

Investigación original

Evaluación de BIZI, nuevo programa en línea en español para prevenir el suicidio desde la comunidad

Andrea Gabilondo¹, Alexander Muela², Begoña Belarra³, Andrea De Sayas³, Jon García⁴, Puy López³, Hanna Reich⁵ y Álvaro Iruin¹

Forma de citar

Gabilondo A, Muela A, Belarra B, De Sayas A, García J, López P, et al. Evaluación de BIZI, nuevo programa en línea en español para prevenir el suicidio desde la comunidad. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e20. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.20>

RESUMEN

Objetivo. Evaluar el Programa BIZI, un programa de formación de guardianes o *gatekeepers* (GTK, por su sigla en inglés) en español y con un formato novedoso en línea, autocompletado, breve y de acceso libre desarrollado como parte de la estrategia de prevención de suicidio en Euskadi (España) para mejorar la prevención del suicidio desde entornos comunitarios.

Métodos. Un grupo multicomponente de expertos creó el programa y probó su usabilidad en una fase preliminar. Para la evaluación se utilizó un diseño de grupo único y medidas repetidas (antes, posinmediato y a los tres meses). Se evaluó su impacto en las competencias GTK básicas con cuestionarios en línea, así como la adherencia a los contenidos y satisfacción. Se incluyeron en el estudio agentes comunitarios (educadores y trabajadores sociales, entre otros) que respondieron a una invitación enviada por los coordinadores comarcales de salud pública.

Resultados. En total, 728 personas accedieron a la formación, y 86% la finalizó. Completaron la evaluación 569 personas (81,2% eran mujeres, la edad media fue de 41,4 años). Las competencias GTK básicas de actitud, autoeficacia y conocimiento mejoraron de manera significativa, y la mejora se mantuvo ≥ 3 meses en una submuestra ($P = 0,0001$).

Conclusiones. Los resultados son prometedores y sugieren la utilidad de BIZI para mejorar la capacidad y la disposición de agentes comunitarios para identificar a personas en riesgo y derivarlos a recursos especializados. Su formato novedoso le confiere ventajas importantes respecto de otros formatos GTK más habituales, y facilita su difusión en entornos de escasos recursos. Es el primer programa de este tipo cuya eficacia ha sido demostrada y también el primero disponible en español.

Palabras clave

Prevención del suicidio; comunidad; capacitación profesional; intervención basada en internet.

El suicidio es un fenómeno de naturaleza compleja y se lo reconoce como un problema de salud pública en muchos países (1). La identificación temprana de este riesgo y su abordaje con enfoques psicosociales o terapias específicas puede prevenirlo (2, 3). Sin embargo, la literatura muestra que solo un porcentaje menor de las personas que se suicidan contactaron con servicios de ayuda especializados de salud mental en los meses previos

al suicidio (4, 5), un hecho que se relaciona con el estigma y desconocimiento que rodea al fenómeno, y que dificulta el acceso a esta ayuda.

La formación de guardianes o *gatekeepers* (GTK, por su sigla en inglés) es una de las iniciativas de prevención de suicidio más extendidas en el ámbito comunitario, y tiene como objetivo mejorar la capacidad de ciertos agentes de la comunidad

¹ Instituto de Investigación en Salud Biogipuzkoa, Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), Donostia-San Sebastián, España.

² Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Donostia-San Sebastián, España.

³ Osasun Eskola, Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), Vitoria-Gasteiz, España.

⁴ Instituto de Investigación en Salud Biogipuzkoa, Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), Bilbao, España.

⁵ Fundación Alemana contra la Depresión, Frankfurt, Alemania.

y de la ciudadanía en general (guardianes) para identificar a personas en riesgo, darles una primera ayuda y favorecer su derivación a recursos de ayuda especializados (1). Aunque no se dispone de pruebas concluyentes de su eficacia directa para reducir las tasas de suicidio (3, 6, 7), se reconoce su utilidad en la prevención al facilitar la diseminación de conocimientos y habilidades clave para posibilitar la acción preventiva desde entornos comunitarios, poco acostumbrados a afrontar este riesgo y en los que la desinformación y el tabú sobre el suicidio suelen ser frecuentes (8, 9).

En la actualidad existen diversos programas GTK, tanto presenciales como en línea, con características y duración variables. Algunos de estos programas han demostrado su capacidad para mejorar el conocimiento sobre el fenómeno suicida en el corto plazo, cambiar actitudes y creencias erróneas o aumentar la autoconfianza y predisposición para intervenir (12-14). Algunos ejemplos son el de Formación en técnicas aplicadas de intervención en casos de suicidio (ASIST, por su sigla en inglés) (10) y el Preguntar, persuadir y remitir (QPR, por su sigla en inglés) (11). Sin embargo, estos programas se han desarrollado, en su mayoría en contextos culturales anglosajones y es frecuente también que su uso requiera del pago de una licencia, factores que han limitado su difusión en otras culturas o donde los recursos disponibles para la prevención del suicidio son limitados.

En los últimos años, algunas instituciones académicas y gubernamentales han desarrollado programas GTK con formatos en línea, autocompletados y de acceso sin licencia que han acercado la formación a un número significativo de personas e impulsado la diseminación de estos conocimientos en ciertas comunidades. Tal es el caso del programa holandés VraagMaar (Zelfmoord Preventie 113) (15) o de la Alianza para Cero Suicidios (ZSA, por su sigla en inglés) de Inglaterra (16), al que habrían accedido más de dos millones de personas. Se trata de formatos con gran potencial para difundir ideas clave entre la ciudadanía pero que, sin embargo, tienen como inconveniente las mayores dificultades para asegurar una adherencia a los contenidos (el participante debe autogestionarse) o incluso para evaluar la propia intervención, por lo que surge la duda sobre su impacto real en las personas que acceden a los contenidos. Por otro lado, su disponibilidad todavía es limitada en países de habla hispana.

En este artículo presentamos el programa nuevo BIZI y los resultados de su evaluación. Se trata de un programa GTK en línea, breve, autocompletado y de acceso libre en español dirigido a profesionales que no pertenecen al ámbito de la salud y voluntarios que trabajan en la comunidad. Pretende formar en habilidades GTK básicas para la prevención de suicidio y fue creado para dar respuesta a la ausencia de recursos similares que incorporen el contexto cultural y la realidad del fenómeno en un entorno hispanohablante. Ha sido promovido por el Departamento de Salud del Gobierno de Euskadi (España) como parte del trabajo de despliegue de su estrategia de prevención de suicidio (17).

En concreto, la evaluación del programa BIZI tiene como objetivo analizar su impacto en las tres competencias GTK clave de actitud, autoeficacia y conocimiento sobre el fenómeno suicida. Además, pretende analizar la adherencia al programa (porcentaje de personas que completan las actividades propuestas) y la satisfacción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desarrollo del programa

El trabajo se desarrolló en dos fases. En una primera, fase un panel de cinco profesionales, incluidos expertos en prevención del suicidio con experiencia en formación GTK, en salud pública y en comunicación en salud, desarrollaron el programa a partir de una revisión exhaustiva de la evidencia científica y de un conjunto de programas GTK disponibles en línea. El desarrollo tecnológico estuvo a cargo de una empresa especializada en cursos en línea. El resultado de este trabajo fue una versión provisional del programa que se probó con 53 personas, todas ellas profesionales de la comunidad que no pertenecían al ámbito de la salud, con el objetivo de analizar la claridad y utilidad percibida de los contenidos, la facilidad de uso y de identificar áreas de mejora. Dicho análisis preliminar identificó mejoras que se introdujeron para dar lugar a la versión definitiva del programa o Programa BIZI, cuyo estudio de evaluación presentamos en este artículo.

Características del programa BIZI

Se trata de un curso interactivo, en línea, teórico-práctico y autogestionado, que ofrece la Escuela de Salud para la ciudadanía del Servicio Vasco de Salud del País Vasco de forma gratuita a través de un sencillo registro con correo electrónico. El programa incluye audios, videos, ejercicios, texto e imágenes, y aporta conocimientos y habilidades básicas para contribuir a la prevención del suicidio desde entornos comunitarios. El tiempo medio para completarlo es de 90 minutos; se permiten acceso ilimitado durante dos semanas a la plataforma hasta completar el curso. Se centra en las características del fenómeno en España y está disponible en español y en euskera. Tiene un bloque teórico con tres módulos (“Ideas básicas sobre suicidio”, que revisa la magnitud del fenómeno y los mitos que lo rodean; “Cuándo sospechar un riesgo”, que revisa los factores de riesgo, las señales de alarma y las etapas del proceso suicida; y “Cómo actuar ante la sospecha”, que propone cuatro acciones concretas para ayudar, entre ellas limitar el acceso a medios letales o facilitar el acceso a ayuda especializada) y un bloque práctico con cuatro casos en los que se trabajan, de forma interactiva, distintas situaciones ante las cuales el participante debe seleccionar la intervención más adecuada. Existen fichas resumen y otros materiales descargables. Las personas que completan el curso reciben un diploma acreditativo. Existe un “Botón SOS”, visible en todo momento, que redirige al participante a la web de prevención de suicidio del Departamento de Salud del Gobierno Vasco con información sobre teléfonos y otros recursos de ayuda. Un vídeo informativo en línea describe sus principales características (18).

Estudio de evaluación

Diseño

En una segunda fase se realizó el estudio de evaluación. Para ello se utilizó un diseño de grupo único de medidas repetidas (antes, posinmediato y a los 3 meses). La evaluación antes y posinmediato se ofreció a todos los participantes, mientras que la evaluación a los 3 meses solo pudo ofrecerse a los participantes incluidos en los dos primeros meses.

Descripción de la muestra y reclutamiento

La muestra se compone de profesionales que no pertenecen al ámbito de la salud y personas voluntarias del ámbito comunitario que ejercen su actividad con grupos vulnerables a la conducta suicida, tal y como quedan definidos en la estrategia de prevención de suicidio en el País Vasco (p. ej., personas mayores, personas sin hogar y personas con discapacidad o en situación de soledad) (17). Se establecieron como criterios de exclusión el realizar actividad clínica en salud mental o haber recibido formación específica en prevención de suicidio.

El reclutamiento duró seis meses y corrió a cargo de los coordinadores comarcales de salud pública en el País Vasco, que enviaron un correo electrónico de invitación a profesionales y personas voluntarias de su comarca cuyo perfil encajaba en el criterio definido (p. ej., de los ámbitos del trabajo social, farmacia, educación y personas voluntarias de asociaciones de interés, entre otras). Todas las personas que respondieron de manera afirmativa el correo electrónico recibieron un enlace de acceso a la página de registro del programa. Tras registrarse, la persona podía acceder a la plataforma de formación.

Evaluación de resultados

Se seleccionaron cinco variables de resultado. Las tres primeras se corresponden con tres competencias GTK clave identificadas en la literatura (7,19) que incluyen: 1) actitud hacia la conducta suicida; 2) autoeficacia ante una situación de riesgo de suicidio; y 3) conocimiento sobre el fenómeno. La cuarta variable es la satisfacción con la formación, y la quinta es la adherencia al programa. Esta última se definió como el porcentaje de todas las personas que iniciaron la formación que completaron 80% o más de las actividades propuestas.

Los instrumentos de evaluación empleados para estudiar las cuatro primeras variables fueron cuestionarios en línea incluidos dentro de la plataforma de formación:

Actitud hacia la conducta suicida: hace referencia al grado en el que la persona considera apropiado o importante intervenir ante el riesgo de suicidio. Para este estudio se utilizaron los 6 ítems del factor legitimización del suicidio del cuestionario *Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida* (CCCS) (20) que se valoran en una escala Likert de 7 opciones (1 = “Totalmente en desacuerdo” a 7 = “Totalmente de acuerdo”). La consistencia interna del instrumento fue $\alpha = 0,82$ (alfa de Cronbach).

Autoeficacia respecto de la conducta suicida: hace referencia al grado en que la persona se siente cómoda y competente para identificar y facilitar ayuda a una persona en riesgo. Se valoró a través de un cuestionario creado *ad hoc* para este estudio a partir de una revisión de la literatura. Consta de 5 ítems (entre otros: “Confío en mi capacidad para identificar a una persona en riesgo de suicidio”) que se responden en una escala Likert de 5 opciones (1 = “Totalmente en desacuerdo” a 5 = “Totalmente de acuerdo”). La consistencia interna del instrumento fue $\alpha = 0,74$.

Conocimiento sobre el fenómeno suicida: hace referencia al conocimiento declarativo sobre el fenómeno suicida, su prevención y los mitos que le rodean. Se valoró a través de un cuestionario creado *ad hoc* para este estudio a partir de una revisión de la literatura y la información específica relativa al perfil epidemiológico del suicidio. Consta de 10 ítems (entre otros: “Las personas que expresan su intención de suicidarse no lo suelen hacer”) que se califican como “verdadero”, “falso” o “no

sabe no contesta”. La consistencia interna del instrumento fue $\alpha = 0,74$.

Satisfacción: la satisfacción con la formación recibida hace referencia a la valoración global y la utilidad percibida de la formación. Se valoró a través de dos preguntas: “¿Podrías valorar de forma global la formación recibida (metodología, materiales, utilidad práctica, etc.)? Puntúa del 1 al 10 siendo 1 (mínima satisfacción) y 10 (máxima satisfacción)” y “¿Recomendarías esta formación a un compañero de trabajo o en general a un profesional no sanitario en contacto con personas vulnerables al suicidio? Elige entre: Sí mucho, Sí algo, No sé, No”.

Análisis de datos

Con el objetivo de evaluar el impacto de la formación en las variables de actitud, autoeficacia y conocimiento se compararon las puntuaciones medias obtenidas entre el pretest y el posttest inmediato utilizando la prueba t de Student. El tamaño del efecto se calculó mediante la prueba d de Cohen. Con el objetivo de examinar si existían diferencias en el seguimiento de tres meses, se llevó a cabo un análisis de varianza de un factor con medidas repetidas en la submuestra de participantes que realizó esta evaluación. El tamaño del efecto de las diferencias se estimó mediante la prueba de eta cuadrado parcial (η^2_p). Para controlar la tasa de error en las comparaciones múltiples, se aplicó la corrección de Bonferroni a los niveles críticos.

Todos los análisis de datos se realizaron con el *software* IBM SPSS Statistics® (V.26.0.).

El protocolo fue validado por el comité de ética local (CEI del AS Gipuzkoa). Los participantes mostraron su conformidad a través de un consentimiento informado en línea.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Un total de 728 personas se registraron en el programa e iniciaron la formación. De ellas, 569 (78,1%) cumplieron los cuestionarios de evaluación preformación y posinmediato y constituyen la muestra principal del estudio de evaluación; 81,2% fueron mujeres y la edad media fue de 41,4 años (desviación estándar [DE]: 10,28). La experiencia laboral media fue de 17 años (DE: 9,51). Treinta y ocho por ciento refirió haber tenido contacto directo previo con algún caso de suicidio. Las tipologías profesionales más representadas fueron servicios sociales (41,5%), ámbito sociosanitario y farmacia comunitaria (18,6%) (cuadro 1).

El número de personas participantes incluidas en los dos primeros meses fue 277. De ellas, 120 (43%) completaron el cuestionario 3 meses posformación y constituyen la submuestra de seguimiento. Sus características sociodemográficas fueron muy similares a las de la muestra principal del estudio.

Actitud, autoeficacia y conocimiento con respecto a la conducta suicida

Evaluación antes y posinmediato

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la actitud con respecto a la conducta suicida ($t [568] = 18,698$; $P = 0,0001$; $d = 0,78$), en la autoeficacia ($t [568] = -34,389$; $P = 0,0001$) y el conocimiento ($t [568] = -29,430$; $P = 0,0001$), lo que sugiere una menor legitimación del suicidio, mayor autoconfianza y

CUADRO 1. Características sociodemográficas de los participantes

Variable		N (n = 569)	Porcentaje o media (DT)
Género	Femenino	462	81,2
	Masculino	105	18,5
	Otro	2	0,4
Edad (años)			41,4 (10,2)
	20-39	242	42,5
	40-59	307	54,0
	>59	20	3,5
Ámbito profesional	Servicios sociales	236	41,5
	Sociosanitario y farmacia comunitaria	106	18,6
	Asociaciones y ONG	90	15,8
	Educación	53	9,3
	Empleo protegido	51	9,0
	Otros	33	5,8

DT: desviación típica, ONG: organizaciones no gubernamentales.

CUADRO 2. Actitud, autoeficacia y conocimiento antes y después (posinmediato) de la formación (n = 569)

Variable		Media	DT	P	d
Actitud	Pretest	15,52	7,83	0,0001	0,78
	Postest	10,6	6,29		
Autoeficacia	Pretest	14,37	3,75	0,0001	1,44
	Postest	20,01	3,08		
Conocimiento	Pretest	5,99	2,17	0,0001	1,23
	Postest	8,69	0,71		

d: diferencia de medias, DT: desviación típica.

conocimiento explícito posformación. El tamaño del efecto asociado a la diferencia de medias fue de gran magnitud en la autoeficacia y el conocimiento ($d = 1,44$ y $d = 1,23$; respectivamente) (cuadro 2).

Evaluación tres meses después

Los resultados del análisis de varianza de un factor con medidas repetidas mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de actitud ($F [2,119] = 37,300$; $P = 0,0001$, $\eta^2_p = 0,24$), autoeficacia ($F [2,119] = 158,322$; $P = 0,0001$, $\eta^2_p = 0,57$) y conocimiento ($F (2,119) = 148,205$; $P = 0,0001$, $\eta^2_p = 0,56$) en los diferentes momentos evaluados. Las comparaciones múltiples *a posteriori* mostraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables entre el pretratamiento y postratamiento ($P = 0,0001$ en todos los casos), pero no entre el postratamiento y el seguimiento a los tres meses, lo que indica la persistencia de estas mejoras (cuadro 3).

Adherencia y satisfacción con el programa

Del total de 728 personas que iniciaron el curso, 86% lo completaron (es decir, realizaron más de 80% de las actividades previstas), y el tiempo medio para la finalización fue de 90 minutos. De media, los usuarios se conectaron a la plataforma en 2,7 días diferentes hasta completar las actividades previstas.

La satisfacción global con la formación alcanzó una puntuación promedio de 8,5 sobre un máximo de 10. El total de las personas que completaron el curso indicó que la recomendaría

CUADRO 3. Actitud, autoeficacia y conocimiento antes, después (posinmediato) y 3 meses después de la formación (n = 120)

Variable	Pretest		Postest inmediato		Seguimiento a los 3 meses	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Actitud	15,36	7,94	10,61	6,58	11,65	7,35
Autoeficacia	14,84	3,8	19,63	3,02	19,98	2,83
Conocimiento	6,27	2,07	8,68	0,72	8,53	0,78

DT: desviación típica.

a otros profesionales (opciones de respuesta “Sí, mucho” y “Sí, algo”).

DISCUSIÓN

El estudio muestra que el programa BIZI es una herramienta bien valorada y con capacidad para mejorar competencias GTK clave para la prevención de suicidio de profesionales y voluntarios del ámbito comunitario. En algunos casos, los cambios han sido notables con tamaños del efecto de gran tamaño y es también de gran relevancia la alta adherencia observada. Por otro lado, la persistencia de las mejoras en la muestra de seguimiento resulta prometedora, en especial si se tiene en cuenta la escasez de datos disponibles sobre la duración del efecto de estos programas (13,19),

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que muestra la eficacia de una herramienta GTK de acceso libre, en línea, breve y autocomentada y, por tanto, con potencial para llegar a un público diana mucho más amplio que los recursos GTK tradicionales. Además, el porcentaje alto de participantes que completaron la formación permite excluir uno de los riesgos potenciales de los formatos autocomentado, cuyas ventajas (flexibilidad horaria en el uso, menor coste y, en general, mayor viabilidad de su despliegue en el territorio) podrían haberse visto anuladas por porcentajes elevados de abandono.

La alta adherencia al programa invita a un primer análisis, ya que se trata de un aspecto clave del que depende el éxito de este tipo de planteamientos. Si bien han podido influir factores relacionados tanto con el programa (p. ej., contenido ágil o ameno), los participantes (p. ej., con especial sensibilidad hacia la prevención de suicidio), o incluso el promotor (p. ej., con alta credibilidad ofrecida por el Departamento de Salud del Gobierno), desconocemos el motivo concreto o el peso relativo de cada uno de estos factores. Sería relevante realizar un estudio específico para clarificar este aspecto y tener así las mayores garantías posibles de buenos resultados en usos futuros de esta herramienta u otras similares.

Es pertinente reflexionar también sobre el papel que una herramienta de estas características puede ejercer para prevenir el suicidio en nuestra sociedad. Sabemos que la formación GTK no ha demostrado todavía efectos directos en las tasas de suicidio (3), pero también que el desconocimiento y estigma son barreras fundamentales para pedir y ofrecer ayuda a tiempo ante una situación de riesgo suicida y que estas intervenciones contribuyen a reducir ambos, por lo que su papel podría ser clave (1, 9). Sin embargo, para que cualquier mejora en las actitudes y conocimientos pueda traducirse en acciones de prevención útiles allá donde se requieran, es necesario invertir en recursos adicionales. Con este objetivo, se puede comenzar por

los que hacen posible un despliegue amplio de este tipo de programas en el territorio a fin de llegar al mayor número posible de guardianes, los que posibilitan la derivación rápida de las personas en riesgo a los recursos de atención de salud, o los que aseguran la capacitación de los profesionales de la salud con base en la mejor evidencia disponible en prevención de suicidio, entre otros. Dejar de lado alguno de estos eslabones de la cadena de ayuda puede anular cualquier esfuerzo para disponer de un buen programa GTK.

Entre las limitaciones de este estudio, se encuentra la ausencia de grupo control, que limita la capacidad de concluir sobre los efectos reales de la intervención. Por otro lado, no se ha podido analizar el uso real que hicieron los participantes de las habilidades y conocimientos adquiridos y, por tanto, tampoco los efectos de este uso (p. ej., derivaciones al sistema de salud). Estos efectos serían la consecuencia más importante de la formación recibida, por lo que debería plantearse su análisis en estudios futuros. Por otro lado, la ausencia de herramientas específicas, breves y validadas para medir las variables seleccionadas obligó al diseño de cuestionarios *ad hoc*, trabajo realizado a partir de una revisión de la literatura y el conocimiento experto de los autores. Aunque la evaluación realizada de los instrumentos indica que son fiables desde el punto de vista de la consistencia interna de sus respuestas, sería aconsejable completar el estudio sobre la robustez de sus propiedades psicométricas. Esto permitiría concluir de forma más clara acerca de la influencia del programa BIZI en las habilidades GTK examinadas. Por otro lado, la evaluación de seguimiento a tres meses se realizó en una submuestra formada por los participantes reclutados en los dos primeros meses y no en todos los participantes. Este hecho se debió a cuestiones relacionadas con la financiación del proyecto. Los análisis realizados muestran que ambos grupos poseen características sociodemográficas similares y, en principio, no cabría dudar de la representatividad de esta submuestra. Además, el tamaño pequeño de esta muestra limita la capacidad para concluir sobre la persistencia de los efectos, por lo que es necesario ampliarla para llegar a conclusiones más robustas. Por último, la baja representatividad de hombres en la muestra podría considerarse otra limitación. Este hallazgo podría ser esperable en los grupos profesionales predominantes en el estudio, pero es cierto que, a la vez, podría generar dudas sobre la reproductibilidad de los resultados en otros

colectivos profesionales con mayor representación masculina y que son de alto interés para la prevención del suicidio (p. ej., personal policial y entrenadores deportivos, entre otros). Si bien estudios previos han concluido que el efecto de la formación para mejorar el conocimiento o las actitudes hacia la conducta suicida no varía con el sexo (19), sería importante confirmar la aplicabilidad de este modelo (p. ej., las tasas de participación o la adherencia) en dichos grupos.

Conclusiones

Como conclusión, podemos afirmar que el programa en español BIZI ofrece resultados prometedores que sugieren su utilidad para mejorar competencias GTK clave en profesionales no relacionados con el ámbito de la salud o personas voluntarias que realizan su actividad con colectivos en riesgo de suicidio. Es, también, también una herramienta con potencial para llegar a un público más amplio de lo que cabría esperar con otros formatos. Además, por tratarse de un recurso novedoso en español, podría ser clave para impulsar la sensibilización y la capacitación comunitaria en torno a la prevención del suicidio en países de habla hispana. A partir de aquí, los objetivos incluyen conseguir una amplia difusión del programa entre los colectivos profesionales de interés e incluso valorar una difusión dirigida a la población general, así como seguir trabajando para ampliar el conocimiento sobre el funcionamiento de este tipo de herramientas, todo ello sin olvidar la necesidad de garantizar en paralelo el buen funcionamiento del resto de eslabones de la cadena de ayuda a la persona en riesgo de suicidio.

Contribuciones de los autores. AG, Am, BB, JG y AI diseñaron el estudio. BB, PL y ADS coordinaron el trabajo de campo y recopilaron los datos; AM y AG analizaron e interpretaron los datos, y redactaron el manuscrito; y AG, AM, HR, BB PL, JG, ADS y AI realizaron la revisión crítica del manuscrito.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: a global imperative. Ginebra: OMS; 2014.
2. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nature Reviews*. 2019;5:74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
3. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3:646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
4. Gabilondo A, Del Valle D, Montoya I, Iruin A. Use OF HEALTH SERVICES IN THE MONTHS PRIOR TO SUICIDE IN A COUNTRY WITH LOW SUICIDE RATES AND PUBLIC UNIVERSAL ACCESS TO HEALTHCare. *Arch Suicide Res*. 2022;26:1966-1972. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1967236>
5. Walby FA, Myhre MO, Kildahl AT. Contact with mental health services prior to suicide: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services*. 2018;69:751-759. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700475>
6. Isaac M, Elias B, Katz LY, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54:260-268. <https://doi.org/10.1177/070674370905400407>
7. Yonemoto N, Kawashima Y, Endo K, Sareen J. Gatekeeper training for suicidal behaviors: a systematic review. *J Affect Disord*. 2019;246:506-514. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.052>
8. Hawgood J, Woodward A, Quinnett P, De Leo D. Gatekeeper training and minimum standards of competency: Essentials for the suicide prevention workforce. *Crisis*. 2022;43(6). <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000794>
9. Organización Mundial de la Salud. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Ginebra: OMS; 2021.
10. Living Works. SafeTALK: suicide alertness for everyone [Internet]. Disponible en: <https://www.livingworks.net/safetalk>
11. QPR Institute. [Internet] Acceso el 1 de junio del 2023. Disponible en: <http://www.qprinstitute.com/>

12. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Suicide prevention resource for action: a compilation of the best available evidence. Atlanta: CDC; 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/preventionresource.pdf>
13. Holmes G, Clacy A, Hermens DF, Lagopoulos J. The long-term efficacy of suicide prevention gatekeeper training: a systematic review. *Arch Suicide Res.* 2021;25:177-207. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690608>
14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Prevention and treatment of anxiety, depression, and suicidal thoughts and behaviors among college students. Rockville: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory; 2021.
15. Zelfmoord Preventie 113. [Internet] Acceso el 1 de junio del 2023. Disponible en: <https://vraagbaar.113.nl/>.
16. Zero Suicide Alliance. [Internet] Acceso el 1 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.zerosuicidealliance.com/>
17. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Estrategia de Prevención de Suicidio en Euskadi. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_preencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_preencion_suicidio_cast.pdf
18. Curso de Prevención de Suicidio, Osakidetza. Video informativo [Internet]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=hDa86Iojqpk>
19. Burnette C, Ramchand R, Ayer L. Gatekeeper training for suicide prevention: a theoretical model and review of the empirical literature. Santa Mónica: RAND Corporation; 2015. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1002.html
20. Ruiz JA, Navarro-Ruiz JM, Torrente G, Rodríguez A. Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema.* 2005;17:684-690.

Manuscrito recibido el 26 de julio del 2023. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 15 de diciembre del 2023.

Evaluation of BIZI, a new Spanish-language online program for community-based suicide prevention

ABSTRACT

Objective. To evaluate the BIZI program, a Spanish-language gatekeeper training program with a novel online self-learning format that is brief and open-access. It was developed as part of the suicide prevention strategy in Euskadi (Spain) to improve community-based suicide prevention.

Methods. A group of experts from different fields created the program and tested its usability in a preliminary phase. A single-group design was used for the evaluation, with repeated measurements (before, immediately after, and after three months). Online questionnaires were used to evaluate the program's impact on core competencies for gatekeepers, as well as adherence to content and user satisfaction. Community agents (educators and social workers, among others) who responded to an invitation sent by regional public health coordinators were included in the study.

Results. In total, 728 people accessed the training, and 86% completed it; 569 people completed the assessment (81.2% women, mean age 41.4 years). The core gatekeeper competencies of attitude, self-efficacy, and knowledge improved significantly, and improvement was sustained ≥ 3 months in a subsample ($P = 0.0001$).

Conclusions. The results are promising and suggest that BIZI is useful in improving the capacity and willingness of community agents to identify people at risk and refer them to specialized resources. Its novel format gives it important advantages over other more common gatekeeper training programs, facilitating its dissemination in low-resource environments. It is the first program of its kind whose effectiveness has been demonstrated and also the first available in Spanish.

Keywords

Suicide prevention; community; professional training; internet-based intervention.

Avaliação do BIZI, um novo programa on-line em espanhol para prevenção de suicídio com base na comunidade

RESUMO

Objetivo. Avaliar o Programa BIZI, um programa de capacitação de *gatekeepers* em espanhol com um formato inovador on-line autoinstrucional, breve e de livre acesso, desenvolvido como parte da estratégia de prevenção de suicídio em Euskadi (Espanha) para melhorar a prevenção de suicídio em ambientes comunitários.

Métodos. O programa foi desenvolvido por um grupo multidisciplinar de especialistas, e sua usabilidade testada em uma fase preliminar. Para a avaliação, foi utilizado um delineamento de grupo único e medidas repetidas (antes, imediatamente após e aos três meses). Foram utilizados questionários on-line para avaliar o impacto sobre as competências básicas do *gatekeeper*, a adesão ao conteúdo e a satisfação. Fizeram parte do estudo os agentes comunitários (educadores e assistentes sociais, entre outros) que responderam a um convite enviado pelos coordenadores de saúde pública da comarca.

Resultados. O programa de capacitação foi acessado por 728 pessoas e concluído por 86% delas. Um total de 569 pessoas concluiu a avaliação (81,2% do sexo feminino, idade média de 41,4 anos). As competências básicas do *gatekeeper* relativas a atitude, autoeficácia e conhecimento melhoraram significativamente, e essa melhoria se manteve em uma subamostra por um período de 3 meses ou mais ($P = 0,0001$).

Conclusões. Os resultados são promissores e indicam a utilidade do BIZI para melhorar a capacidade e a disposição dos agentes comunitários para identificar pessoas em situação de risco e encaminhá-las para recursos especializados. Seu formato inovador confere vantagens importantes em relação a outros programas de *gatekeeper* mais comuns e facilita sua disseminação em ambientes com poucos recursos. Esse é o primeiro programa desse tipo com eficácia comprovada, além de ser o primeiro disponível em espanhol.

Palavras-chave Prevenção ao suicídio; comunidade; capacitação profissional; intervenção baseada em internet.
