevención y, en su caso, que determine las causas que hacen que tenga una baja efectividad a la hora de ser puesta en práctica. Por ello, se deben evaluar los diferentes marcos existentes para el estudio de las políticas sanitarias y, en base a los resultados obtenidos, determinar cuál es el más compatible con este tipo de programas.

Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas es precisamente la reducción de la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para el año 2030. El enfoque *Vivir la vida* de la OMS (2021) insta a cuatro intervenciones fundamentales que recomienda aplicar a estrategias nacionales para la prevención del suicidio, puesto que están basadas en evidencia. Todos estos criterios a analizar expondrían la eficacia o ineficacia de los marcos de evaluación existentes en términos de prevención de suicidio.

Desde los años 90, *Intervention Mapping* ha sido el marco de evaluación generalmente usado para estructurar políticas sanitarias. Este fue propuesto por Bartholomew et al. (2001), integrando la perspectiva PRECED/PROCEED de Green & Kreuter (1991) para el diagnóstico de necesidades (Díez et al., 2005). Este enfoque cuenta con seis

pasos, que abarcan el proceso de creación de una estrategia: modelo lógico del problema, modelo lógico del cambio, diseño del programa, producción del programa, plan de implementación del programa y evaluación. En el quinto paso, la implementación de las estrategias, se recomienda el uso de metodologías como: CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research), ISF (Interactive Systems Framework) o RE-AIM (Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance), entre otras. Esta última ha sido actualizada con el enfoque PRISM, convirtiéndose en Expanded RE-AIM/PRISM.

En la actualidad, no existe un marco de evaluación específico en el ámbito del suicidio, lo que complica el análisis de los planes y, por tanto, la detección de las fallas que provocan el aumento constante de casos de suicidio.

Metodología

Nos encontramos ante un estudio descriptivo y longitudinal, con una retrospectiva desde los años 90. Para la realización de dicho estudio, se realizó una búsqueda empleando fuentes formales (por medio de Google Scholar) así como fuentes no formales (Google).

Ya que no existen herramientas para la evaluación de las metodologías, el análisis se basa en la aplicación de los diferentes marcos teóricos existentes a una misma política sanitaria; posteriormente, se realiza una comparación sistemática entre los diferentes resultados obtenidos; así, es posible determinar cuál es el más compatible con los planes de prevención de suicidio o si, a falta de este, es necesaria la creación de un marco de evaluación específico para este tipo de políticas sanitarias.

Como paso previo a la investigación, se debe establecer a qué programa de prevención de suicidio se van a aplicar los marcos de evaluación estudiados. Por ello, para la selección de esta política sanitaria se va a tomar como referencia el documento *Vivir la vida* (OMS, 2021). Este documento es una guía de prevención de suicidio dirigida a cualquier país, tenga o no una estrategia nacional integral de prevención de suicidio. Dicho informe es la base de la que se deben servir los países para la realización de su propia política nacional (OMS, 2021: p.X).

El documento de la OMS describe cuatro estrategias principales de prevención de suicidio, demostradas eficaces tras ser evidenciadas:

1. Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio.
2. Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio.
3. Desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes.
4. Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas.

La OMS (2021) señala que una política, nacional o no, que sea integral y venga impulsada desde ámbitos institucionales para prevenir el suicidio debe constar de: análisis de la situación; colaboración multisectorial; sensibilización y promoción; desarrollo de las capacidades; financiamiento; vigilancia; monitoreo y evaluación.

Por consiguiente, se ha escogido por su mayor compatibilidad con los criterios de la OMS el "Protocolo de Colaboración Interinstitucional. Prevención y actuación ante

conductas suicidas” (2014) de la Comunidad Foral de Navarra, actualizado y revisado en 2020. Este programa ha sido pionero en la prevención del suicidio en España, donde algunas comunidades autónomas lo han tomado como referencia en la creación del suyo propio.

Se introduce una tabla tipo checklist en la que se compara el plan de Navarra con los criterios de la OMS (2021) mencionados, en la que se evidencia su cercanía y por tanto su utilidad en esta investigación.

Tabla 1. Checklist para evaluar el plan de Prevención de Suicidio de Navarra según la OMS (2021).

1.	Análisis de la situación	✓
2.	Colaboración multisectorial	✓
3.	Sensibilización y promoción	✓
4.	Desarrollo de las capacidades	✓
5.	Financiación	X
6.	Vigilancia, monitoreo y evaluación	✓
7.	Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio	✓
8.	Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio	✓
9.	Desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes	✓
10.	Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas	✓

Fuente. Elaboración propia a partir de la guía *Vivir la vida* (OMS, 2021).

Resultados

Se han analizado cuatro marcos de evaluación en esta investigación: el *Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance* o RE-AIM, cuya versión más reciente es la *Expanded RE-AIM/PRISM*; el *Intervention Mapping* o IM (Bartholomew et al., 2001); el *Interactive Systems Framework* o ISF; y el *Consolidated Framework for Implementation Research* o CFIR.

El RE-AIM establece el marco de evaluación de un programa de intervención mediante cinco dimensiones. Dispone de una lista de verificación de 22 ítems que se ha propuesto como un sistema de puntaje, de acuerdo a King et al. (2010):

- Alcance
 - 1) ¿A cuántos participantes potenciales se abordó?
 - 2) ¿Cuántos participantes se consideraron no elegibles para participar?
 - 3) De los participantes que cumplieron con los cri-

terios de selección, ¿cuántos participantes participaron realmente?

- 4) ¿Se informó el porcentaje de todos los participantes invitados elegibles que aceptaron participar? Si no, ¿se puede calcular el porcentaje?
- 5) ¿Se describieron las características de los sujetos que optaron por participar y los que no quisieron participar? En caso afirmativo, ¿cuál fue la representatividad de quienes participaron frente a quienes no lo hicieron? Las comparaciones se pueden hacer con no participantes o con datos de recursos disponibles.
- Eficacia
 - 6) ¿Se proporcionaron los tamaños del efecto para los resultados significativos o se pueden calcular?
 - 7) ¿Hubo alguna medida cualitativa o cuantitativa de la calidad de vida o un posible resultado negativo?
 - 8) ¿Se realizaron análisis dentro de los grupos que permitieron a los investigadores sacar conclusiones sobre cómo respondieron las diferentes subpoblaciones a un brazo del diseño?

- Adopción
 - 9) ¿Cuántos entornos en una población dada estaban realmente calificados para albergar la intervención?
 - 10) Entre los entornos que se abordaron para albergar la intervención, ¿cuántos entornos estaban interesados en participar?
 - 11) ¿Cuántos escenarios no fueron apropiados para el estudio?
 - 12) ¿Cuántos entornos cumplieron con los criterios y eligieron participar?
 - 13) ¿Qué porcentaje del número total de entornos disponibles realmente participó?
 - 14) ¿Se describieron las características de los entornos que optaron por participar y los que no desearon participar? En caso afirmativo, ¿cuál fue la representatividad de los que participaron frente a los que no? Las comparaciones se pueden hacer con entornos no participantes o con datos de recursos disponibles.

- Implementación
 - 15) ¿Hubo medidas (preferiblemente estadísticas pero también observacionales) que indicaran que el Agente A y el Agente B entregaron la misma cantidad/tipo de intervención?
 - 16) ¿Se describieron los métodos de ejecución de la intervención?
 - 17) ¿Hubo alguna medida del número real de piezas de intervención que se entregaron (p. ej., un promedio o porcentaje)?
 - 18) ¿Se cambió o modificó la intervención de alguna manera durante el curso del estudio?
 - 19) ¿Se proporcionó información sobre el compromiso de tiempo total requerido para implementar la intervención?
 - 20) ¿Se proporcionó información sobre el tipo de personal necesario para implementar la intervención?
 - 21) ¿Se proporcionó información sobre el costo de la

intervención? ¿Se proporcionó información sobre la diferencia de costos real o estimada entre la intervención y la condición de control?

- 22) ¿Se realizó algún análisis de costo-efectividad o costo-beneficio para determinar la solidez económica de la intervención?

Se han añadido magnitudes, fuentes y criterios complementarios para detallar la metodología aplicada en la Tabla 2.

problemas de salud e intervenir en múltiples niveles y, como tal, guía el desarrollo de intervenciones multinivel. IM proporciona pautas y herramientas para garantizar que el programa de promoción de la salud se base en evidencia empírica y teorías sólidas; también se utiliza para la planificación y el desarrollo de estrategias de implementación para la adopción, implementación y mantenimiento del programa. Además, dicho marco teórico incorpora el enfoque PRECEDE/PROCEED de Green y Kauter (1991) para el diagnóstico de necesidades (Díez et al.,

Tabla 2. Resumen de la metodología RE-AIM con especificaciones adicionales.

Dimensión	Categoría	Descripción	Indicador
Alcance	Alcance	La población objetivo de la intervención.	Número de individuos (valores absolutos).
	Representatividad	La comparación entre quienes son elegibles (participantes potenciales que cumplan con los criterios de inclusión) y la composición de la población diana.	Tamaño muestral, con nivel de confianza y margen de error, así como la composición de los estratos (si fuese preciso).
	Participación	Proporción de quienes finalmente participan respecto a la muestra prevista.	Porcentaje.
Efectividad		Cambios en la variable dependiente o de interés.	Datos clínicos o estudio prospectivo de cohortes.
		Impacto en la calidad de vida.	Se evalúa habitualmente mediante SF-12v2 u otra herramienta sobre la percepción subjetiva de bienestar.
		Resultados adversos potenciales.	Descripción.
Adopción		Consiste en cuantificar el grado en que instituciones o profesionales han incorporado el programa.	Índices de participación (porcentaje).
Implementación		Consiste en la fidelidad de implementación, existencia de alguna modificación y costes.	Tasas de adherencia de los participantes.
Mantenimiento	Duración del programa y sustentabilidad futura.		Número de objetivos logrados a los 6, 12 y 18 meses (y porcentaje).
			Vigencia del programa más allá de 6 meses

Fuente. Elaboración propia a partir de: King et al. (2010); Kwan et al. (2019); Glasgow et al. (2019).

Su versión más reciente es Expanded RE-AIM/PRISM. Este enfoque añade factores multinivel y contextuales a la implementación de un programa, desde la planificación hasta el mantenimiento de este, para apoyar el rendimiento de la metodología RE-AIM. Se recomienda el uso conjunto de las dos metodologías para evaluar un programa de intervención, siempre que sea posible, como se muestra en la Figura 1.

Se hallan cuatro dominios contextuales en PRISM, que a su vez incluyen diferentes niveles: (1) perspectivas sobre la intervención; (2) características de los implementadores, sus entornos y quienes reciben la intervención; (3) entorno externo; y (4) infraestructura de implementación y sostenibilidad.

El Intervention Mapping es un marco de planificación que proporciona un proceso sistemático y un protocolo detallado para la toma de decisiones eficaz, paso a paso, para el desarrollo, la implementación y la evaluación de intervenciones. Se basa en métodos de investigación participativa basados en la comunidad para garantizar que la intervención coincida con las necesidades prioritarias de la población y los contextos de intervención.

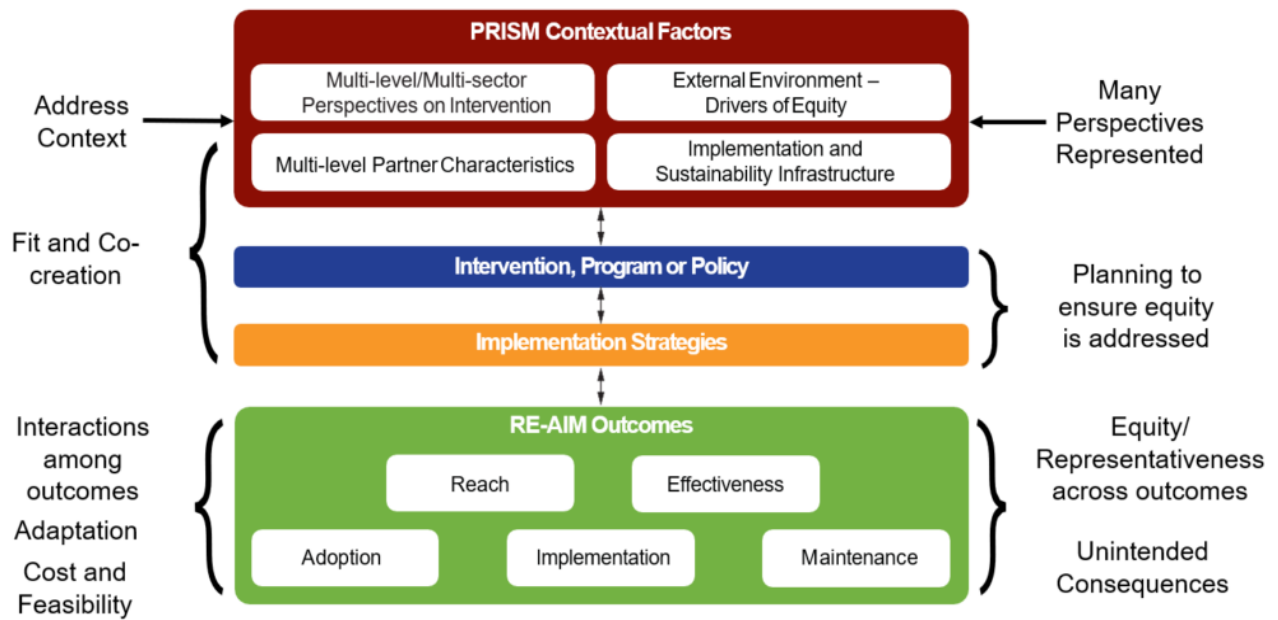
Este adopta un enfoque ecológico para comprender los

2005). El proceso a la hora de poner en práctica una intervención con IM tiene seis pasos.

- Paso 1: Modelo lógico del problema
 1. Establecer y trabajar con un grupo de planificación.
 2. Realizar una evaluación de necesidades para crear un modelo lógico del problema.
 3. Describir el contexto de la intervención, incluida la población, el entorno y la comunidad.
 4. Indicar los objetivos del programa.
- Paso 2: Resultados y objetivos del programa: modelo lógico del cambio.
 1. Indicar los resultados esperados para el comportamiento y el entorno.
 2. Especificar objetivos de desempeño para resultados conductuales y ambientales.
 3. Seleccionar determinantes de resultados conductuales y ambientales.
 4. Construir matrices de objetivos de cambio.
 5. Crear un modelo lógico del cambio.
- Paso 3: Diseño del programa
 1. Generar temas, componentes, alcance y secuencia del programa.

2. Elija métodos de cambio basados en la teoría y la evidencia.
3. Seleccionar o diseñar aplicaciones prácticas para implementar métodos de cambio.

Figura 1. Cómo PRISM (y los resultados de RE-AIM) abordan los problemas de equidad.



Fuente. Fort et al. (2023).

- Paso 4: Producción del programa
 1. Refinar la estructura y organización del programa.
 2. Preparar planes para los materiales del programa.
 3. Borradores de mensajes, materiales y protocolos.
 4. Probar, perfeccionar y producir materiales.
- Paso 5: Plan de implementación del programa
 1. Identificar usuarios potenciales del programa (implementadores, adoptantes y mantenedores).
 2. Establecer resultados y objetivos de desempeño para el uso del programa.
 3. Construir matrices de objetivos de cambio para el uso del programa.
 4. Diseñar intervenciones de implementación.
- Paso 6: Evaluación
 1. Redactar preguntas de evaluación de efectos y procesos.
 2. Desarrollar indicadores y medidas para la evaluación.
 3. Especificar el diseño de la evaluación.
 4. Completar el plan de evaluación.

El ISF (Interactive Systems Framework) es un modelo conceptual que describe tres sistemas interconectados (es decir, el sistema de síntesis y traducción, el sistema de apoyo y el sistema de cambio de conducta) que trabajan juntos para promover la adopción, implementación y sostenibilidad de iniciativas basadas en evidencia en entornos del mundo real. Este marco teórico permite que los programas, políticas o procesos de prevención puedan implementarse con éxito cuando estos sistemas trabajan juntos. El ISF proporciona una manera útil de organizar las teorías y las investigaciones existentes relacionadas con la difusión y la implementación, y de ubicarlas dentro de uno de los tres sistemas descritos.

El primer sistema, Síntesis y Traducción de Prevención, se compone de dos acciones: la síntesis o proceso de compilar y resumir información; y la traducción o proceso de convertir el conocimiento científico en productos que los profesionales puedan utilizar para su implementación.

En segundo lugar, el sistema de apoyo a la prevención comprende dos tipos de apoyo: apoyo específico a la innovación, el cual se proporciona mediante el desarrollo de capacidades específicas para la innovación, como proporcionar información sobre una innovación, brindar capacitación sobre cómo llevarla a cabo y brindar asistencia técnica para su uso; y apoyo general, proporcionado mediante actividades generales de desarrollo de capacidades, como mejorar la infraestructura, las habilidades y la motivación de una organización.

Para terminar, el sistema de prestación de servicios de prevención lleva a cabo las actividades necesarias para implementar innovaciones, que pueden ser realizadas por individuos, organizaciones o coaliciones de tienen distintos niveles de capacidad para implementar la innovación.

Los tres sistemas trabajan juntos para lograr una difusión e implementación exitosas de los programas de prevención. Por ello, su interacción es crucial porque es poco probable que se implemente con éxito una innovación sin ella.

El CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research) CFIR es un marco práctico que ofrece 39 constructos organizados en cinco dominios (Innovación, Entorno Externo, Entorno Interno, Individuos e Implementación) ayudando a la evaluación de posibles barreras y facilitadores para una implementación efectiva de una política sanitaria. Además, fomenta el uso consistente de los constructos, el análisis sistemático, y la organización de los hallazgos de los estudios de implementación.

El primer dominio, Innovación, se centra en el objeto que se está tratando de implementar. El segundo dominio es el Entorno Externo, diseñado para capturar los factores a nivel general que proceden desde el Entorno Interno; es decir, el entorno en el que existe el Entorno Interno. El tercer dominio es el Entorno Interno; es aquel en el que

se aplica la innovación. Puede estar compuesto por entidades estrechamente o débilmente acopladas. Las características del entorno interno pueden influir en la implementación de dicha política sanitaria. El dominio de los Individuos, posicionado en cuarto lugar, recopila los roles y las características de cada individuo. A su vez, esta diferencia entre el subdominio de los roles que lleva a cabo cada sujeto en dicho proyecto y el lugar que ocupa tanto en el entorno externo como en el interno; y el subdominio de las barreras y facilidades, que expone las características a aplicar a cada rol en el plan. Para finalizar, el quinto dominio se trata del Proceso de Implementación; son todas aquellas actividades y estrategias empleadas para ejecutar la innovación descrita en el plan.

Al aplicar la metodología RE-AIM al “Protocolo de Colaboración Interinstitucional” de Navarra, se constata que los criterios son generales y no corresponden con la información específica de este ámbito. En las pautas relacionadas con el coste de la intervención, sí es posible valorar la efectividad y el financiamiento de este programa de intervención. De igual modo, las relacionadas con el mantenimiento también se pueden emplear para determinar el correcto seguimiento y funcionamiento de un plan. Sin embargo, el resto de los criterios no responden al área de la prevención del suicidio, por lo que su uso para dicha evaluación no es posible.

Los factores contextuales añadidos en el enfoque PRISM incluyen principios como las perspectivas organizacionales y del personal sobre el programa, las características del paciente, y la infraestructura de implementación y sostenibilidad que sí pueden aplicarse para los programas de prevención de suicidio. Sin embargo, el resto no resulta una propuesta factible.

Tras la aplicación del marco de planificación IM al “Protocolo de Colaboración Interinstitucional” de Navarra, se obtiene lo siguiente: los seis pasos que establece este marco resultan genéricos y no compatibles con el ámbito de la prevención de suicidio por su falta de especificación en este tema. Los pasos 1 (modelo lógico del problema) y 6 (evaluación) sí son aplicables a los programas de prevención de suicidio, puesto que son pautas básicas en la planificación de programas de intervención. Por ello, se puede determinar la correcta evaluación de dicho programa. No obstante, los demás pasos no pueden determinar la eficacia de un programa de prevención del suicidio, ya que este método de evaluación está orientado a la planificación de programas de promoción de la salud abarcando múltiples variables de estudio. Así pues, los pasos establecidos no responden al ámbito del suicidio.

En cuanto al marco de evaluación ISF se pueden observar ciertas dificultades a la hora de ponerlo en práctica con el plan de prevención de suicidio de Navarra, pues al basarse dicho marco en una estrecha colaboración entre sus tres principales sistemas, el fallo de uno de ellos no lo hace compatible con una estrategia de prevención de suicidio. El primer sistema no presenta ninguna falla, puesto que dicho plan de Navarra está dotado con información de la situación, además de cursos y programas de formación en general; así pues, también dispone de dicho conocimiento científico que el ISF considera necesario en este sistema. En cuanto al segundo sistema, de nuevo es aplicable al “Protocolo de Colaboración Interinstitucional” de Navarra; este programa consta de especificaciones acerca de la sensibilización y promoción de la información sobre el suicidio, junto con el desarrollo de las capacidades de la

población, ambos dos pilares fundamentales en la metodología ISF. Sin embargo, el tercer sistema no presenta demasiadas coincidencias con el protocolo de Navarra; este no especifica las actividades necesarias para implementar innovaciones en el ámbito del suicidio. Por ello, a pesar de que los dos primeros sistemas coinciden con el protocolo, las escasas similitudes con el tercer sistema desechan la posibilidad de emplearlo; sería imprescindible que los 3 pudieran aplicarse en este plan, haciendo así de la metodología ISF una herramienta válida para analizar planes de prevención de suicidio.

Por último, al aplicar el marco teórico CFIR 2.0 se puede observar que, en cierto modo, los cinco dominios son aplicables al “Protocolo de Colaboración Interinstitucional” de Navarra. El primer dominio no presenta ningún defecto, ya que el plan de Navarra es una iniciativa que hasta ese momento no se había llevado a cabo en dicha provincia y, si fuera necesario, puede ser modificada. El segundo dominio también es aplicable, puesto que se pueden evaluar aspectos como el financiamiento, la colaboración de profesionales... En cuanto al tercer dominio, sólo se puede aplicar algunos constructos como: infraestructura de trabajo, tensión por el cambio, prioridad relativa... El cuarto y quinto dominio son aplicables al tratar de los individuos que forman parte de la realización de dicho protocolo y la ejecución de éste. No obstante, el marco práctico CFIR 2.0 resulta muy general puesto que sus cinco dominios son básicos en la realización de cualquier estrategia. Por último, los programas de prevención de suicidio necesitan más especificaciones necesarias, como las establecidas por la OMS para evaluar su efectividad, las cuales no se incluyen en esta metodología.

Análisis y conclusiones

En base a los resultados descritos, se puede establecer que ninguna de las metodologías estudiadas es compatible con la evaluación de un plan de Prevención de Suicidio, debido a su falta de precisión y exactitud. Enfoques como PRISM, ISF o CFIR contienen algunos puntos que sí son pertinentes con este ámbito específico, pese a que su aplicación sería más efectiva si sus pautas fueran más minuciosas y contaran con más adaptaciones.

Las fallas observadas en este estudio no hacen más que recalcar la necesidad de la creación de un marco de evaluación para programas de prevención de suicidio, que cuente con criterios minuciosos para este ámbito. Por ende, se propone la elaboración de un marco de evaluación que se base en las pautas descritas y recomendadas por la OMS en su guía *Vivir la vida* (2021).

Esta metodología integraría como objetivos principales las cuatro estrategias establecidas en dicho documento (1. Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio; 2. Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio; 3. Desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes; y 4. Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas). Además, englobaría siete dominios distintos que deberían cubrir necesidades específicas, siendo estos: definición de objetivos; análisis de la situación; colaboración multisectorial; sensibilización y promoción; desarrollo de las capacidades; financiamiento; vigilancia, monitoreo y evaluación. Mientras que los siete

últimos han sido tomados del documento *Vivir la vida* (OMS, 2021), la definición de objetivos es una propuesta que se considera necesaria, ya que es un ítem observado en los planes de prevención del suicidio actuales.

Una metodología propiamente creada para esta esfera permitiría evaluar los planes a tres niveles: (1) los planes generales creados a nivel autonómico; (2) los planes educativos, también por CCAA; y (3) las futuras posibles propuestas para un Plan Nacional de Prevención de Suicidio. Este último es activamente demandado por profesionales sanitarios y entidades particulares, por lo que su cuidadosa evaluación sería un punto clave en su proceso de implementación.

Incluso, esta metodología posibilitaría la viabilidad de la evaluación de programas de Prevención de Suicidio en otros países, debido a que ayudaría a mejorar la situación de conductas autolíticas sin importar a qué población se apliquen. Así, se difunde el alcance de esta propuesta a nivel internacional.

El estudio realizado asevera la inviabilidad del uso de los actuales marcos de evaluación de programas de intervención para diagnosticar la eficacia de las estrategias de prevención de suicidio, debido a la falta de precisión y minuciosidad en ellos.

En consecuencia, se pone de relieve la importancia de la creación de una metodología específica para evaluar los programas de Prevención de Suicidio, que palie las faltas descritas y se base en los criterios establecidos por el documento *Vivir la vida* (OMS (2021). Esta iniciativa contribuiría a la mejora de los planes creados o por crear, además de suponer un avance en la situación actual de suicidios en diferentes entornos

What is PRISM? – RE-AIM. (s. f.). <https://re-aim.org/learn/prism/>

Bibliografía

Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2001). *Intervention Mapping: Designing Theory and Evidence-Based Health Promotion Programs*. Mountain View, CA, US: Mayfield Publishing Company.

CFIR. The Consolidated Framework for Implementation Research (s. f.). <https://cfirguide.org/>.

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation science*, 17(1), 75.

Fort, M. P., Manson, S. M., & Glasgow, R. E. (2023). Applying an equity lens to assess context and implementation in public health and health services research and practice using the PRISM framework. *Frontiers in health services*, 3, 1139788.

National Cancer Institute, NIH. (2013). RE-AIM Scoring Instrument. Recuperado de: <https://ebccp.cancercontrol.cancer.gov/reAimCriteria.do>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2021). *Vivir la vida*. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington DC, US: Organización Panamericana de la Salud.

Oto, M. (coord.), et al. (2014). Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas. Gobierno de Navarra, Pamplona, 87-114.

Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., ... & Saul, J. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *American journal of community psychology*, 41(3), 171-181.

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2023
Fecha de aceptación (provisional): 4 de abril de 2024
Fecha de aceptación (definitiva): 12 de junio de 2024



Copyright ©
Asociación por la Investigación
en Educación Secundaria
AINVES

C/ Carlos II, 17
Madrid
28022