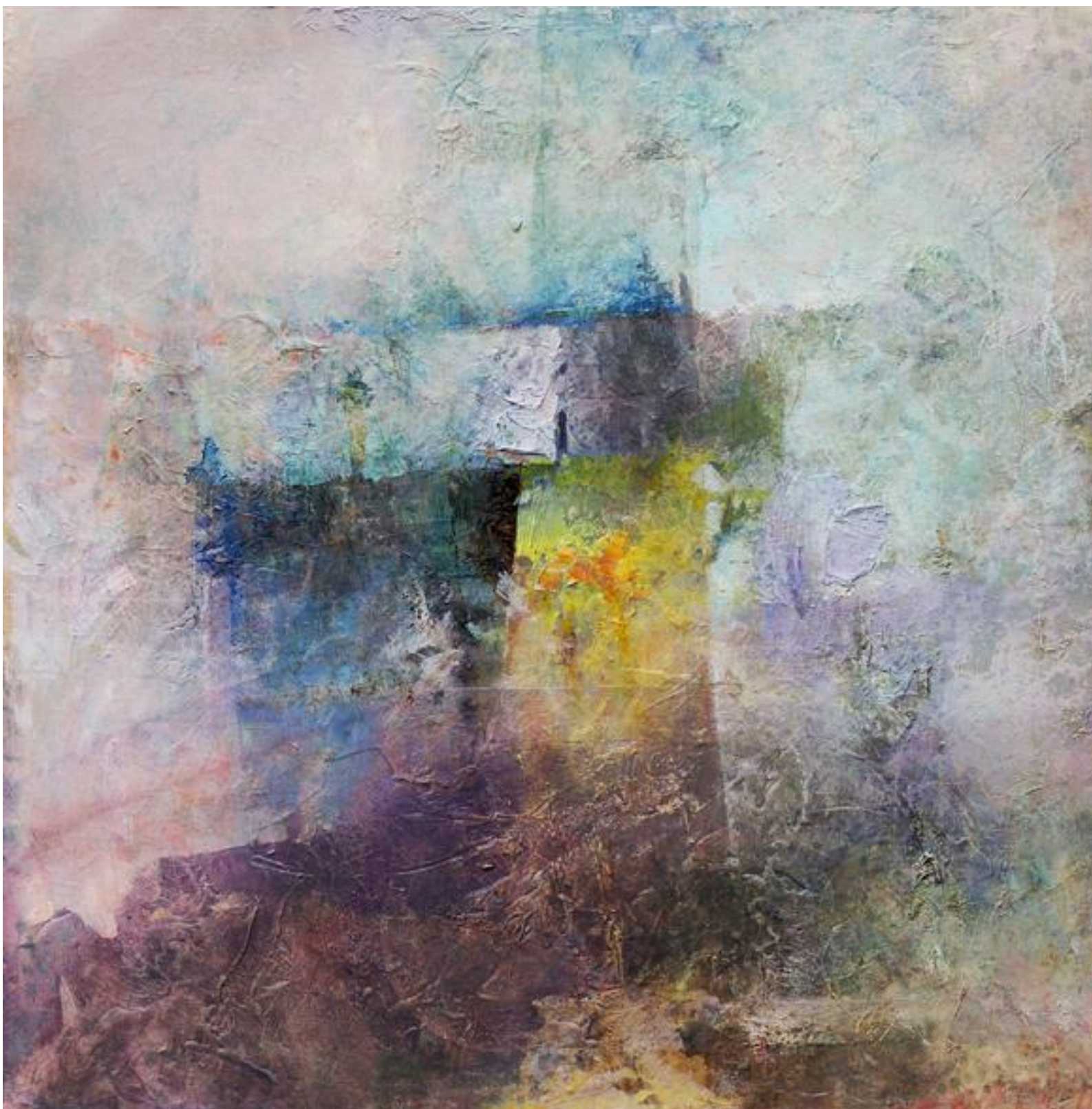


Plan de
prevención del suicidio
en **GALICIA**



XUNTA DE GALICIA

Edita:	Xunta de Galicia Consellería de Sanidad y Servicio Gallego de Salud (Sergas)
Lugar:	Santiago de Compostela
Año:	2017
D.L.:	C 2204-2017

Plan de prevención del suicidio en GALICIA

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidad y Servicio Gallego de Salud
Santiago de Compostela
2017

ÍNDICE

PARTE 1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Introducción.....	5
1.2. Objetivos.....	5
1.3. Principios	6
1.4. Metodología	6
1.5. Autoría y colaboradores	7
1.5.1. Grupo de trabajo.....	7
1.5.2. Instituciones participantes.....	8
1.6. Marco planificador.....	8
1.6.1. Estrategia en salud mental del SNS.....	8
1.6.2. Plan estratégico de salud mental Galicia 2006-2011	8
1.6.3. Revisión del Plan de prioridades sanitarias: 2014-2016.....	9
1.6.4. Estrategia Sergas 2014	9
1.6.5. Estrategia Sergas 2020	9
1.7. Marco normativo	9
1.8. Marco organizativo	10
PARTE 2. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA	13
2.1. Terminología	13
2.2. Factores de riesgo.....	13
2.3. Factores protectores.....	14
2.4. Factores precipitantes	14
2.5. Señales de alerta.....	15
2.6. Mitos y prejuicios.....	17
2.7. Estigma y tabú	17
2.8. Etiología de la conducta suicida. Modelos explicativos	17
PARTE 3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	19
3.1. Revisión epidemiológica	19
3.1.1. Mortalidad por suicidio en el ámbito internacional.....	19
3.1.2. Mortalidad por suicidio en España.....	21
3.1.3. Mortalidad por suicidio en Galicia	28
3.1.4. Suicidios y crisis económica en Galicia.....	31
3.2. Descripción de programas de prevención	32
3.2.1. Organización de las Naciones Unidas.....	32
3.2.2. Programas de prevención del suicidio de la OMS.....	32
3.2.3. Programas internacionales de prevención del suicidio.....	32
3.2.4. Otros programas de prevención en la Unión Europea.....	33
3.2.5. Programas de prevención del suicidio en el Sistema Nacional de Salud.....	33
3.3. Descripción del abordaje actual de la conducta suicida en Galicia	37
3.3.1. Estructura de Gestión Integrada de A Coruña	37
3.3.2. Estructura de Gestión Integrada de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras.....	38
3.3.3. Estructura de Gestión Integrada de Pontevedra e O Salnés	38
3.3.4. Estructura de Gestión Integrada de Santiago de Compostela	38
3.3.5. Estructura de Gestión Integrada de Ferrol.....	39
3.3.6. Estructura de Gestión Integrada de Vigo	39
3.3.7. Estructura de Gestión Integrada de Lugo, Cervo y Monforte de Lemos.....	39
3.3.8. Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061.....	39
3.3.9. Prevención del suicidio en el ámbito educativo.....	40
3.3.10. Prevención del suicidio en el ámbito penitenciario.....	41
3.3.11. Prevención del suicidio en centros de menores	41
PARTE 4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS	42
4.1. Líneas y medidas.....	42
4.2. Indicadores	53
PARTE 5. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN	57
REFERENCIAS.....	58

PARTE 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

El Plan de prevención del suicidio en Galicia nace con un doble objetivo, el de reducir la tasa de suicidio y el de establecer medidas para disminuir el sufrimiento de las personas que presentan un intento de suicidio y de sus familias. Este plan establece un compromiso claro del gobierno gallego en relación al problema del suicidio, en pro de una respuesta integral de las instituciones para su prevención. Con este plan se quiere priorizar la prevención del suicidio en la agenda de la atención a la salud mental y concienciar acerca del suicidio como un problema global, y que va más allá de la atención en el ámbito sanitario, siendo necesario implementar otras medidas complementarias en ámbitos como el educativo y social.

El suicidio es un problema de la sociedad en su conjunto, de manera que para que una estrategia en una población resulte eficaz es preciso una respuesta multisectorial e integral. En el informe publicado por la Organización Mundial de la Salud “El suicidio, un imperativo global” se determina una mayor tasa de suicidio en los países de alto nivel económico, destacando la necesidad de tener en cuenta aspectos como las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento que están estrechamente ligadas a conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación. Diferentes factores psicológicos, sociales, y culturales pueden interactuar para conducir a una persona a tener un comportamiento suicida. Aunque se ha avanzado en el conocimiento acerca del comportamiento suicida, no hay una explicación única de porque una persona puede actuar de este modo, pero existen medidas que podemos llevar a cabo para modificar las consecuencias personales y familiares del suicidio. El análisis epidemiológico ayuda a identificar tanto factores de riesgo como de protección frente el suicidio, lo que es de utilidad para diseñar los planes de prevención, quedando los resultados descritos en el documento. Luchar contra el estigma asociado a esta conducta es otro aspecto clave sobre lo que incidir para fomentar que las personas accedan a los canales de ayuda.

Por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio por lo que para una prevención eficaz se requiere desarrollar estrategias indicadas dirigidas a la población vulnerable mediante el apoyo, la capacitación del personal de salud,

educación y servicios sociales y una mejora en la identificación de los trastornos mentales y de consumo de sustancia. En este documento exponemos los diferentes programas y protocolos desarrollados en nuestra comunidad sirviendo de punto de partida para lo diseño de un proceso de atención integral a desarrollar durante el período de vigencia del plan. Este plan establece mecanismos de coordinación para posibilitar que diferentes organismos puedan sumar sus esfuerzos para trabajar conjuntamente en la prevención, manejo, intervención y acompañamiento de las personas que llevan a cabo un intento de suicidio y de sus familiares.

La Comisión interdepartamental tendrá la facultad de realizar la evaluación de los resultados de las medidas implementadas durante su desarrollo, actualizar el conocimiento y promover nuevas actuaciones bajo criterios de eficiencia y efectividad.

La manera de informar acerca de este fenómeno tanto en los medios de comunicación convencionales como en las redes sociales, puede incidir directamente sobre las tasas de suicidio en una población o grupo de riesgo determinado. Por lo que este plan promueve la difusión y conocimiento de las medidas de ayuda para la ciudadanía como parte del tratamiento que se le da a este problema.

1.2. Objetivos

El objetivo general del Plan de prevención del suicidio en Galicia es disminuir la incidencia y prevalencia de la conducta suicida.

Como objetivos específicos destacan:

1. Aumentar la coordinación entre instituciones y agentes implicados en la prevención de la conducta suicida.
2. Aumentar la sensibilización y concienciación de la sociedad sobre el suicidio como un problema de salud.
3. Mejorar la atención que desde la organización sanitaria se le presta tanto a las personas que presentan conducta suicida como a sus allegados.
4. Fomentar la investigación y el conocimiento respecto a la conducta de suicidio en Galicia.

1.3. Principios

El Plan de prevención del suicidio en Galicia asume los siguientes principios:

ACCESIBILIDAD. El Plan de prevención del suicidio en Galicia pretende hacer más accesibles los servicios públicos a las personas en riesgo suicida y sus allegados. Al amparo del plan se establecerán procesos específicos con flujos determinados por las necesidades individuales, y un seguimiento proactivo de las personas afectadas a fin de garantizar la continuidad asistencial durante el proceso.

CONTINUIDAD. Los servicios que conforman la red de atención del suicidio deben estar organizados para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo a pacientes y familiares, ininterrumpidamente a lo largo de la vida, garantizando además una atención coherente y continuada entre los servicios que la componen, especialmente en los sistemas sanitario, social y educativo.

AUTONOMÍA PERSONAL. Los profesionales implicados en la atención al suicidio trabajarán por el empoderamiento de los pacientes y de sus allegados, promoviendo la autosuficiencia y el desarrollo de sus capacidades.

AUTONOMÍA PROFESIONAL. Para dar una respuesta homogénea a toda la población gallega, se promoverán durante el desarrollo del plan el diseño de protocolos de actuación que orientarán a los profesionales en la toma de decisiones, pudiéndose adaptar estos a las necesidades de cada servicio o área de salud.

EFICIENCIA. El plan busca dar respuesta a las necesidades de las personas con conducta suicida y sus familias utilizando los recursos profesionales, técnicos y materiales existentes en la mejor combinación de eficacia y sostenibilidad del sistema, fundamentalmente a través de una mejor organización y coordinación.

LARGO PLAZO. El Plan de prevención del suicidio en Galicia se concibe como una estrategia permanente y revisable, que permita una continuidad a largo plazo de sus acciones.

EVIDENCIA CIENTÍFICA. El plan y las acciones que de él se desprendan deben basarse en la evidencia científica disponible en cada momento.

COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL.

El presente plan compromete a todas las instituciones públicas implicadas en el abordaje de la conducta de suicidio y crea instrumentos de coordinación entre ellas que mejoren su prevención.

CORRESPONSABILIZACIÓN. La prevención del suicidio es una responsabilidad compartida de toda la comunidad, familias y amigos, profesionales e instituciones. Implica una corresponsabilización global, individual y social, que también queda reflejada en este plan.

1.4. Metodología

El plan se ha realizado mediante un proceso interactivo en que se combinan diferentes estrategias metodológicas, realizándose un análisis de la situación actual, de la evidencia científica de las diferentes actuaciones preventivas y terapéuticas y la puesta en común con expertos para llegar a un consenso sobre las actuaciones a desarrollar para alcanzar los objetivos propuestos.

En la elaboración se han seguido las siguientes fases:

Fase 1. Análisis de la situación

Se han realizado a través de reuniones, entrevistas e intercambio de información entre los expertos implicados.

Actividades:

- Identificación del marco normativo y planificador.
- Análisis de recursos y forma de abordaje actual de la conducta suicida.
- Análisis de la morbilidad y mortalidad de la conducta suicida en Galicia.

Fase 2. Redacción del borrador del plan

El borrador se ha realizado mediante la integración de las perspectivas de los principales agentes implicados.

Actividades:

- Identificación, análisis y desarrollo de líneas y objetivos estratégicos, actuaciones e indicadores.
- Revisión interna y externa del documento.
- Incorporación de propuestas, redacción y elaboración del documento final.

Fase 3. Difusión y puesta en marcha del plan

Una vez aprobado y publicado el plan de prevención se procederá a su implementación. Actividades:

- Presentación del plan.
- Difusión/difusión.
- Puesta en marcha del Plan de prevención del suicidio en Galicia.

Fase 4. Seguimiento y evaluación

Para el seguimiento y evaluación del Plan de prevención del suicidio en Galicia se prevé la creación de la Comisión interdepartamental de coordinación para la prevención y atención de las conductas suicidas.

1.5. Autoría y colaboradores

1.5.1. Grupo de trabajo

Coordinadores

Alfonso Alonso Fachado
Subdirector Xeral de Planificación e Programación Asistencial. SERGAS.

María Tajés Alonso
Xefa de Servizo Saúde Mental e Asistencia a Drogodependencias. SERGAS.

Luisa Peleteiro Pensado
Técnica. Servizo Saúde Mental e Asistencia a Drogodependencias. SERGAS.

Participantes

Antonio Hernández Fernández
Director de FEAFES Galicia.

Benito López de Abajo
Xefe de Servizo de Clínica Médico Forense. IMELGA.

Carmen Fernández Garrido
Xefa de Servizo de Xustiza Penal Xuvenil. Consellería Política Social.

Delia Guitán Rodríguez
Psicóloga clínica. EOXI Lugo.

Eva Fontela Vivanco
Psiquiatra. EOXI Ferrol.

Elena de las Heras Liñero
Psiquiatra. EOXI Vigo.

José Luis Buceta Hazas
Enfermeiro. EOXI Pontevedra.

Juan José Augusto Sánchez Castro
Xefe de Servizo C.S Estrada. EOXI Santiago.

Manuel Armas Castro
Coordinador do EOE de A Coruña. Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.

Manuel Arrojo Romero
Psiquiatra. EOXI Santiago.

Manuel Bernández Otero
Director de Coordinación. Fundación 061.

Manuel Serrano Vázquez
Xefe de Servizo de Psiquiatría. EOXI A Coruña.

María Álvarez Ariza
Psiquiatra. EOXI Vigo.

María Caamaño Martínez
Médica. Fundación 061.

Marina Pérez Tenreiro
Xefa do Servizo de Xestión Sociosanitaria. SERGAS.

Mario Páramo Fernández
Xefe do Servizo de Psiquiatría. EOXI Santiago.

Miriam Rodríguez Sierra
Traballadora Social. EOXI A Coruña.

Rosendo Bugarín González
Responsable de Avalia-T.

Santiago Parada Nieto
Psiquiatra. EOXI Pontevedra. SERGAS.

Teresa Reija Ruiz
Psicóloga clínica. EOXI Ourense.

Teresa Gutiérrez Manjón
Técnica. Consellería Política Social.

Xaime Leiro Darriba
Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia.

Yolanda Triñanes Pego
Técnica de Avalia-T.

Asesoría Técnica

Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.

Documentación

Beatriz Casal Acción
Documentalista de Avalia-T.

Revisores y colaboradores externos

Álvaro Carrera García y Ana Sáez Ribao
Asociación Galega de Enfermaría Familiar y Comunitaria.
(AGEFEC).

Diego J. Palao Vidal. Director ejecutivo de salud mental
Parc Taulí. Universitat Autònoma de Barcelona.

Evelyn Huizing
Asesora técnica del Programa de Salud Mental. Servicio
Andaluz de Salud.

Francisco Javier Castro Molina
Asociación Española de Enfermería de Salud Mental
(AEESME).

José Ramón Silveira Rodríguez
Presidente de la Asociación Gallega de Psiquiatría. (AGP).

Julio Bobes García
Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo.

Plácido Mayán Conesa
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y
Emergencias (SEMES)

Ramón Area Carracedo
Presidente de la Asociación Galega de Saúde Mental
(AGSM-AEN).

1.5.2. Instituciones participantes

Se incluyen las instituciones a las que pertenecen
los miembros del grupo de trabajo, los revisores y
los colaboradores externos.

Xunta de Galicia

- Consellería de Sanidad.
- Servicio Gallego de Salud. Sergas.
- Dirección General de Salud Pública.
- Unidad de asesoramiento científico-Técnico (Avalia-T). Agencia de conocimiento en Salud (ACIS).
- Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.
- Consellería de Política Social.

Otros organismos dependientes de la Xunta de Galicia:

- Instituto de Medicina Legal de Galicia Imelga.

Sociedades científicas

- Psiquiatría y salud mental: AGP, AGSM-AEN, AEESME.
- Atención primaria: AGEFEC.
- Emergencias: SEMES.

Otras sociedades científicas sanitarias

- Universidad de Oviedo.
- Universidad Autónoma de Barcelona.

Asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental

- FEAFES.

1.6. Marco planificador

1.6.1. Estrategia en salud mental del SNS

En España la prevención del suicidio se contempla como uno de los objetivos principales de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (ESM-SNS)¹ aprobada por el Consejo Interterritorial de 11 de diciembre de 2006 y de su posterior actualización realizada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) para el período 2009-2013².

Concretamente, la estrategia aboga por la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo. Entre sus recomendaciones insta al “desarrollo de intervenciones preventivas en cada uno de los siguientes entornos: centros docentes, instituciones penitenciarias y residencias de mayores”.

1.6.2. Plan estratégico de salud mental Galicia 2006-2011

El Plan estratégico de saúde mental Galicia desarrollado en el período 2006-2011³ contempla en relación al suicidio y a las ideas suicidas la importancia del desarrollo de programas preventivo-asistenciales dirigidos tanto a la prevención y promoción en salud mental, como a la detección e intervención precoz.

En este mismo sentido, se resalta la importancia del uso de herramientas de gestión clínica que contribuyan a disminuir la variabilidad no justificada de las prácticas clínicas y asistenciales, y principalmente las referidas a los pacientes que presentan crisis psiquiátricas o psicosociales y que requieren de intervención urgente, intensiva y de corta duración en entornos hospitalarios.

También se incluyen programas especiales de intervención en crisis y urgencias comunitarias, donde destaca el Programa Acougo (en

colaboración con la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061) que incluye indicaciones para el traslado e internamiento urgente e involuntario y guías de actuación para pacientes con ideación suicida.

1.6.3. Revisión del Plan de prioridades sanitarias: 2014-2016

En 2014, la Xunta de Galicia realizó la revisión del Plan de prioridades sanitarias 2011-2014 y elaboró el Plan de prioridades sanitarias 2014-2016⁴, que contempla entre sus ocho prioridades sanitarias la depresión y los trastornos afectivos. Como objetivos y acciones principales para estas enfermedades considera la importancia de: “prevenir las complicaciones mediante el desarrollo de programas de prevención del suicidio”.

1.6.4. Estrategia Sergas 2014

El Servicio Gallego de Salud, en su Estrategia 2014, incluye como uno de los objetivos de sus líneas estratégicas la prestación de una “atención integral dirigida a colectivos específicos que necesitan atención diferenciada (ancianos, niños, mujeres y salud mental)”⁵. En este sentido, apunta como elementos clave en salud mental las siguientes:

- Dar prioridad a la patología mental de mayor gravedad, a la más prevalente y a los grupos de mayor riesgo.
- Desarrollo de programas de trastorno mental grave destinados a la atención integral del paciente desde las fases precoces.
- Potenciar la investigación en salud mental.
- Incorporar en la atención integral del SERGAS la atención al paciente con trastorno mental y tratar de evitar el estigma social que supone esta enfermedad.

1.6.5. Estrategia Sergas 2020

La Estrategia de 2020 nace con la misión de mejorar la salud de los ciudadanos a través de la prestación de servicios de atención de salud eficaces, eficientes y de calidad equitativa y sostenible para garantizar los derechos y obligaciones de los pacientes⁶. De los 20 objetivos estratégicos, en relación con medidas específicas en salud mental, esta estrategia pretende definir los grupos de pacientes con necesidades similares y adaptar los diferentes servicios a sus necesidades. Incluye:

- Elaborar el Plan estratégico de salud mental 2017-2020.
- Desarrollar e implementar un procedimiento de

atención integral para mejorar la atención en pacientes con depresión.

- Mejorar la atención a las complicaciones agudas del padecimiento de un trastorno mental en la edad infanto juvenil.
- Crear un protocolo para disminución del daño psicológico en catástrofes.

1.7. Marco normativo

En diciembre de 1978 la [Constitución española](#), en su artículo 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas de las prestaciones y servicios necesarios.

La [Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad](#), en su artículo 6, afirma que las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud, a garantizar que las acciones sanitarias se desarrollen y estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas, a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud y a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

Concretamente, en relación con la salud mental, en su [artículo 20](#), señala que la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

La [Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud \(SNS\)](#), en el artículo 7.1, establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del SNS, los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigida a los ciudadanos.

El [artículo 14](#) de esta ley define la prestación sociosanitaria “como el conjunto de cuidados destinados a los enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características y/o situación pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para

aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

La [Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública](#), tiene como objeto dar una respuesta completa y actual al requerimiento contenido en el [artículo 43 de la Constitución española](#) y, en consecuencia, tratar de alcanzar el máximo de salud posible de la población. La ley establece las bases legales que sustentan las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas en materia de salud pública y refleja en los tres capítulos del Título I, los derechos y deberes de los ciudadanos y las obligaciones de las administraciones públicas en salud pública.

En 2006, se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización formulados en el [Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre](#), que también detalla las prestaciones sanitarias en salud mental tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria.

A nivel autonómico, el [Decreto 389/1994, de 15 de diciembre](#), regula la salud mental en Galicia. Este decreto tiene por objeto establecer en la comunidad las directrices generales de actuación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica, la regulación de los dispositivos destinados a la promoción y protección de la salud mental, la prevención de la enfermedad mental y la asistencia, rehabilitación e integración de los enfermos mentales. Entre sus directrices generales subraya que los programas preventivos, asistenciales y rehabilitadores deben ser garantizados a través de la continuidad terapéutica. Además, formula que todas las acciones y los programas de salud mental sean evaluados adecuadamente para adaptarse a las necesidades reales de la población.

La [Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia](#) en su [artículo 14.2](#) señala que: “las personas menores, las mayores dependientes, las enfermas mentales y terminales, las enfermas que padecen enfermedades crónicas y discapacitantes, los pacientes diagnosticados de enfermedades raras o de baja incidencia en la población y las personas pertenecientes a grupos de riesgo, en tanto que colectivos que deben ser objeto de especial atención por las administraciones sanitarias competentes, tienen derecho a actuaciones y/o

programas sanitarios específicos y preferentes, los cuales se ejecutarán a través de los centros, servicios y establecimientos del Sistema Público de Salud de Galicia”.

1.8. Marco organizativo

El Plan de prevención del suicidio en Galicia propone un modelo integral de atención que permita:

- Integrar y homogeneizar las mejores prácticas e intervenciones basadas en la evidencia científica ya existentes en nuestra comunidad.
- Establecer itinerarios asistenciales flexibles que permitan homogeneizar la asistencia, pero también adaptarla a las circunstancias individuales.
- Formular indicadores que permitan evaluar las acciones llevadas a cabo en la prevención y asistencia a la conducta suicida que permitan modificaciones de los programas asistenciales en función de los resultados obtenidos.
- Asegurar que las actuaciones de los diferentes agentes implicados están coordinadas y utilizan el mismo lenguaje.

Las siguientes ilustraciones, muestran y ordenan a los principales agentes involucrados en el plan de prevención.

La ilustración 1 representa el modelo de coordinación interinstitucional para la prevención, mostrando a los agentes involucrados en el proceso de atención a la persona con conducta suicida.

La ilustración 2 ilustra el modelo de prevención de la conducta suicida especificando para cada nivel de prevención el grupo de profesionales implicados. De esta forma:

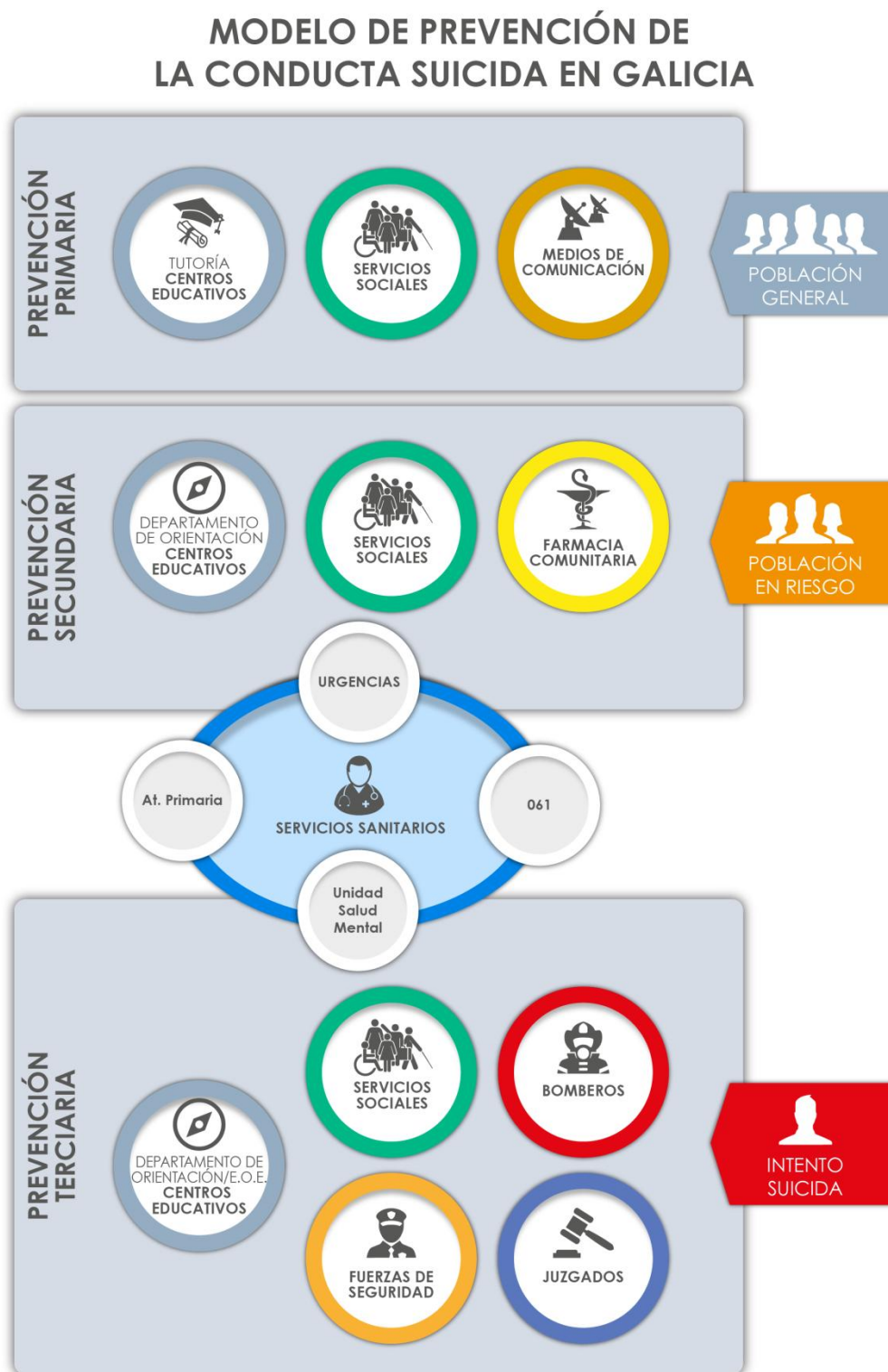
- En la prevención primaria: se incluyen los sectores de educación, servicios sociales y medios de comunicación.
- En la prevención secundaria: intervendrá educación, servicios sociales, farmacia comunitaria.
- Y en la prevención terciaria: se unirán a educación y los servicios sociales, los bomberos, las fuerzas de seguridad y la justicia. Ejerciendo los servicios sanitarios de coordinadores de la atención en la prevención secundaria y terciaria.

Ilustración 1. Modelo de coordinación interinstitucional para la prevención del suicidio en Galicia.

MODELO DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN GALICIA.



Ilustración 2. Modelo de prevención de la conducta suicida en Galicia.



PARTE 2. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

2.1. Terminología

La nomenclatura sobre la conducta suicida es compleja y abarca diferentes términos que van desde las ideas de muerte hasta el propio suicidio, pasando por situaciones intermedias como la planificación suicida o el intento suicida. Si bien existen propuestas de algunos autores más o menos aceptadas como la de Silverman^{7,8} realmente no existe un consenso universal que unifique la nomenclatura sobre conducta suicida. Una de las mayores controversias gira alrededor de la intencionalidad o no de algunos de los actos autolíticos. Si bien en muchos casos se opta por excluir de la conducta suicida las lesiones autoinfligidas sin intencionalidad suicida, la

Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ opta, por lo contrario, incluyendo en la definición “intento de suicidio”, la “lesión autoinfligida no mortal sin intención suicida”, ateniéndose a que la intención suicida puede ser difícil de evaluar porque puede estar rodeada de ambivalencia.

Este plan concibe dentro de la conducta suicida todo el espectro de ideas y actos relacionados con el daño autoinfligido independientemente de su intencionalidad y consecuencias. Esto es, en su interpretación más amplia (tabla 1).

Tabla 1. Nomenclatura de la conducta suicida.

Término	Definición
Suicidio	Muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.
Intento de suicidio	Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.
Gesto suicida/autolesión	Conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene intención de matarse.
Plan suicida	Es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
Amenaza Suicida	Acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
Ideas suicidas	Pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

Fuente: Modificado de Grupo de Trabajo Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012¹⁰. Basado en Silverman, 2007^{7,8}.

2.2. Factores de riesgo

Algunos factores de riesgo tienen un mayor peso específico que otros, pero lo que está claro es que, a mayor número de factores de riesgo, más riesgo acumula una persona¹¹. Estos factores pueden ser internos o externos; individuales o sociales; modificables en la práctica clínica o no modificables; proximales (coyuntural) o distales (a lo largo de la vida).

Entre los factores de riesgo individuales se consideran principalmente los intentos de suicidio previos y los trastornos mentales. Así, los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida, siendo entre 20 y 30 mayor durante el primer año después del intento¹⁰.

Respecto a los trastornos mentales:

- Están presentes en aproximadamente el 90% de las personas que se suicidan y contribuyen en un 47-74% al riesgo de suicidio de la población.
- Los trastornos afectivos, seguidos de los trastornos por consumo de sustancias (especialmente el alcohol) y la esquizofrenia, son los trastornos más relacionados con esta conducta, y la comorbilidad incrementa considerablemente el riesgo de suicidio¹².
- La depresión mayor es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general.
- Entre un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio.
- En pacientes con esquizofrenia, el riesgo de suicidio es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de ellas harán un intento de suicidio a lo largo de su vida.

- Una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria presentan antecedentes de ideación o conducta suicidas.
- El riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general.
- El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general.

Los factores vinculados a la comunidad incluyen las guerras y los desastres, la discriminación, el aislamiento, la violencia, etc. Entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud, destacan las dificultades para obtener acceso y asistencia adecuada¹³.

La tabla 2 incluye algunos de los posibles factores que se recomienda considerar.

Tabla 2. Factores de Riesgo.

INDIVIDUALES	• Intentos de suicidio previos: son el predictor más importante. • Depresión mayor: supone un riesgo de suicidio 20 veces mayor a la población general. • Abuso de alcohol y otras sustancias. • Otros trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de personalidad. • Factores psicológicos: desesperanza y rigidez cognitiva. • Edad: adolescencia y edad avanzada. • Sexo: los hombres presentan mayores tasas de suicidio consumado y las mujeres mayor número de intentos de suicidio. • Presencia de enfermedad crónica o discapacitante.
FAMILIARES Y CONTEXTUALES	• Historia familiar de suicidio. • Factores sociales y ambientales: falta de apoyo social, nivel socioeconómico y situación laboral. • Historia de maltrato físico o abuso sexual.

Fuente: Modificado de Grupo de Trabajo Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012¹⁰.

2.3. Factores protectores

Los factores protectores pueden ser factores propios de una persona (internos) o relacionados con el entorno (externos). Entre los factores internos se incluyen las habilidades sociales, la capacidad de resolución de problemas, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la capacidad de resiliencia (capacidad de adaptación

frente a situaciones adversas)¹⁴. También se consideran importantes los valores y normas, como el valor de la propia vida, la esperanza y el optimismo¹⁵. Entre los factores externos destacan la accesibilidad a los dispositivos de salud, la existencia de una red social y familiar apropiada, la participación social y la restricción a métodos letales de suicidio¹⁶ (tabla 3).

Tabla 3. Factores Protectores.

Internos o personales	• Habilidades en la resolución de conflictos o problemas. • Confianza en uno mismo. • Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales. • Capacidad de adaptación frente a situaciones de adversas.
Externos o sociales	• Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad. • Integración social. • Poseer creencias y prácticas religiosas, espirituales o valores positivos. • Accesibilidad a los dispositivos de salud.

Fuente: Modificado de Grupo de Trabajo Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012¹⁰.

2.4. Factores precipitantes

Existen una serie de eventos o situaciones que pueden provocar un estrés intenso en un determinado momento de una persona y precipitar un acto suicida. Algunos son comunes en

los distintos grupos de edad y otros son más frecuentes en unas etapas de la vida o en otras¹⁷. En la adolescencia las malas relaciones familiares y los conflictos con el grupo de iguales pueden ser un factor precipitante común¹⁸.

En las personas adultas suelen estar relacionados con la pérdida del bienestar económico y social¹⁹, y en las personas mayores principalmente suelen asociarse a soledad y cambios negativos en el

estado físico y de salud²⁰. La tabla 4 incluye algunos de estos factores precipitantes según la etapa vital.

Tabla 4. Factores precipitantes frecuentes según etapa vital.

Comunes en todas las edades	• Diagnóstico reciente de una enfermedad grave, tanto en la persona como en el entorno, o exacerbación o agravamiento de un problema previamente diagnosticado. • Síndromes dolorosos no controlados. • Desastres naturales. • Pérdida de seres queridos (incluidos animales de compañía). • Existencia de entorno suicida (por ejemplo: suicidio cercano reciente). • Experiencias y vivencias traumáticas: agresiones y malos tratos, acosos y humillaciones, abusos sexuales, etc. • Aumento o consumo de tóxicos. • Estado de embriaguez o intoxicación. • Imputaciones o condenas judiciales. • Disputas y conflictos con familiares o personas cercanas. • Embarazo no deseado o aborto. • Cambios vitales bruscos no deseados. • Alta por hospitalización psiquiátrica (primera semana).
Adolescencia	• Descubrimiento o no aceptación (propia o ajena) de la homosexualidad. • Fracaso escolar. • Bullying, acoso, humillaciones, malos tratos. • Abuso sexual, violaciones. • Separación o pérdida de amigos o compañeros. • Cambios habituales de residencia y de entorno social. • Desengaño amoroso. • Muerte de un ser querido. • Problemas disciplinarios escolares, presión escolar, periodos de exámenes. • Entorno suicida, entorno para cometer suicidio. • Embarazo prematuro. • Separación de los padres o graves conflictos conyugales, con instrumentalización del hijo.
Adultos	• Fracaso profesional. • Pérdida de empleo (primer año) o dificultades económicas. • Pérdida de estatus o prestigio social. • Ruptura conyugal, desengaño amoroso. • Jubilación.
Vejez	• Empeoramiento de enfermedades, aumento del dolor, fracaso, desahucio, o hastío terapéutico, aumento de la dependencia. Pérdida de funciones físicas o psicológicas básicas. • Institucionalización. • Malos tratos. • Cambio periódico de domicilio. • Viudez (primer año) • Pérdida de interés por la vida, debut depresivo. • Pérdida de la fe.

Fuente: Anseán A, 2014¹⁷.

2.5. Señales de alerta

Muchas personas con ideación suicida pueden evidenciar una serie de signos y síntomas (señales de alerta), cuya identificación puede ayudar en la detección de un posible riesgo suicida. Estas señales pueden ser verbales y/o no verbales (a través de su comportamiento)²¹. Las señales de alerta más frecuentemente identificadas incluyen pensamientos de suicidio o autolesiones,

obsesiones con la muerte, cambios repentinos en los patrones de personalidad y comportamiento, cambios en la alimentación o el sueño, sentimientos de culpa y disminución del rendimiento académico o en el trabajo²².

La existencia de éstas no conlleva necesariamente riesgo suicida, pero son de utilidad como indicios

en aquellos casos en los que su presentación es inusual o numerosas¹⁷.

riesgo o no pueda presentarse la conducta suicida. La tabla 5 resume algunas de las señales de alerta más frecuentes que deben ser consideradas.

También hay que tener en cuenta que la no presencia de estas señales no implica que no exista

Tabla 5. Señales de alerta.

Verbales	Sobre sí misma: • De culpabilidad. • De odio hacia sí mismo. • De vergüenza. • De impotencia. • De inutilidad. • Miedo a 'perder la cabeza'. • Temor a dañar a otros. <u>Ejemplos:</u> <i>"No valgo para nada", "Esta vida es un asco", "Mi vida no tiene sentido", "Estaría mejor sin mí", "Soy una carga para todo el mundo", "Toda mi vida ha sido inútil", "Estoy cansado de luchar".</i> Sobre su futuro: • De cansancio vital. • De insatisfacción, frustración o fracaso. • De dolor. • De infelicidad. • De sufrimiento. • De anhedonia. • De desinterés. • De soledad. • De malestar. • De desesperanza. • De desesperación. <u>Ejemplos:</u> <i>"Lo mío no tiene solución", "Quiero terminar con todo", "Las cosas no van a mejorar nunca".</i> Sobre su muerte o suicidio: • De huida. • De liberación. • De tener las ideas claras. • De tener la forma para resolverlo todo. • De dejar de sufrir. • De agradecimiento. • De despedida. <u>Ejemplos:</u> <i>"Me gustaría desaparecer", "Quiero descansar", "No deseo seguir viviendo", "Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto", "Quiero quitarme la vida, pero no sé cómo", "Nadie me quiere y es preferible morir", "No merece la pena seguir viviendo", "Después de pensar mucho ya sé cómo quitarme de en medio", "Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho", "no quiero ser una carga", "las voces dicen que me mate".</i>
No Verbales	• Cambios de humor. Estos cambios pueden presentarse como: - aparición de irascibilidad y comportamiento desafiante, temerario o agresivo, - aparición de alegría repentina e injustificada, o - actitud de calma y tranquilidad inusual. • Cambios de horarios en sus hábitos y forma de vida. • Aislamiento social y familiar. • Anhedonia, desinterés generalizado. • Consumo repentino de tóxicos o alcohol o aumento de la frecuencia o cantidad habitual. • Acciones temerarias, asunción de riesgos innecesarios. • Infracción de normas o leyes. • Discusiones y peleas. • Indiferencia a elogios y refuerzos. • Autocrítica, autohumillación. • Regalo de pertenencias, objetos apreciados o valiosos. • Cesión de mascotas. • Redacción de testamento. • Visitas inesperadas a familiares o personas cercanas. • Acumulación de fármacos. • Sospechas de autolesiones leves (por ejemplo: laceraciones). • Compra de armas. • Pérdida de sueño, o dormir mucho. • Despreocupación por la higiene o imagen personal. • Puesta en orden de cosas o gestiones. • Desinterés hacia su trabajo, sus allegados o sus aficiones. • Falta de concentración en la escuela o el trabajo. • Gasto de dinero injustificado o desproporcionado. • Falta de apetito sexual. • Redacción de notas de despedida. • Elaboración de planes suicidas y se hacen con los elementos necesarios para llevarlos a cabo.

- Agravamiento de síntomas de trastornos mentales que pueda sufrir.

Fuente: Anseán A, 2014¹⁷.

2.6. Mitos y prejuicios

El suicidio sigue envuelto en mitos o concepciones erróneas sin veracidad científica basados en creencias y juicios de valor equivocados. Estos mitos son a veces referenciados en los medios de comunicación, pudiendo esto provocar prejuicios ante la conducta suicida.

En la tabla 6 se presentan algunos de los mitos más extendidos sobre el suicidio y que han sido recogidos por la OMS⁹, así como los hechos que los desmienten.

Tabla 6. Mitos sobre la conducta suicida.

Mito	Realidad
"Quienes hablan de suicidio no tienen la intención de cometerlo"	• "Quienes hablando de suicidio pueden estar pidiendo así ayuda o apoyo. Un número significativo de personas que contemplan el suicidio presentan ansiedad, depresión y desesperanza y pueden considerar que carecen de otra opción".
"La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa."	• "Desde luego, algunos suicidios se cometen sin advertencia previa. Pero la mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Por eso es importante conocer los signos de advertencia y tenerlos presentes".
"El suicida está decidido a morir."	• "Por el contrario, los suicidas suelen ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte. El acceso al apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio".
"Quien haya sido suicida alguna vez, nunca dejará de serlo."	• "El mayor riesgo de suicidio suele ser de corto plazo y específico según la situación. Aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanente, y quien haya tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida".
"Solo las personas con trastornos mentales son suicidas."	• "El comportamiento suicida indica una infelicidad profunda, pero no necesariamente un trastorno mental. Muchas personas que viven con trastornos mentales no son afectadas por el comportamiento suicida, y no todas las personas que se quitan la vida tienen un trastorno mental".
"Hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo."	• "Dado el estigma generalizado alrededor del suicidio, la mayoría de las personas que contemplan el suicidio no sabe con quién hablar. En lugar de fomentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio".

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2014⁹.

2.7. Estigma y tabú

La Organización Mundial de la Salud destaca que el estigma, particularmente en torno a los trastornos mentales y el suicidio, disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o han tratado de hacerlo y, por lo tanto, no reciben la ayuda que necesitan. La prevención del suicidio no se ha abordado apropiadamente debido a la falta de sensibilización respecto del suicidio como problema de salud pública principal y el tabú existente en muchas sociedades para examinarlo abiertamente. Es importante aumentar la sensibilidad de la comunidad y superar el tabú para avanzar en la prevención del suicidio.

2.8. Etiología de la conducta suicida. Modelos explicativos

La conducta suicida es compleja e incluye un gran número de factores de riesgo que pueden ser desencadenantes. Estos factores pueden ser integrados en modelos explicativos para ayudar a comprender y facilitar la evaluación del riesgo de suicidio^{10,23}.

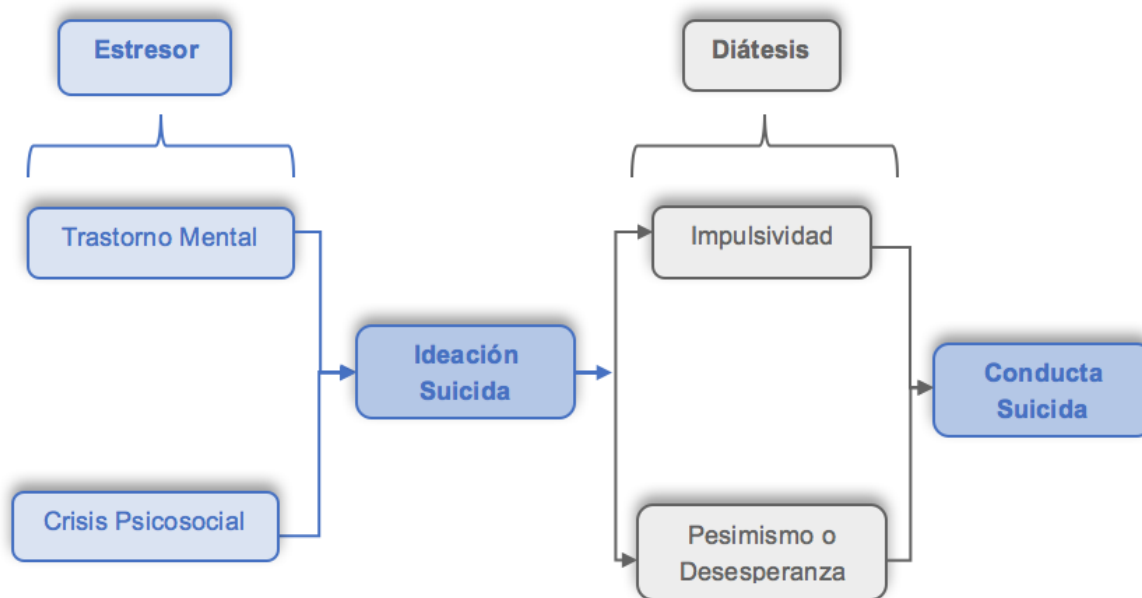
El modelo de diátesis-estrés elaborado por Mann²⁴ es el más comúnmente utilizado para entender el riesgo de conducta suicida. Consta de dos componentes: a) el componente de diátesis (predisposición genética, abusos, agresión y/o impulsividad, pesimismo, desesperanza, incapacidad de resolver problemas o rigidez cognitiva)²⁵ y b) el componente de estrés (crisis psicosociales y trastornos psiquiátricos)²⁶. La combinación de ambos componentes es más importante para determinar el riesgo de conducta suicida que la mera acumulación de factores de riesgo (ilustración 3).

La predisposición genética, las alteraciones neuroanatómicas, fisiológicas y genómicas²⁷, la serotonina y otros neurotransmisores, parecen correlacionarse con componentes de la diátesis;

evidenciados en los cambios estructurales y funcionales en el cerebro de los individuos con antecedentes de conducta suicida²⁸.

Recientes estudios sugieren que la diátesis del comportamiento suicida es continua. El suicidio frecuentemente es precedido de intentos suicidas no fatales, que suelen repetirse con un creciente grado en la letalidad del método y la gravedad médica²⁹. Cada vez que la conducta suicida se activa, se hace más accesible en la memoria y requiere menos estímulos desencadenantes para que se active la próxima vez³⁰. En el componente estresor, es difícil separar las crisis psicosociales de los trastornos psiquiátricos, estos últimos pueden generar la pérdida de empleo o el fracaso para establecer relaciones sociales. Juntas, pueden combinarse para aumentar la presión sobre una persona. La exposición repetida a los factores de estrés puede disminuir gradualmente la capacidad de resiliencia, por lo que factores estresores de gravedad relativamente menor pueden conducir al aumento de la intención de la conducta de suicidio.

Ilustración 3. Modelo Explicativo del Riesgo Suicida.



Fuente: Modificado de Mann, 2005³¹.

PARTE 3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

3.1. Revisión epidemiológica

3.1.1. Mortalidad por suicidio en el ámbito internacional

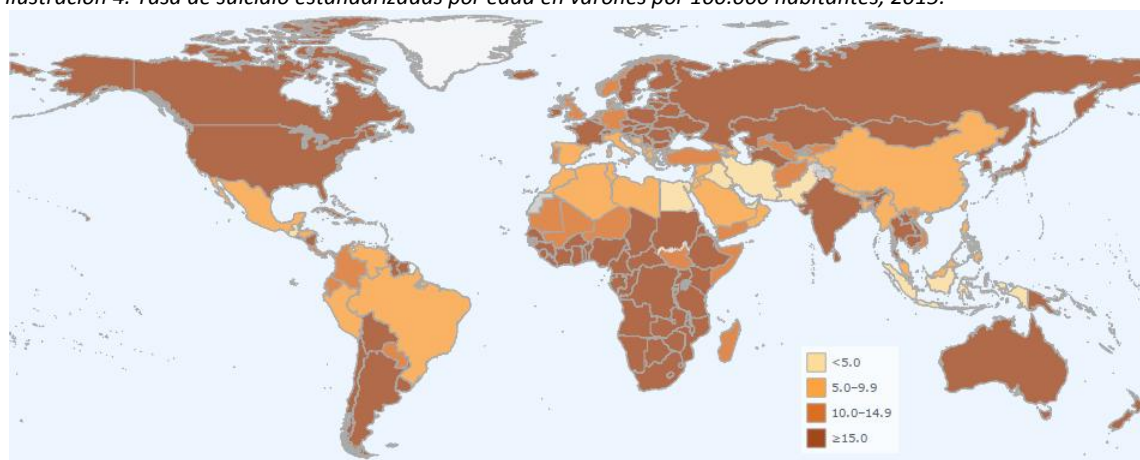
La OMS reconoce la prevención del suicidio como una prioridad de salud pública. En el año 2012 el suicidio representó el 1,4% del total de defunciones mundial, situándose entre las quince primeras causas de muerte en el mundo⁹.

En los últimos 60 años, el número de suicidios ha aumentado un 50% y se estima que en 2020 superen el millón y medio de muertes. Sin embargo, los diferentes procedimientos de registro, así como los valores sociales y las prácticas culturales de cada país probablemente tienen un efecto en el registro de defunciones y pueden conducir a errores en la cuantificación del suicidio¹⁰.

Existen diferencias según el género, la tasa de los hombres a nivel mundial casi duplica la de las mujeres (15 comparado con 8 para las mujeres por 100.000 habitantes) y la proporción de suicidio es mayor en los países con ingresos altos (1,7%) (ilustración 4).

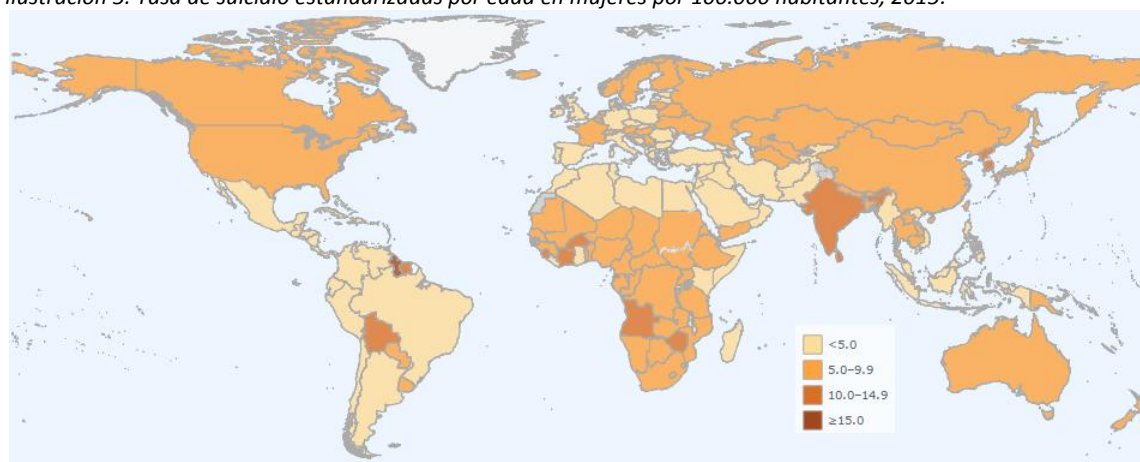
Al considerar la edad, las tasas de suicidio son más altas tanto en hombres como en mujeres entre las personas de mayor edad. Entre los jóvenes de 15 a 29 años de edad, el suicidio representa el 8,5% de las muertes a nivel mundial, siendo la segunda causa de muerte después de los accidentes de tráfico⁹.

Ilustración 4. Tasa de suicidio estandarizadas por edad en varones por 100.000 habitantes, 2015.



Fuente: OMS, 2017.

Ilustración 5. Tasa de suicidio estandarizadas por edad en mujeres por 100.000 habitantes, 2015.



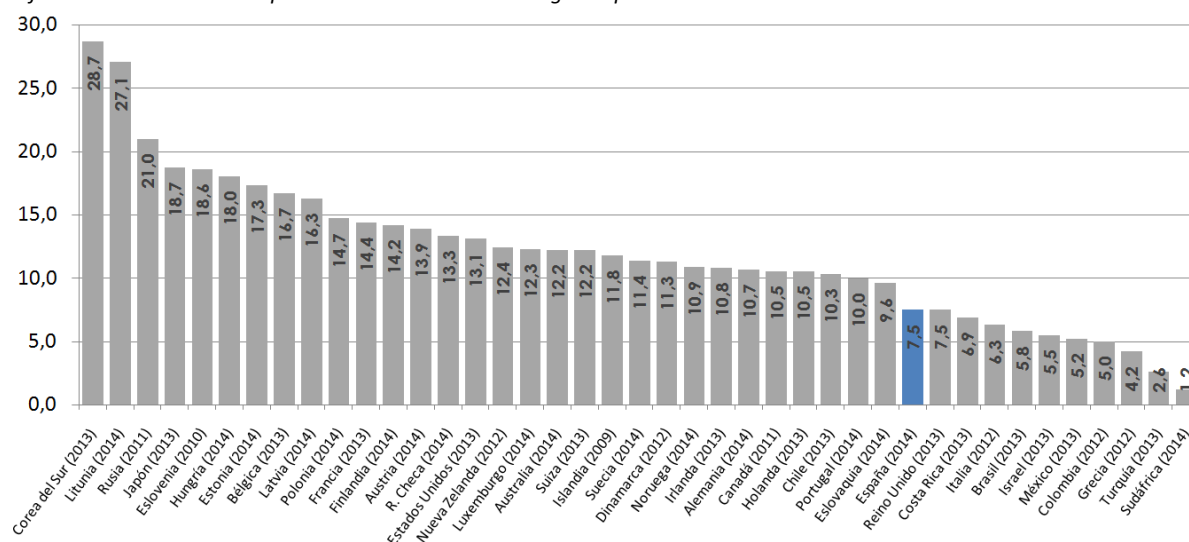
Fuente: OMS, 2017.

Respecto a los métodos, en los países de ingresos altos el ahorcamiento es el método utilizado en el 50% de los suicidios y las armas de fuego son el segundo método más frecuente, utilizado en el 18% de los suicidios, siendo este último usado principalmente en EE.UU.

En otros países de ingresos altos las armas de fuego son solo utilizadas en el 4,5% de los suicidios⁹.

Al considerar el suicidio en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), este constituye una causa significativa de muerte en muchos países miembros. En 2015, se registraron valores máximos en países como Lituania, Corea del Sur, Rusia, Hungría y Japón, con 18 muertes o más por cada 100.000 habitantes. Por el contrario, los valores mínimos se registraron en Grecia, Italia, España y Reino Unido, con tasas de 7 muertes o menos por cada 100.000 habitantes (gráfico 1).

Gráfico 1. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes en algunos países de la OCDE.



Fuente: OCDE, 2015³².

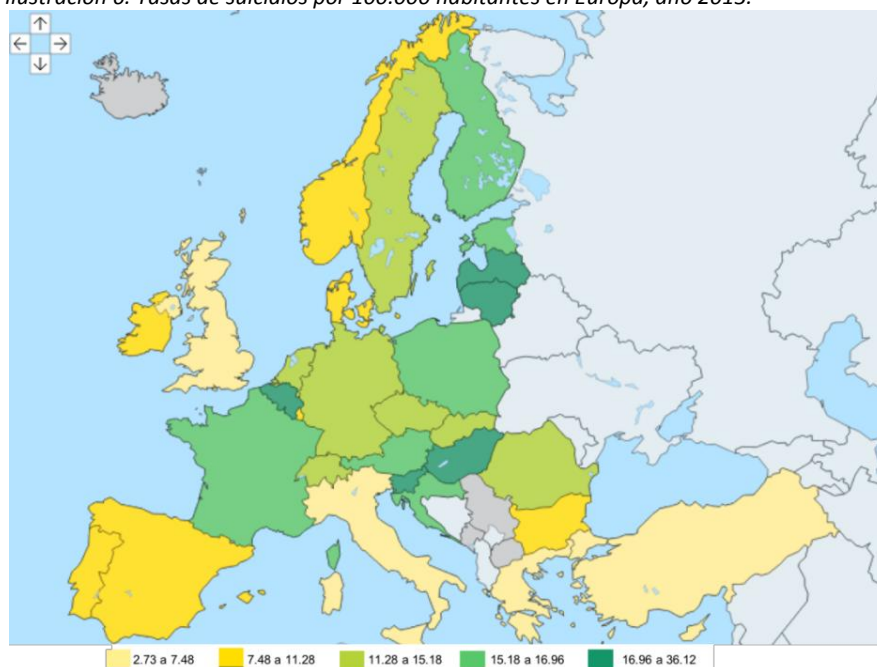
Desde 1980, la tasa de suicidio ha descendido notablemente (descensos del 40%) en países de la OCDE como Dinamarca, Alemania y Suiza. En contraste, estas tasas en España se mantienen constantes, aunque en niveles relativamente bajos³³.

Al analizar solo los países de la Unión Europea, el suicidio es considerado uno de los mayores problemas de salud pública, estimándose que el promedio de la tasa de prevalencia es aproximadamente un 13,9 por 100.000

habitantes¹¹. En general, los países del sur, como Italia, Grecia, Chipre y España, muestran las tasas más bajas (ilustración 5)³⁴.

Si bien las tasas de suicidio son mayores en edades más adultas, el suicidio se ha convertido en la principal causa de muerte entre los jóvenes europeos. España está por debajo de la media europea en suicidios en jóvenes (que se sitúa en 4,5), registrando en 2013 una tasa de 2,5 por 100.000 habitantes³⁴.

Ilustración 6. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes en Europa, año 2013.



Fuente: Eurostat, 2013³⁴.

Si los suicidios consumados representan alrededor de un millón de casos al año, los intentos de suicidio podrían ser 10 o 20 veces más numerosos, lo que traducido a tiempo equivale a una tentativa suicida cada tres segundos y un suicidio consumado cada cuarenta segundos. Respecto a la edad y al sexo existen importantes diferencias entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio. Así, mientras el primero se produce más en hombres, los intentos son más habituales entre las mujeres jóvenes¹⁰.

3.1.2. Mortalidad por suicidio en España

En 2015 se produjeron 3.602 suicidios en España (2.680 hombres y 922 en mujeres) un 7,9% menos que en 2014, manteniéndose como la primera causa de muerte externa, a continuación, se sitúan las caídas accidentales (con 2.783 muertes), el ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales (con 2672 fallecidos) y muertes por accidente de tráfico (1.880 personas, 450 de ellas mujeres y 1.430 hombres)³⁵.

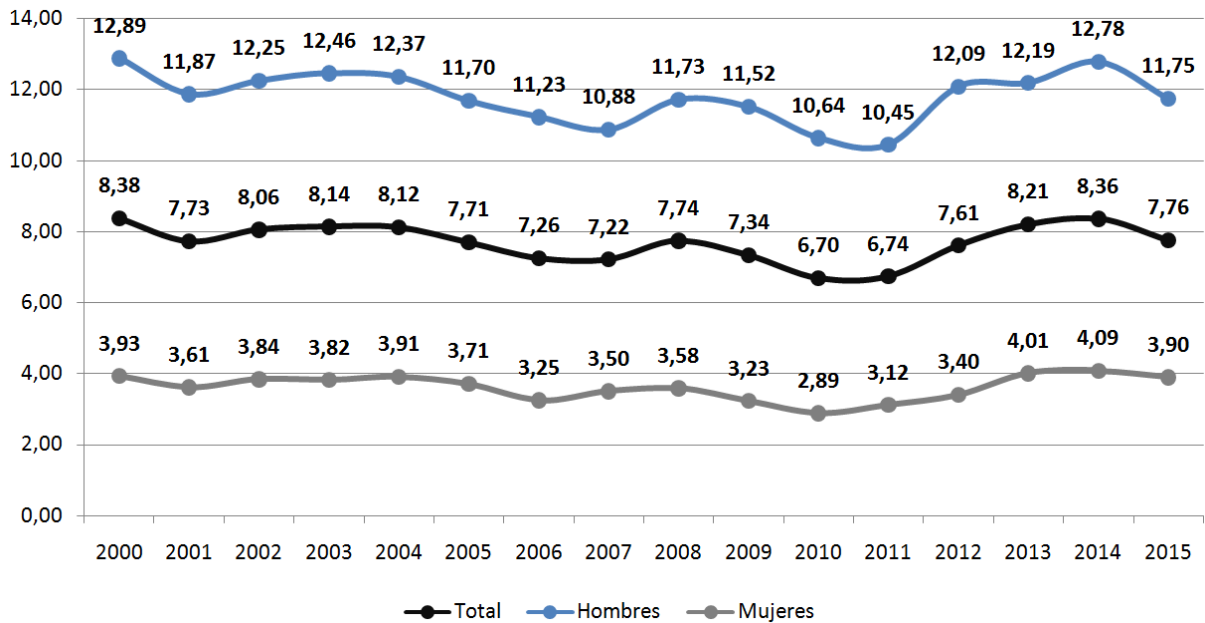
Según estas cifras las muertes por suicidio continúan duplicando el número de fallecidos en accidentes de tráfico.

En el gráfico 2 se representan las tasas brutas de suicidio por 100.000 habitantes en España desde el año 2000 a 2015. Atendiendo al sexo y para este periodo la mayor tasa en hombres se alcanzó en el año 2000 (12,89 fallecimientos por 100.000 habitantes) seguida de la del año 2004 (12,78 defunciones por 100.000 habitantes), y en el grupo de mujeres la mayor tasa fue en el año 2014 en el que la tasa alcanza el valor de 4,09.

En el año 2015, la tasa bruta de suicidio ha descendido tanto de forma global (7,76 fallecimientos por suicidio por 100.000 habitantes) como desagregada por sexo (11,75 y 3,90 fallecimientos por 100.000 habitantes hombres y mujeres, respectivamente).

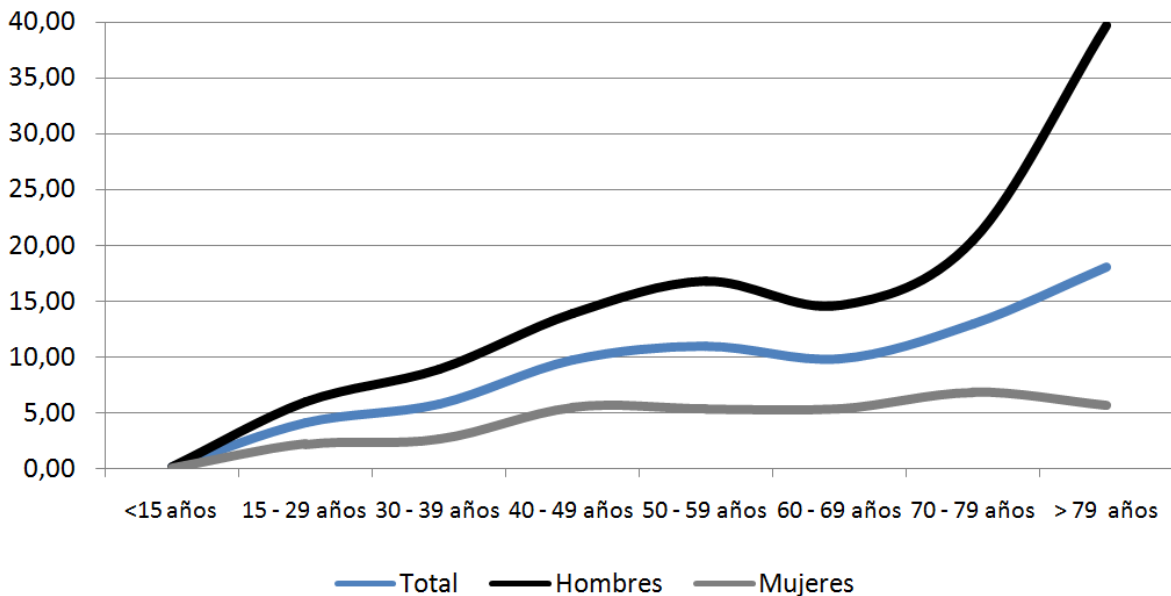
Analizando las tasas por subgrupos en función de la edad se observa que en las edades más avanzadas las tasas de suicidio aumentan, sobre todo en varones, siendo hasta cuatro veces superiores a las de las edades más tempranas (gráfico 3).

Gráfico 2. Tasas de suicidios / 100.000 habitantes por sexos en España, 2000-2015.



Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 3. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes, por edad y sexo en España, 2015.



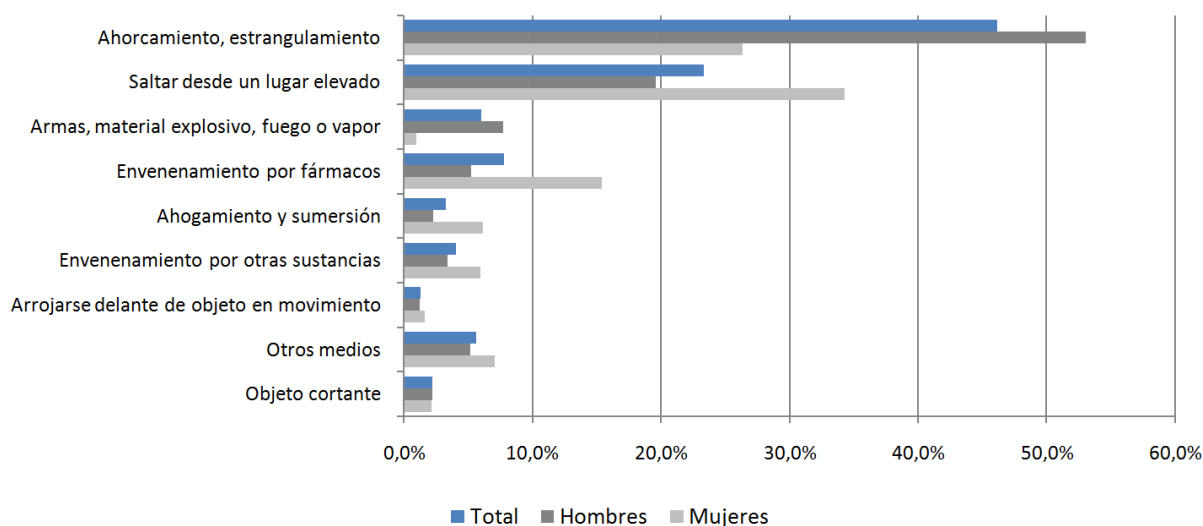
Fuente: Observatorio del Suicidio en España, 2017³⁶.

El ahorcamiento es el medio utilizado en casi la mitad de los suicidios, los hombres lo eligen más que las mujeres, cuyo método principal es saltar desde un lugar elevado. Otras diferencias en la elección del método según el género, son que la ingesta de fármacos y los envenenamientos son más usados por las mujeres, mientras que las armas de fuego lo son por los hombres (gráfico 4).

Con el fin de poder comparar los datos por comunidades autónomas, se calcularon las tasas

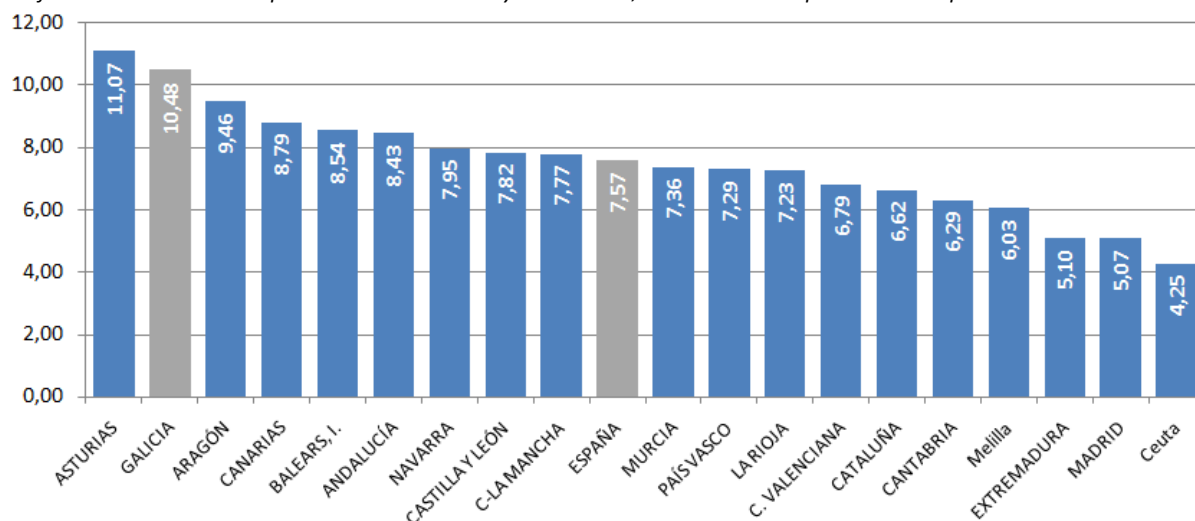
estandarizadas por edad y ajustadas a la población europea, que permiten efectuar comparaciones entre poblaciones que tienen estructuras de edad diferentes. Analizando estos datos, las que presentan mayores tasas estandarizadas son Asturias y Galicia, con 11,07 y 10,48 respectivamente, mientras que Ceuta, Madrid y Extremadura presentan las tasas más bajas (4,25, 5,07 y 5,10) (gráfico 5).

Gráfico 4. Porcentaje de suicidios según método utilizado en España, 2015.



Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 5. Tasa de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015, estandarizada a población europea de 2011.

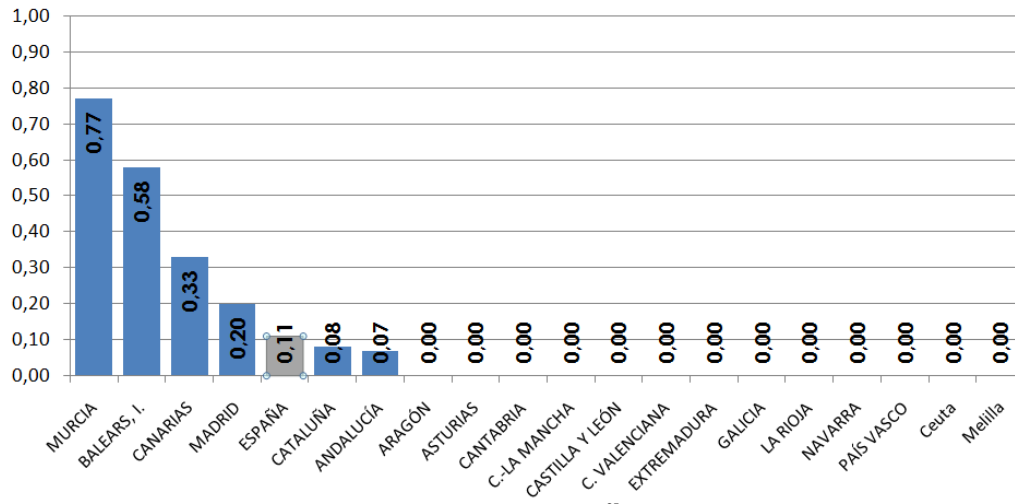


Fuente: Estadísticas INEbase, 2017³⁵

Sin embargo, un análisis de las tasas por rangos etarios muestra un comportamiento diferente en una misma comunidad autónoma.

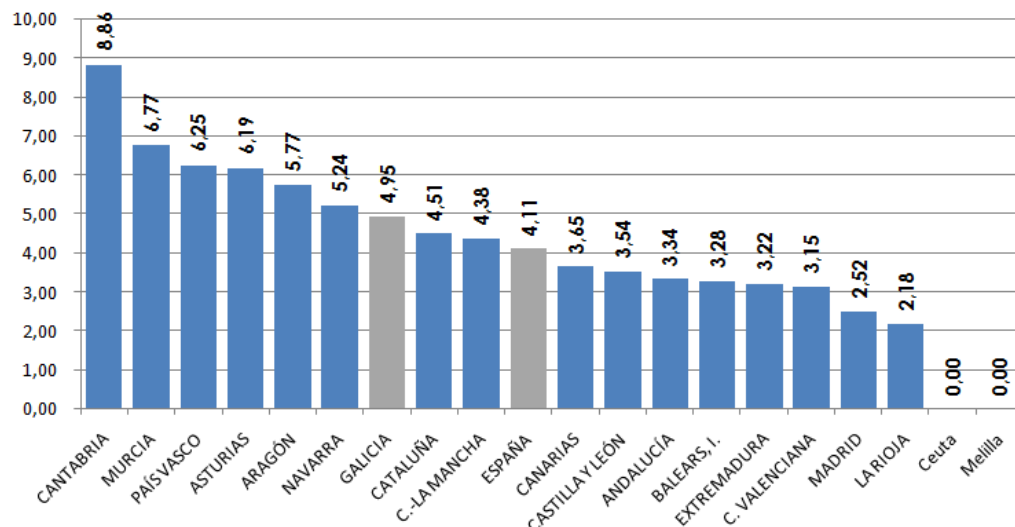
Así, Galicia, se sitúa entre la 3ª a 6ª en edades adultas, es la 7ª comunidad autónoma en las cifras de suicidio juvenil (15-29 años) y la 12ª en mayores de 84 años. Los gráficos 6 a 18 ilustran todo ello.

Gráfico 6. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. Menores de 15 años, ambos sexos.



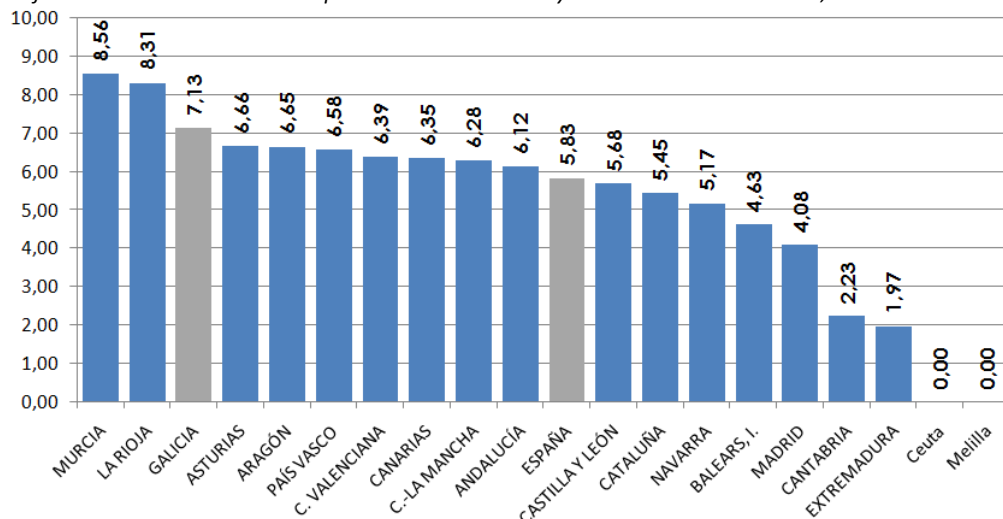
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 7. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. 15 a 29 años, ambos sexos.



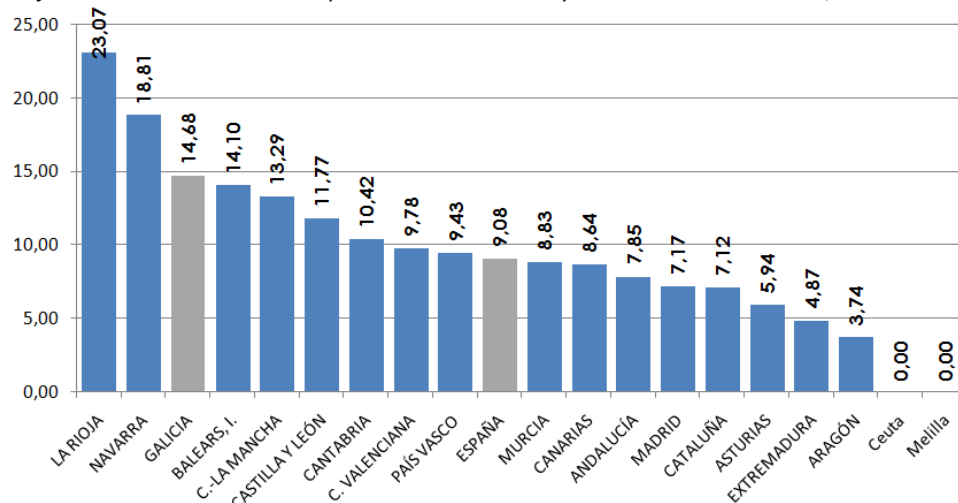
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 8. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. 30 a 39 años, ambos sexos.



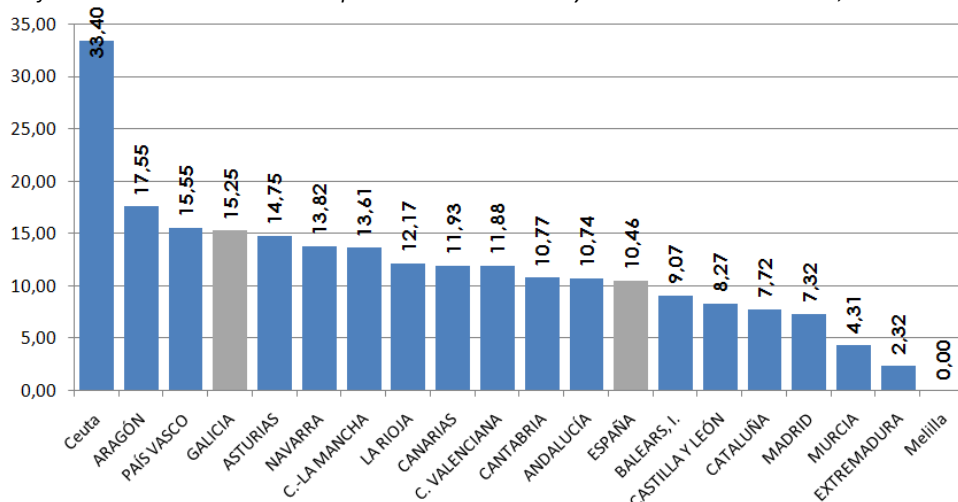
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 9. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. 40 a 44 años, ambos sexos.



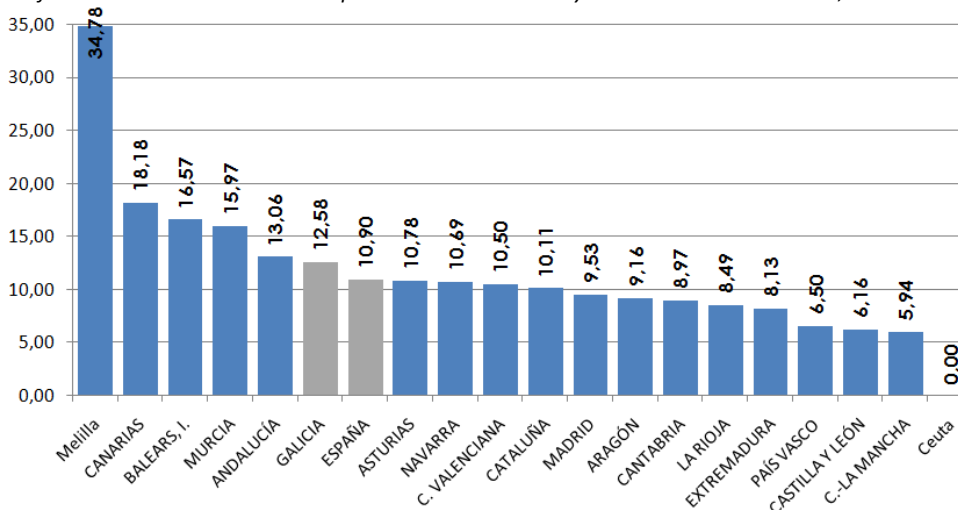
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 10. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. 45 a 49 años, ambos sexos.



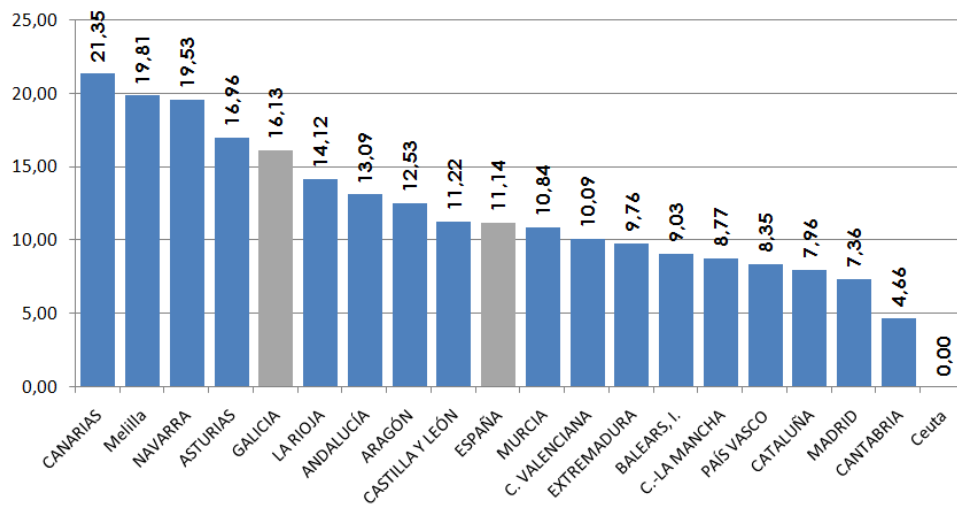
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 11. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. 50 a 54 años, ambos sexos.



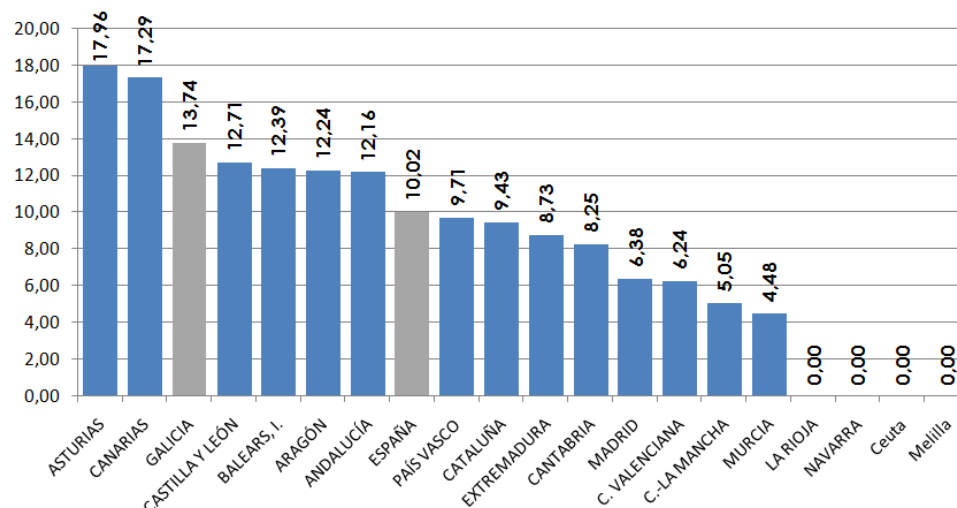
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 12. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. 55 a 59 años, ambos sexos.



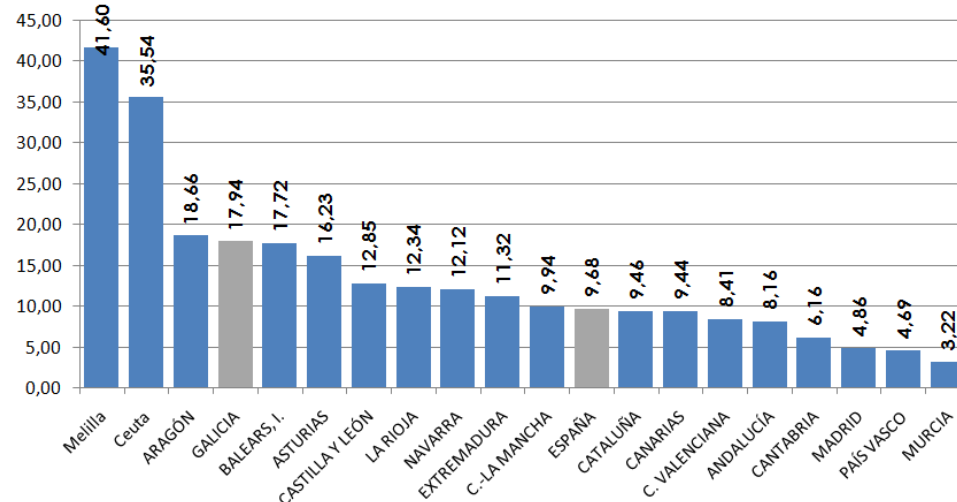
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 13. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. 60 a 64 años, ambos sexos.



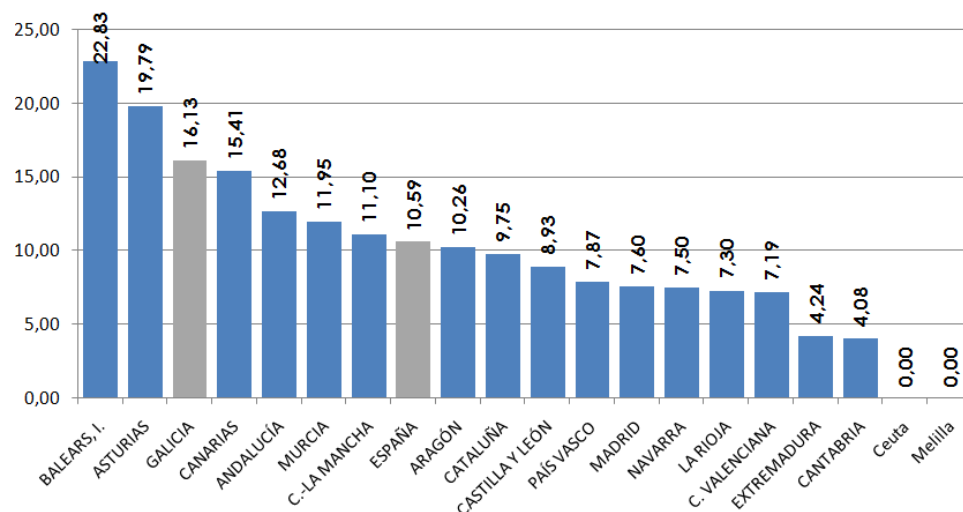
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 14. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. 65 a 69 años, ambos sexos.



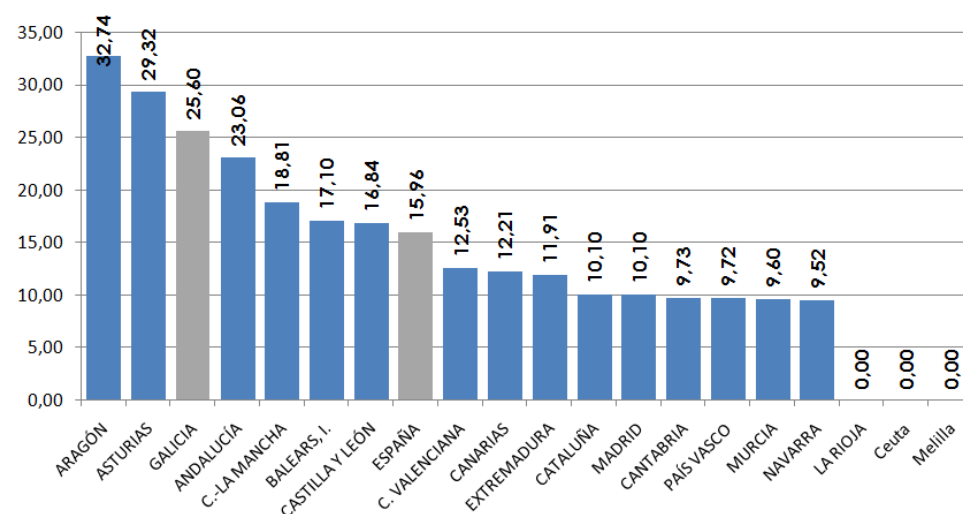
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 15. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. 70 a 74 años, ambos sexos.



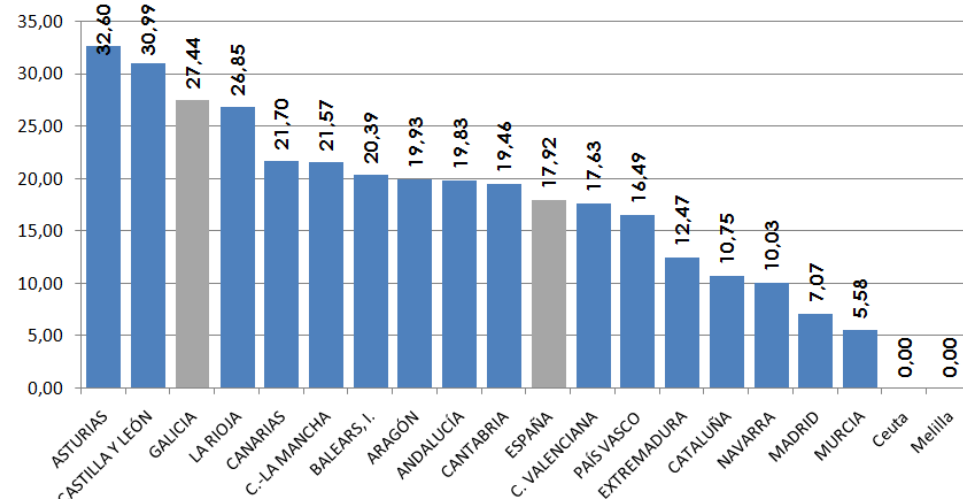
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 16. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. 75 a 79 años, ambos sexos.



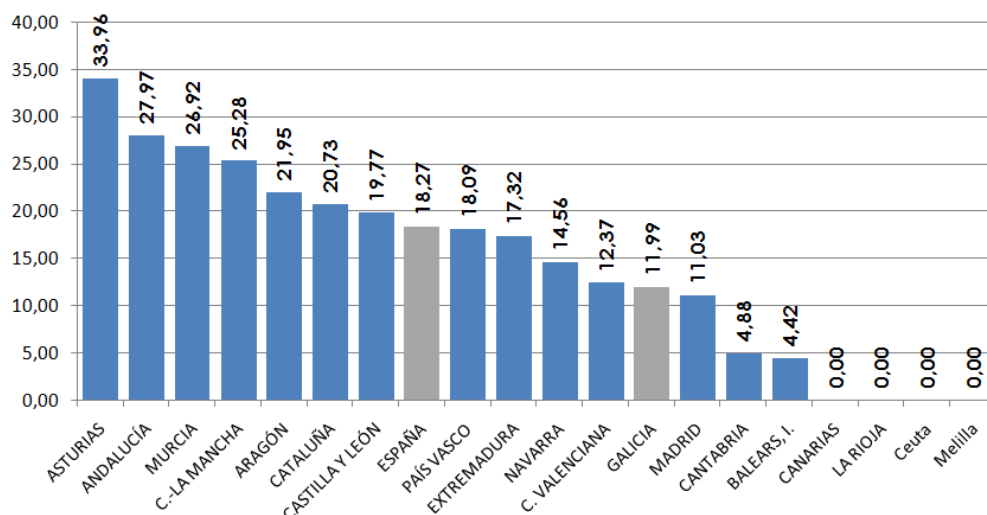
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 17. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. 80 a 84 años, ambos sexos.



Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 18. Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA 2015. Mayores de 84 años, ambos sexos.



Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Al analizar los intentos de suicidio, en España se cifran entre 50-90 por 100.000 habitantes/año³⁷, aunque las cifras reales son difíciles de estimar por la dificultad en la recogida de datos¹⁰. El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extra hospitalario de 28/100.000-habitantes³⁸ y de 170/100.000-habitantes en medio hospitalario³⁹.

Los datos recogidos por el INE muestran que el comportamiento suicida en España se superpone al del resto de la población mundial, siendo la mayoría de las muertes ocurridas en varones y aumentando las tasas en la población de mayor edad¹⁰.

Son factores de riesgo para realizar nuevas tentativas suicidas el ser joven, estar diagnosticado de trastorno de personalidad o padecer un trastorno por consumo de alcohol⁴⁰.

3.1.3. Mortalidad por suicidio en Galicia

Según los últimos datos disponibles del INE, en el año 2015 se produjeron en Galicia 318 fallecimientos por suicidio, lo que representa una disminución del 14,3% (-17,9% en varones y -3,3% en mujeres) con respecto al año 2014.

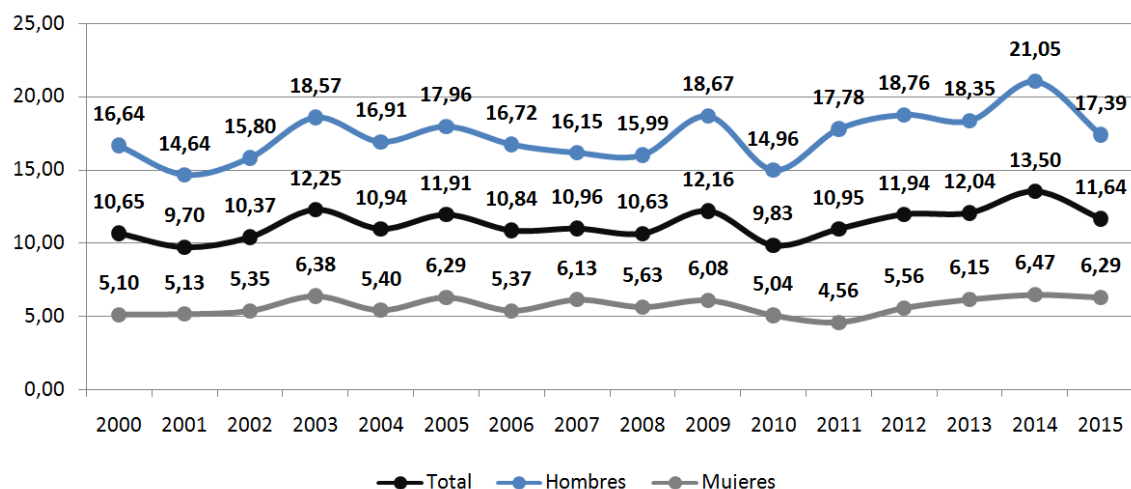
Según estos mismos datos y tomando el censo a 1 de enero de 2015 (gráfico 19), la tasa de suicidios por 100.000 habitantes en Galicia durante 2015 fue de 11,64 (17,39 en hombres y 6,29 en mujeres).

Galicia es la quinta comunidad autónoma en número total de suicidios, representando el 8,8% de los 3.602 suicidios registrados en España durante el año 2015 (gráfico 20).

En 2015, en Galicia el mayor número de suicidios (50) se produjeron en hombres entre los 40 y los 49 años en hombres y en mujeres de entre 70 a 79 años (18). Al igual que en España, las tasas de suicidio son mayores en los grupos de edad más envejecidos, especialmente en el grupo de varones (gráfico 21).

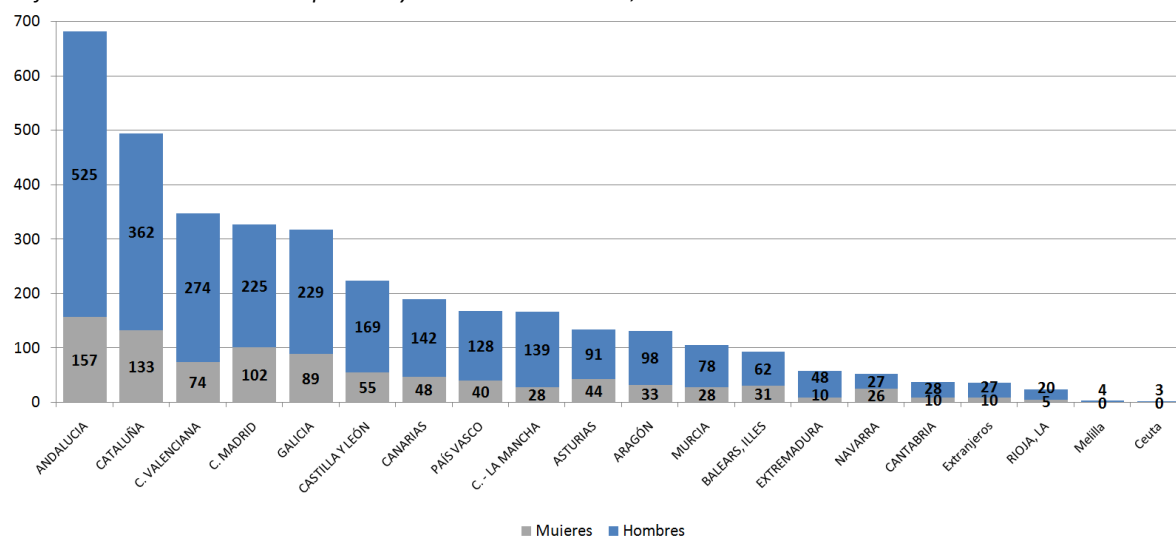
Los métodos también coinciden con los datos nacionales, siendo el ahorcamiento el medio utilizado en más de la mitad de los casos, seguido por la precipitación.

Gráfico 19. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes por sexo en Galicia, 2000-2015.



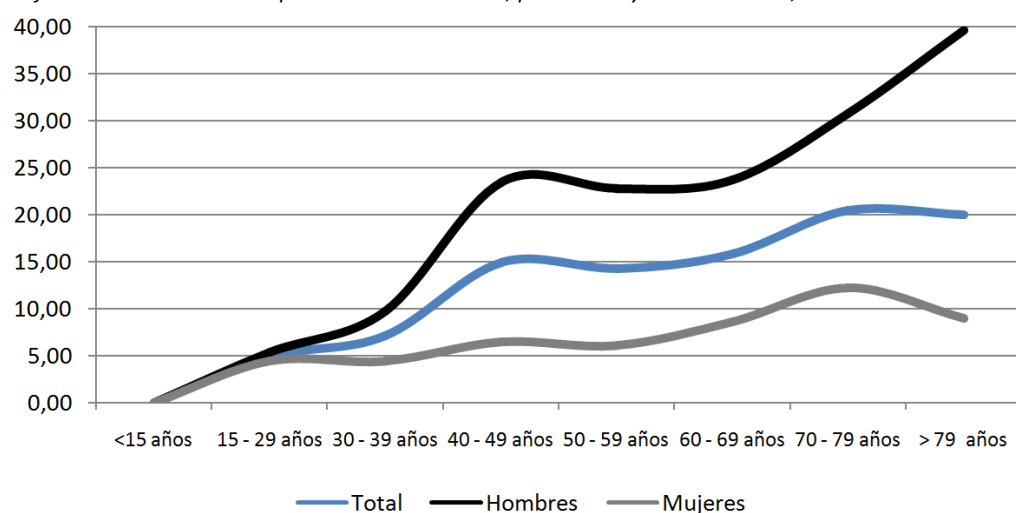
Fuente: Observatorio del Suicidio en España, 2017³⁶.

Gráfico 20. Número de suicidios por sexo y comunidad autónoma, 2015.



Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 21. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes, por edades y sexo en Galicia, 2015.

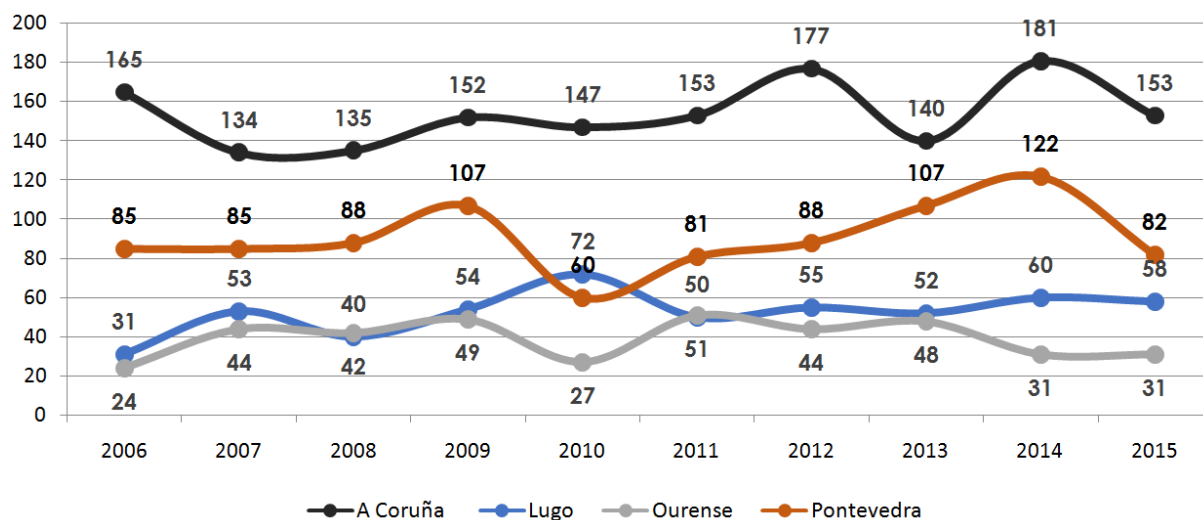


Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017³⁵.

Teniendo en cuenta los datos del Instituto de Medicina Legal de Galicia (Imelga) de 2006 a 2015, se observa como en este último año se produce un descenso del número de suicidios en todas las provincias con respecto al año 2014, excepto en Ourense, que se mantiene el número, continuando siendo la provincia con menor número de suicidios (gráfico 22).

Se observa una discrepancia entre los datos del IMELGA y el INE, al igual que en otras regiones españolas, ya que el proceso administrativo de adscripción de una defunción judicial a una causa es complejo e implica a varias administraciones, no estando libre de problemas metodológicos^{41,42}.

Gráfico 22. Número de suicidios en Galicia, por provincia, 2006-2015.

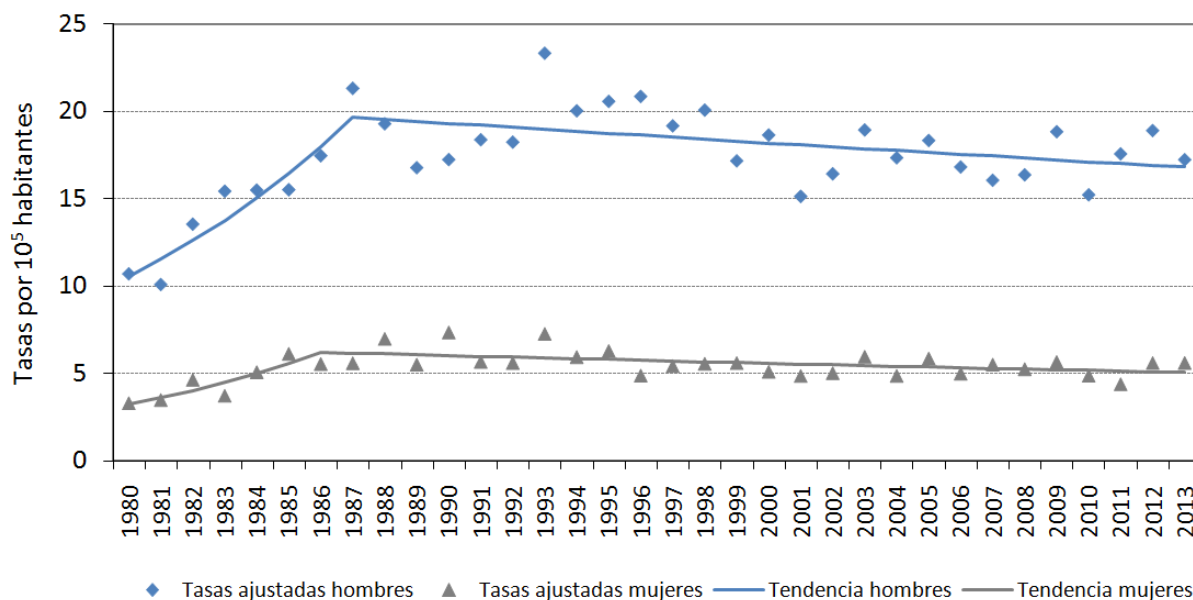


Fuente: Instituto de Medicina Legal de Galicia (Imelga)⁴³.

Según los datos de la Dirección General de Salud Pública en Galicia la tendencia del suicidio de 1980 hasta 1987 fue creciente y a partir de 1987 hasta la actualidad ha sido levemente decreciente en ambos sexos (gráfico 23 y tabla 7).

En el gráfico 24 se representan las tasas brutas de suicidio por provincias en el período 2006-2015, objetivándose una disminución en las tasas de las cuatro provincias en el año 2015.

Gráfico 23. Tendencia del suicidio en Galicia 1980-2013.



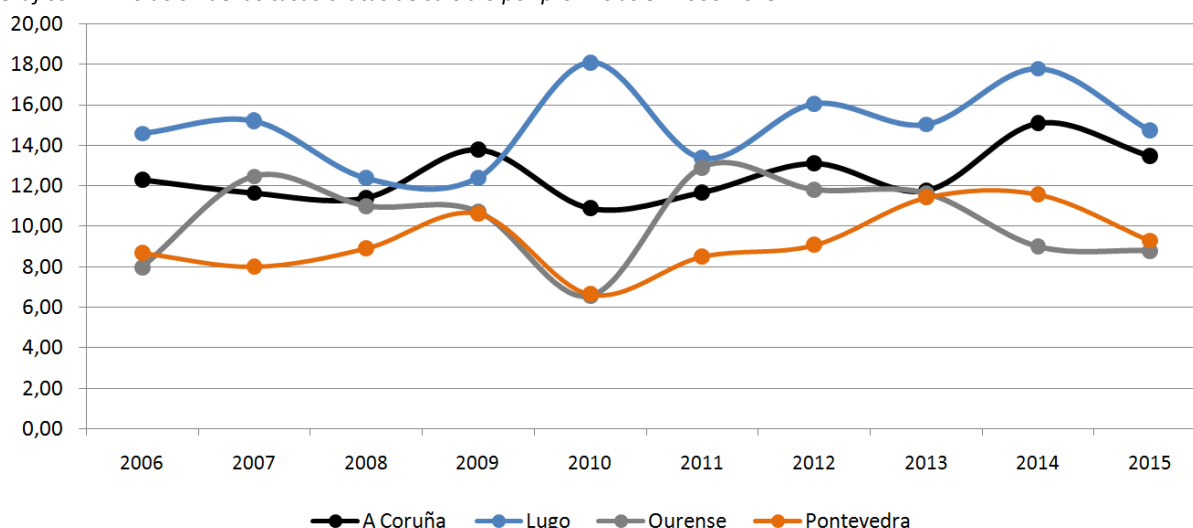
Fuente: Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia⁴⁴.

Tabla 7. Tendencia del suicidio en Galicia 1980-2013.

Sexo	Puntos de cambio (IC 95%)	Período	PCA (IC 95%)		Interpretación
Hombres	1987 (1985; 1989)	1980-1987	9,3	(5,4; 13,4)	Creciente
		1987-2013	-0,6	(-1,1; -0,1)	Levemente decreciente
Mujeres	1986 (1984; 1989)	1980-1986	11,1	(5,3; 17,2)	Creciente
		1986-2013	-0,7	(-1,3; -0,2)	Levemente decreciente
Total	1987 (1985; 1989)	1980-1987	9,3	(5,8; 12,8)	Creciente
		1987-2013	-0,6	(-1,1; -0,2)	Levemente decreciente

Fuente: Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia⁴⁴.

Gráfico 24. Evolución de las tasas brutas de suicidio por provincias en 2006-2015.



Fuente: Elaboración propia.

3.1.4. Suicidios y crisis económica en Galicia

Desde el Servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependencias, perteneciente a la Subdirección General de Planificación y Programación Asistencial se promovió el estudio *"Suicide mortality trends in Galicia, Spain and their relationship with economic indicators"*. Este estudio analiza la tendencia del suicidio en Galicia por sexos y grupos de edad y su relación con la crisis económica. En este se encuentra una tendencia negativa global de la tasa de suicidios en Galicia desde el año 1990, a excepción del grupo de varones con edades comprendidas entre los 45 y los 65 años en situación de desempleo (en las que la tasa permanece estable a lo largo del período estudiado de 1997 a 2012).

Este estudio contó con la colaboración de expertos nacionales en suicidología, psiquiatras y epidemiólogos para su elaboración, publicándose en el año 2015 en la revista *Epidemiology and Psychiatric Services*⁴⁵.

Sin embargo, los datos no son concluyentes ya que un estudio posterior realizado por investigadores de la Universidade da Coruña (*"Crisis, suicidio y pérdidas de productividad laboral en España"*)⁴⁶ concluyó que el descenso en el crecimiento económico y el desempleo aumentaron la tasa de suicidio y que la crisis económica que España experimentó en los últimos años puede haber influido en el aumento de las tasas de suicidio.

En 2017 se publican dos estudios donde se refleja que existe una asociación entre desempleo y suicidio⁴⁷ y que el PIB per cápita se relaciona inversamente con la tasa de suicidio en cada provincia española, intensificándose esta asociación en la población de mayor edad⁴¹.

A pesar de estos datos los autores destacan que el desempleo se asocia con el suicidio en momentos de estabilidad económica, pero no durante los periodos de crisis. Concluyendo que el desempleo y el suicidio tienen una relación compleja, modulada por la edad, el sexo y el ciclo económico.

3.2. Descripción de programas de prevención

A continuación, se detallan los principales programas de prevención de la conducta suicida desarrollados hasta la fecha en el ámbito internacional, europeo y nacional. En este análisis se identifican las medidas o recomendaciones que han resultado eficaces a la hora de implantar programas o planes de prevención del suicidio. Todas estas serán consideradas y adaptadas al Plan de Prevención del Suicidio en Galicia.

3.2.1. Organización de las Naciones Unidas

En 1996, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) publicó su primera Guía para desarrollar un Plan Nacional en Prevención del Suicidio⁴⁸, identificando las acciones primordiales en la prevención del suicidio.

3.2.2. Programas de prevención del suicidio de la OMS

El proyecto “Suicide Prevention” (SUPRE) es una iniciativa puesta en marcha por la OMS en 1999 donde se elaboraron una serie de documentos dirigidos a profesionales y grupos sociales relevantes en la prevención del suicidio, instrumentos que fueron traducidos y ampliamente difundidos, pero que requieren ser adaptados a las condiciones locales⁴⁹.

Específicamente, los nueve instrumentos son:

- Un instrumento para médicos generalistas⁵⁰.
- Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación⁵¹.
- Un instrumento para docentes y demás personal institucional⁵².
- Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud, que busca que estos profesionales estén informados y comprometidos a proporcionar atención⁵³.
- Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, dirigido a los administradores de correccionales⁵⁴.
- Un instrumento para establecer grupos de supervivientes que brinda las herramientas y pasos para la creación de grupos de apoyo mutuo para supervivientes de un suicidio⁵⁵.
- Un recurso para consejeros, elaborado como guía informativa para la educación de los consejeros sobre el riesgo y la prevención del suicidio⁵⁶.
- Un instrumento en el trabajo, dirigido a empleadores, sindicalistas, proveedores de programas de asistencia al empleado, directores de personal y trabajadores⁵⁷.

En 2005 la OMS recomienda la elaboración y aplicación de estrategias de prevención del suicidio con un enfoque multidisciplinar⁵⁸. Nuevamente la OMS en 2012⁵⁹ publicó un documento que pretende servir como marco de referencia a la hora de desarrollar una estrategia nacional efectiva para la prevención del suicidio. También en 2014⁹, la OMS publica el primer informe sobre el suicidio como un imperativo global. En este documento reúne los conocimientos actuales sobre el suicidio para poder tomar medidas inmediatas. El informe identifica los elementos clave que es preciso tener presentes a la hora de establecer una estrategia de prevención del suicidio.

3.2.3. Programas internacionales de prevención del suicidio

Diferentes países han desarrollado estrategias o han llevado a cabo diferentes iniciativas para la prevención del suicidio. Entre las iniciativas desarrolladas destacan la realización de las medidas o acciones que se resumen en la tabla 8.

En 2016 se desarrolló una revisión sistemática a nivel internacional que analiza las estrategias de prevención del suicidio desarrolladas durante los últimos 10 años⁶⁰, en esta revisión se incluyen una serie de medidas que podrían ser efectivas y deberían incluirse en los planes nacionales de prevención del suicidio, entre las que destaca:

- La restricción del acceso a medios letales: existe una fuerte vinculación entre esta medida y la disminución de las tasas de suicidio.
- Sensibilización y educación: la evidencia demuestra la importancia en la reducción de los intentos de suicidio de los programas de sensibilización que hacen énfasis en la información sobre salud mental y suicidio en las escuelas.
- Formación y capacitación: las intervenciones que incluyen programas de capacitación a médicos, figuras clave o especialistas de información, etc., podrían asociarse con la disminución de las tasas de suicidio.
- Tratamiento farmacológico: en las personas de edad avanzada con depresión hay un claro efecto beneficioso de este tratamiento y la disminución del intento y riesgo de suicidio.
- Psicoterapia: los datos avalan la eficacia de las psicoterapias (terapia cognitivo conductual, terapia dialéctica conductual, etc.). Es importante incluir y analizar otros componentes del tratamiento, tales como el desarrollo de alianzas terapéuticas, el papel de la gestión de casos y el papel y responsabilidad de la comunidad en el tratamiento de la conducta suicida.

- Medios de comunicación: éstos deberían ser utilizados en colaboración con los periodistas, como un canal para educar, sensibilizar e informar de forma apropiada al público en general.
- Internet y líneas de ayuda: los estudios muestran un efecto positivo del uso del teléfono e internet, ya sea de forma directa o indirecta en la ideación suicida (mediante una llamada personal o a través de SMS o chat), y especialmente en personas con antecedentes de intentos repetidos de suicidio.

3.2.4. Otros programas de prevención en la Unión Europea

A lo largo de estos últimos años se han realizado diversos programas de prevención de la conducta suicida en Europa.

Algunas comunidades autónomas han participado en ellos, tal como se relaciona en la tabla 9.

3.2.5. Programas de prevención del suicidio en el Sistema Nacional de Salud

La situación de la prevención del suicidio en las diferentes comunidades autónomas es, como en otros ámbitos, muy variable. Se resume en la tabla 10.

Tabla 8. Medida/acción para la prevención de la conducta suicida en el ámbito internacional

País	Medida/acción para la prevención de la conducta suicida.
Argentina ⁶¹	LEY NACIONAL: • Habilitación de una línea telefónica de escucha. • Asistencia: provisión de un equipo multidisciplinar; vigilancia epidemiológica en la comunidad.
Australia ⁶²	PLAN MARCO • Importancia de la investigación y la evidencia, así como de la compartición de conocimiento y buenas prácticas en prevención de suicidios. • Integración local, regional y nacional de servicios relacionados con la atención al suicidio. Conlleva la creación de herramientas tecnológicas de compartición de información. • Políticas de promoción de la salud y del bienestar mediante estrategia educativas y apoyo a instituciones que fomenten las relaciones emocionales y los entornos familiares.
Canadá ⁶³	ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO • Promoción de un lenguaje que reduzca la estigmatización. • Importancia de la integración y el acceso para la prevención: elaboración de guías, protocolos y planes de cuidado. • Evaluación de los programas puestos en marcha. • Asegurar fondos a organizaciones que promuevan la prevención del suicidio. • Campaña “El suicidio es un problema de todos”. OTROS: • Centre for Suicide Prevention: Webinars educativos. • Lifeline app: guías, ayuda y línea telefónica. • Campaña: Stopsayingcommit# (para la eliminación del lenguaje que causa estigma).
Chile ⁶⁴	PROGRAMA NACIONAL: • Sistema de Estudio de Casos: registro de intentos de suicidio. OTROS: • Campaña nacional “SOS: Prevención del Suicidio”, creada por la Jefatura de Homicidios.
China ⁶⁵	OTROS: • Proyecto STOP. “La depresión se trata y el suicidio se prevé”.

EEUU ⁶⁶	ESTRATEGIA NACIONAL: • Desarrollo de programas que fomenten el bienestar y prevengan el suicidio. • Vigilancia, investigación y evaluación. OTROS: • Desarrollo de programas específicos (Fuerzas Armadas, Comunidades Indígenas, veteranos, suicidio adolescente, subvenciones, etc.). Programa Zero Suicides. • SAMSHA: Línea de ayuda telefónica nacional que conecta todas las líneas locales. • Centros de investigación y promoción (recogida de datos a modo de observatorio, implementación de la Estrategia Nacional, Red de ONGs del área).
Finlandia ⁶⁷	ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO • Elaboración de 40 subprogramas desde una perspectiva de cooperación y networking. OTROS • Autopsia psicológica: revisión del proceso previo al suicidio.
Francia ⁶⁸	PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO 2011-2014. • Control de la información sobre el suicidio en internet. • Prevención del suicidio en el entorno laboral. OTROS: • Infosuicide France: envío boletines informativos. • Observatorio Nacional: evaluación de políticas de prevención del suicidio, elaboración de un informe anual y recomendaciones. • Help: línea telefónica de ayuda al extranjero (en inglés).
Inglaterra ⁶⁹	ESTRATEGIA NACIONAL: • Guías para grupos e instituciones específicos. • Fomento de la investigación, la recopilación de datos y la evaluación. OTROS: • Campaña nacional “Campaign against leaving miserably: CALM” que busca reducir la tasa de suicidio masculina en UK. • Centros para la investigación y la promoción (SBSP).
Noruega	PLAN NACIONAL: • Generación de conocimiento mediante la investigación sistemática. • Información y evaluación: medir la utilidad del plan a través de evaluaciones externas e internas. OTROS: • National Centre for Suicide Research and Prevention NSSF. Un centro nacional de investigación y 5 regionales. • Revista Nacional sobre Suicidiología.
Suecia	PROGRAMA NACIONAL: • Mejorar las condiciones de vida de los grupos más desfavorecidos. • Reducir el consumo de alcohol en general y en los grupos de riesgo. • Diseminar el conocimiento basado en evidencia de prácticas relacionadas con la prevención del suicidio. • Apoyo a ONGs. • Guías para la prevención del suicidio. OTROS: • NASP: National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill –Health.
Uruguay ⁷⁰	PLAN NACIONAL: • Programa educativo para el fortalecimiento de la autoestima, manejo adecuado de los conflictos, desarrollo de habilidades para la vida, etc. • Programa de alcance nacional de Promoción y Prevención de la Salud en el ámbito escolar, focalizado en habilidades para la vida, impulsando el fortalecimiento de los factores protectores psicosociales y la autoestima. • Desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Información en IAE y suicidios.

Tabla 9. Medida/acción para la prevención de la conducta suicida en el ámbito europeo

Programa	Descripción
EAAD (European Alliance Against Depression)	La 'Alianza Europea contra la Depresión' (EAAD) es un proyecto de intervención de la depresión en diferentes grupos sociales: población general, médicos de familia y centros sociales⁷¹. En España su aplicación se centró en el distrito barcelonés de la Dreta de l'Eixample, pero se han realizado programas de prevención basados en el modelo de la EAAD en Barcelona, Sabadell y Gipuzkoa.
PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU) y Programa iFightDepression.	- PREDI-NU es acrónimo de "Prevención de la depresión y mejora de la sensibilidad a través de las redes en la UE". Se enmarca en el Plan de Acción de e-Health 2012-2020 y seguirá desarrollándose a través de la EAAD. En él participó el Hospital Santa Creu y Sant Pau de Barcelona y el Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell⁷². - El proyecto busca la promoción de la salud mental y la prevención de la depresión y las tendencias suicidas a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Para esto ha desarrollado una herramienta en internet de autogestión para la depresión leve a moderada⁷³ y el programa iFightDepression, un programa on-line de autoayuda para personas con depresión leve-moderada, basado en la terapia cognitivo-conductual y con soporte de profesionales de la salud.
EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide).	- Liderados por la Univ. de Verona (Italia), 15 socios (3 de ellos españoles) de 9 países europeos se han unido para encontrar las mejores prácticas en prevención del suicidio y elaborar documentación que sirva para contribuir a la prevención de conductas suicidas en Europa, a través del desarrollo y la implementación de estrategias para su prevención primero a nivel regional y posteriormente en toda la Unión Europea (UE)⁷⁴. - Para el cumplimiento de los objetivos específicos se han desarrollado una serie de paquetes de trabajo (WP) que, sin duda, son de las mejores aportaciones para la prevención institucional de la conducta suicida⁷⁵.
SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe).	- SEYLE es un programa de promoción de la salud para los adolescentes implementado en las escuelas europeas. El proyecto se llevó a cabo en 12 países europeos entre enero de 2009 y diciembre de 2011. España participó a través de la Universidad de Oviedo⁷⁶. - El análisis longitudinal identificó mejoras siguiendo las intervenciones de SEYLE⁷⁷.
MONSUE (European Multicentre Study on Suicidal Behavior and Suicide Prevention).	En el proyecto MONSUE intervinieron 23 países (entre ellos España a través de la Universidad de Oviedo). Este estudio comparó los datos de suicidio e intentos de suicidio en una muestra de 4.683 sujetos⁷⁸, proponiendo en base a sus resultados varias líneas estratégicas para la prevención del suicidio en Europa.
SUPREME (Suicide Prevention through Internet and Media Based Mental Health Promotion)	- El proyecto SUPREME es un programa multicéntrico europeo en el ámbito de la salud mental⁷⁹, comenzado en septiembre de 2010, de duración de tres años y con la intervención de 11 países. España participó por medio del IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas) de Barcelona. - El proyecto buscaba prevenir el suicidio y problemas de salud mental en jóvenes entre 14 y 24 años mediante la creación de una página web interactiva. Su diseño se basó en las preferencias de los jóvenes, conocidas a través de grupos focales y entrevistas⁷⁹.
MASTERMIND (Management of Mental Health Disorder through Advanced Technology and Services-Telehealth for the MIND)	- El proyecto Mastermind busca ampliar la accesibilidad al tratamiento para la depresión usando las TIC. Participan 11 países de la UE, entre ellos España (Servizo Galego de Saúde, Servicio Aragonés de Salud, Serveis Assistencials Badalona y Osakidetza). - Mastermind implementa dos proyectos a lo largo de Europa: una Intervención Terapéutica Cognitiva Conductual Computerizada y un Servicio de Atención Colaborativa en Salud Mental por Videoconferencia.

Tabla 10. Medida/acción para la prevención de la conducta suicida en el SNS.

C. Autónoma	Situación
Andalucía	En el II Plan Integral de Salud Mental (PISMA) (2008-2012) se desarrollaron varias acciones para contribuir a la prevención del suicidio. Una de las principales es la participación en el Proyecto Europeo Euregenas (2012-2014). En el III PISMA (2016-2020)⁸⁰ la prevención del suicidio se plantea como una línea transversal.
Asturias	Se están desarrollando acciones específicas a través de la Universidad de Oviedo, que ha participado en los programas europeos SEYLE y MONSUE y ha desarrollado el Programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC)^{81,82}, programa de prevención del suicidio en personas que habían acudido en el periodo del 1 de enero de 2011 al 30 de junio de 2013 al servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias por haber realizado una tentativa suicida.
Castilla y León	Participó en el Proyecto Europeo Euregenas. Además, en 2013 realizó en el Hospital Clínico de Valladolid un estudio de los intentos de suicidio atendidos en urgencias y realizó un estudio cualitativo de atención a familiares de personas fallecidas por suicidio. Dispone de un protocolo de intervención consensuado entre los centros de salud y de salud mental.
Cataluña	Cataluña ha sido una comunidad pionera en la prevención del suicidio, implementando el Programa de Prevención de la Conducta Suicida en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona⁸³, y el Programa de Prevención en Sabadell⁸⁴. Recientemente ha creado el Programa Codi Risc Suïcidi (CRS), a nivel autonómico⁸⁵, en el que los pacientes se incluyen en el programa según una clasificación en base al riesgo suicida evaluado según la escala MINI.
C. de Madrid	- La Comunidad de Madrid ha desarrollado varios programas piloto (pilotaje del Proceso integrado de ansiedad y depresión con Atención Primaria o pilotaje de un programa de prevención basado en el modelo EAAD y que se desarrolla en el Hospital 12 de Octubre y la Fundación Jiménez Díaz). - Se ha implantado un programa de seguimiento intensivo de pacientes que han intentado suicidarse (Programa Código 100)⁸⁶, desarrollado desde la Fundación Jiménez Díaz y el SAMUR-Protección Civil de Madrid. - En esta misma línea, se ha implementado, a través del código ARSUIC (Atención al Riesgo Suicida) un procedimiento de consulta en Salud Mental en el plazo máximo de una semana tras el alta en urgencias por intento suicida. - Ha editado y distribuido también varias guías para pacientes, familiares y profesionales.
La Rioja	La Rioja se encuentra en fase final de elaboración del III Plan de Salud Mental 2016-2020⁸⁷, el cual da importancia a la prevención y abordaje de la conducta suicida. Esta comunidad tiene previsto elaborar posteriormente un Plan específico de Prevención del Suicidio.
R. de Murcia	- Desde el año 2015, el Servicio Murciano de Salud (SMS) cuenta con un grupo de trabajo en la Subdirección de Programas de Salud Mental para la valoración del riesgo suicida desde los servicios de urgencias de los principales hospitales generales. Igualmente, cuenta con una página web de divulgación sobre la conducta suicida y su prevención (http://www.murciasalud.es/). - Tiene previsto desarrollar un proyecto piloto de prevención de la conducta suicida tras el alta hospitalaria en el Área de Salud IV-Noroeste.
Navarra	- En 2014, el Gobierno de Navarra creó el Protocolo de colaboración institucional de prevención y actuación ante conductas suicidas. Este otorga especial importancia a la prevención de la conducta suicida en adolescentes y mayores a través de la coordinación ad hoc entre servicios sanitarios, sociales y educativos. - En esta comunidad foral también se tiene previsto implantar un perfil de riesgo en su sistema de información sanitaria que permita identificar y realizar un mejor seguimiento de estos pacientes. - A nivel investigador, se ha llevado a cabo un estudio que analiza en detalle el intento y la conducta suicida entre los años 2010 y 2014⁸⁸.
País Vasco	- La Red de Salud Mental de Álava, el Hospital Universitario de Álava y el Instituto Vasco de Medicina Legal están trabajando en una comisión para el estudio y prevención del comportamiento suicida y apoyo a profesionales. - La Red de Salud Mental de Bizkaia, junto con el hospital de Cruces y San Eloy están llevando a cabo un proyecto piloto de detección y seguimiento de pacientes en riesgo suicida a través de la identificación por medio de un código diagnóstico único para la tentativa de suicidio, la atención

C. Autónoma	Situación
	por parte del servicio de psiquiatría de la totalidad de las tentativas atendidas en los servicios de urgencias, la concertación de cita preferente (menos de siete días) en el centro de salud mental en los casos en los que no se produce ingreso hospitalario y, en el caso de ingreso, la activación de una alerta de riesgo por parte del psiquiatra de su CSM en Osabide (sistema de información sanitaria de Osakidetza). • La Red de Salud Mental de Gipuzkoa durante 2013 y 2014 desarrolló en dos de sus Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) un programa de prevención, en el marco de la EAAD. • En colaboración con el Instituto de Medicina Legal, la Red de Salud Mental de Gipuzkoa también está elaborando un mapa de suicidios y tentativas e impartiendo talleres para los medios de comunicación y facilitadores sociales.
C. Valenciana	• La Generalitat Valenciana presentó en mayo de 2017 el ‘Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida’, que prevé acciones concretas para prevenir, mejorar la detección precoz del riesgo de suicidio y formar a los profesionales además de reforzar la coordinación entre el ámbito sanitario y el resto de los agentes implicados en la prevención del suicidio.

3.3. Descripción del abordaje actual de la conducta suicida en Galicia

En los apartados siguientes se incluyen diferentes actuaciones que se realizan en Galicia para abordar y prevenir la conducta suicida.

3.3.1. Estructura de Gestión Integrada de A Coruña

El Servicio de Psiquiatría de A Coruña dispone de un **protocolo de actuación de la conducta suicida**, desde enero de 2012, en coordinación con el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de A Coruña realizado por un grupo de consenso con facultativos de ambos servicios aprobado por la dirección del Centro. En él se explicitan las pautas de actuación clínica en el manejo de los pacientes que, acudiendo al servicio de Urgencias, presentan riesgo o tentativa autolítica.

Este protocolo se complementa con la **Guía de Intervención del Servicio de Psiquiatría en la Actividad Urgente del 2010**, en donde se articula la coordinación con atención primaria, servicios especializados, atención a urgencias y emergencias, en lo relativo a la asistencia en urgencia psiquiátrica y, dentro de ella, se remarca la conducta suicida y agitada.

Desde el año 2014 dispone de una vía de consulta rápida para pacientes con riesgo de conducta suicida que acuden al Servicio de Urgencias, ofreciendo un estrecho seguimiento de estos pacientes evitando ingresos hospitalarios y facilitando la transición al seguimiento ambulatorio con su psiquiatra de referencia. Es el denominado **Programa de alta resolución en Psiquiatría (2015)**

que garantiza la visita en una semana y permite un seguimiento de 6 meses.

Asimismo, y desde 2014, dispone de lo que denominamos **UCEP (Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica)** que parte de las recomendaciones efectuadas por un comité de expertos del Servicio de Psiquiatría y Urgencias de nuestra área, en donde plantean las condiciones de ubicación y asistencia en el servicio de urgencias de los pacientes de riesgo medio que implica a las familias, permitiendo un período de observación de 12, 24 y 48 horas.

De este modo, el programa de actuación ante la conducta suicida se establece en dos lugares, el Servicio de Urgencias y la UHP (Unidad de Hospitalización Psiquiátrica) de Agudos, en donde se dispone del **Programa de corta estancia**, que consta de dos camas para los casos más graves que precisan al menos ingreso de 24-48 y 72 horas, tras los mismos se efectuará el paso a la consulta o al ingreso en el sistema general de la UHP.

El Servicio de Psiquiatría de la EOXI de la Coruña ha realizado tesis doctoral y publicaciones sobre la conducta suicida, los factores de riesgo, la epidemiología y la influencia de la crisis económica. En la actualidad tiene dos tesis en elaboración sobre estos temas.

En junio 2015 se ha implantado el Protocolo para pacientes ingresados con riesgo suicida en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, que incluye escalas de valoración riesgo y exploración, tanto al paciente como a familiares.

3.3.2. Estructura de Gestión Integrada de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras

El **Programa de Intervención Intensiva (PII)** en conducta suicida del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO) está en funcionamiento desde el año 2009.

Sus objetivos son:

- Prevenir intentos de suicidio en pacientes con ideas o intentos de suicidio recientes.
- Mejorar la asistencia ofreciendo el mejor tratamiento disponible en base a la evidencia científica, garantizando además que sean atendidos en el menor tiempo posible.
- Incrementar la detección de pacientes de riesgo subsidiarios de recibir asistencia específica.

Los pacientes son derivados al PII desde el servicio de urgencias de psiquiatría, unidad de hospitalización psiquiátrica, la interconsulta hospitalaria o los médicos de familia.

Se incluyen pacientes que presentan ideación autolítica o que han realizado intentos o gestos de suicidio y se valora la derivación en casos de ideas de muerte o sospecha de riesgo.

La duración del tratamiento es de seis meses, con una consulta de seguimiento al año de inicio del mismo. Hay dos tipos de consultas, las presenciales con psiquiatría, psicología clínica y enfermería y consultas telefónicas realizadas por enfermería entre las sesiones presenciales. Así mismo, se realiza seguimiento mediante llamada telefónica a los pacientes que no acuden a consulta, con el objetivo de aumentar la adherencia y minimizar abandonos.

El PII cuenta con un teléfono de apoyo a los profesionales de atención primaria para la evaluación de riesgo de suicidio, así como su manejo inicial. El paciente dispone de un teléfono directo para llamar, de lunes a viernes por la mañana; en caso de urgencia fuera de este período, los pacientes pueden acudir a los servicios de urgencias del CHUO.

Previamente al inicio del programa se realizó formación en prevención e intervención precoz en la conducta suicida a profesionales de Atención Primaria, formación que se está retomando actualmente.

En relación a la conducta suicida, se han realizado diversos trabajos de investigación:

- Evaluación del Programa de Intervención Intensiva de conducta suicida⁸⁹.
- Satisfacción y utilidad percibidas por los pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención del suicidio⁹⁰.
- Autopsia psicológica⁹¹.
- Análisis de notas de suicidio⁹².

El PII colabora con otros organismos tales como el Instituto de Medicina Legal de Galicia IMELGA, participa en la reunión intersectorial de Violencia de Género y ha colaborado en el grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida.

3.3.3. Estructura de Gestión Integrada de Pontevedra e O Salnés

En el área de Pontevedra existe un protocolo de atención preferente para los pacientes con riesgo de suicidio en las Unidades de Salud Mental, con un período de atención no superior a las 48 horas tras la detección del riesgo de suicidio por parte de los profesionales sanitarios. Así mismo, existe un protocolo específico de prevención de conductas suicidas en la Unidad Hospitalaria de Psiquiatría de usual manejo por el equipo de la unidad y se ha formado un grupo de trabajo para incorporar herramientas de valoración de riesgo de suicidio en el historial clínico electrónico con el fin de mejorar las habilidades de los profesionales para evaluar el riesgo de suicidio y evitar la variabilidad clínica.

3.3.4. Estructura de Gestión Integrada de Santiago de Compostela

Existe un protocolo para la atención al paciente con intento de suicidio en el que se recogen, entre otras medidas, la atención del paciente dentro de los 5 días posteriores a la tentativa y la inclusión en terapia grupal en caso de reiterarse.

La necesidad de cita preferente se documenta en el hospital dejando constancia del plazo deseable de la cita, el profesional al que va referido (psiquiatra, psicólogo), la identificación del paciente y la firma del psiquiatra de urgencias solicitante. Los pacientes que acuden nuevamente a urgencias por tentativa autolítica, a pesar de la atención en cita preferente y dentro de un plazo de 3 meses, se derivará a una intervención grupal de pacientes con riesgo de suicidio.

3.3.5. Estructura de Gestión Integrada de Ferrol

En el Área Sanitaria de Ferrol se viene articulando de forma asistencial e investigadora un Programa de Prevención de Conducta Suicida adscrito al Área de Hospitalización en coordinación con el Programa de Urgencias Psiquiátricas.

A nivel asistencial en el programa se lleva a cabo la evaluación de riesgo suicida e intervención en crisis, asegurando la valoración, tratamiento y seguimiento de pacientes con riesgo autolítico mediante:

- La evaluación psiquiátrica e intervenciones terapéuticas individuales y/o familiares y tratamiento psicofarmacológico si se precisa.
- La evaluación psicológica y tratamiento psicológico individual o de grupo si estuviera indicado.

El programa a este nivel ha establecido los criterios de actuación en el servicio de urgencias hospitalario en el caso de detección de pacientes con conducta y/o ideación suicida, las vías de derivación al programa de prevención, las intervenciones por parte del psiquiatra y psicoterapeuta, la forma de registro de los pacientes incluidos en el programa. Se describen también los profesionales que intervienen, los criterios y la forma de transferencia asistencial del paciente a la unidad de salud mental correspondiente.

A nivel investigador tiene como objetivo tratar de conocer, contextual y evolutivamente, la realidad sociodemográfica y clínica de los pacientes con riesgo de suicidio, así como, facilitar la valoración de la eficacia/ineficacia de los tratamientos y estrategias seguidas por el Programa de Prevención, con el fin de mejorar la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes.

El Servicio de Psiquiatría de la EOXI de Ferrol mantiene desde 2009 tres líneas de investigación en este ámbito: a) epidemiología de la conducta suicida, b) genética de la conducta suicida y c) características de los suicidios consumados, contando con la autopsia psicológica, en colaboración con el Instituto de Medicina Legal de Galicia (Imelga).

3.3.6. Estructura de Gestión Integrada de Vigo

En el Área Sanitaria de Vigo se ha desarrollado un protocolo de actuación para estandarizar el manejo y el tratamiento urgente de pacientes con

posible patología psiquiátrica en el Servicio de Urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo⁹³.

El protocolo tiene como objetivos:

- Aplicar pautas de actuación clínica en el manejo de pacientes con una posible patología psiquiátrica que acuden al Servicio de Urgencias para la mejora de la calidad asistencial.
- Facilitar a los profesionales del Servicio de Urgencias y Servicio de Psiquiatría, el acceso a recomendaciones basadas en la evidencia disponible para ayudar a la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada a pacientes con posible patología psiquiátrica.

Cuando la situación de urgencia es motivada por la presencia de ideación o conducta suicida, el protocolo define conceptos, incluye posibles factores de riesgos y contempla las actuaciones a seguir y la evaluación del riesgo suicida.

3.3.7. Estructura de Gestión Integrada de Lugo, Cervo y Monforte de Lemos

En el servicio de psiquiatría de Lugo, en colaboración con el IMELGA, se está llevando a cabo un estudio sobre el suicidio consumado que incluye todos los casos de suicidio de la provincia de Lugo desde el año 2007. El objetivo de este estudio es conocer los factores precipitantes para adaptar las medidas de prevención y tratamiento de la conducta suicida a nuestra población. En el ámbito asistencial, la atención psiquiátrica y psicológica a los pacientes que presentan riesgo de suicidio se lleva a cabo en el servicio de urgencias y en las unidades de Salud Mental, siendo posible la derivación urgente (atención en el mismo día) desde Atención Primaria. En la unidad de hospitalización psiquiátrica del HULA y en la Unidades de Rehabilitación existe un protocolo de actuación para los casos que presentan riesgo de suicidio. Estos protocolos describen pautas de actuación para todo el personal de las unidades e implican la monitorización de los pacientes y la evolución del riesgo de suicidio de forma constante.

3.3.8. Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061

El 061 es el número al que cualquier usuario de la Comunidad Autónoma de Galicia puede llamar ante cualquier problema de salud urgente. Supone la puerta de entrada al sistema, especialmente en situaciones de emergencia y de urgencia.

En nuestra Comunidad Autónoma, las bases para la actuación ante las situaciones de urgencia psiquiátrica en el ámbito extrahospitalario vienen definidas en el programa ACOUGO⁹⁴. En él, y mediante un documento realizado por profesionales cualificados del programa de Salud Mental y de la Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia 061, suscrito en 2012 por la Consellería de Sanidade, el Servizo Galego de Saúde, la Consellería de Presidencia, Administracións Públicas y Xustiza, el Tribunal Superior de Xustiza de Galicia y la Delegación do Goberno en Galicia, se incluye un manual de procedimientos y una guía de los pasos a seguir ante cada una de las urgencias psiquiátricas más comunes, entre ellas el riesgo de suicidio.

En este manual se da información de cómo abordar la relación con el paciente, las diferentes vías de derivación en función de su estado, orientación sencilla para una entrevista y diagnóstico adecuado e incluso manejo farmacológico del caso. Se incide en el respeto los derechos fundamentales de las personas afectadas, y se define el lugar y las condiciones de las intervenciones, teniendo en cuenta a los diferentes actores implicados.

3.3.9. Prevención del suicidio en el ámbito educativo

La salud mental del alumnado debe favorecerse desde la escuela desarrollando un sentido positivo de la autoestima y autonomía, adquiriendo estrategias para la vida como la capacidad para gestionar los pensamientos, emociones, crear relaciones sociales; saber tomar decisiones y resolver conflictos. En definitiva, adquirir una educación que los capacite para la participación activa en la sociedad, desarrollando un proyecto vital con estilos de vida saludables que incrementen la resiliencia emocional.

La prevención del riesgo suicida en los centros educativos tiene como objetivos crear un clima de inclusión y convivencia positiva que favorezca el bienestar y desarrollo integral de los alumnos, la detección precoz de los factores de riesgo y la intervención ante el riesgo suicida desde una perspectiva interdisciplinar. Se desarrolla en los tres niveles de orientación educativa: tutoría (prevención primaria con todo el alumnado), el departamento de orientación (prevención secundaria ante situaciones de riesgo), y si se considera necesario, la colaboración del equipo de orientación específico (prevención terciaria ante las conductas de intento autolítico), siempre en

coordinación con la Dirección del Centro y la Inspección Educativa.

Este modelo de actuación hace necesario un abordaje multifactorial y global, en el que se coordinen el sistema educativo con los dispositivos comunitarios de salud mental, servicios sociales y otras instituciones y asociaciones, para complementar acciones dirigidas al apoyo y bienestar del alumnado.

Para facilitar esta intervención interinstitucional e intercambio de información, se elaboraron y están aplicando modelos de derivación y colaboración entre los servicios educativos y sociosanitarios para la atención interdisciplinar del alumnado con necesidades educativas específicas.

Asimismo, se vienen celebrando reuniones de coordinación de los Equipos de Orientación Específicos (EOE) con las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IX) de referencia⁹⁵.

En este contexto se elabora el “Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo”, donde se describen y sistematizan las actuaciones preventivas del profesorado para favorecer una escuela inclusiva y saludable, evaluando los factores protectores y de riesgo del alumnado; la intervención del departamento de orientación ante situaciones de riesgo, con la realización de la evaluación psicopedagógica y coordinación con los servicios sociosanitarios y, de considerarlo necesario, la colaboración del Equipo de Orientación Específico de ámbito provincial.

Se diseñan las estrategias de *prevención* en todos los ámbitos (alumnado, familia, profesorado, equipo directivo, administración educativa), se describe el proceso de *intervención* ante las situaciones de riesgo y el intento autolítico, así como la elaboración del proceso de duelo en los centros educativos en caso de suicidio consumado (*postvención*).

Este Protocolo incluye tres modelos de intercambio de información y colaboración entre los servicios educativos y sociosanitarios, siempre con el consentimiento de la familia. El primero de derivación de los servicios educativos a los servicios sociosanitarios, el segundo de seguimiento de los servicios educativos con los sistemas de salud mental y servicios sociales y el tercero de devolución de la información de los servicios de salud mental y servicios sociales a los servicios educativos.

3.3.10. Prevención del suicidio en el ámbito penitenciario

Dado que corresponde a la Institución Penitenciaria “velar por la vida, la integridad y la salud de los internos e internas” (artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria) la Administración Penitenciaria española, desde hace años viene desarrollando en todos sus establecimientos penitenciarios programas individualizados de detección y prevención de la conducta suicida.

Los objetivos de programa son:

- Aplicar sistemáticamente pautas de intervención a los grupos de riesgo definidos.
- Evitar el desenlace negativo de los internos incluidos en el protocolo de intervención.
- Determinar claramente el proceso y pautas de intervención por parte de los distintos profesionales de vigilancia, tratamiento y sanidad.

3.3.11. Prevención del suicidio en centros de menores

Los adolescentes internados en centros de menores (tanto de protección como de reeducación) tienen un riesgo de suicidio 4,6 veces mayor que la de sus pares en la población general. En Galicia los siguientes centros de reeducación constan de protocolos de prevención de suicidio:

Centro de Reeducación Avelino Montero (Pontevedra)

El protocolo contiene información sobre la conducta suicida, la identificación de menores en riesgo, la intervención y la prevención.

La inclusión en el protocolo y la desactivación del mismo corresponde al equipo educativo (educadores, psicólogo, director y subdirector). Se describe el procedimiento a seguir distinguiendo entre riesgo medio y alto, y las actuaciones concretas con los tiempos de los educadores, el servicio de seguridad y los servicios.

El protocolo consta de anexos donde se reflejan diagramas de actuación ante tentativas de distinta gravedad y ante un suicidio consumado. Se especifican también las escalas de valoración de riesgo suicida: Escala de desesperanza de Beck y Escala de intencionalidad suicida de Beck.

Centro de Reeducación Monteledo (Ourense) y Centro de Atención Específica de Montefiz

Su protocolo consta de justificación, objetivos generales y específicos, metodología, intervención y evaluación. Todo el personal del centro debe estar involucrado en las tareas de detección de riesgo y en el seguimiento y deben informar a la dirección del centro o al equipo educativo para que puedan adoptar medidas provisionales previas a la instauración del PPS (Programa Prevención de Suicidio), como designación de acompañante y comunicación al personal de especial observación. El equipo socioeducativo se encarga de aplicar las medidas definitivas del PPS, estas medidas se distinguen si el riesgo es alto, bajo o medio, fundamentalmente en la frecuencia en la que el menor es evaluado por el equipo sanitario (médico/ psicólogo): una vez a la semana, dos veces por semana, una diaria, y la derivación a dispositivos especializados externos. El equipo sanitario es el que propone a la dirección la baja del PPS.

En el protocolo se especifican aspectos de la evaluación del riesgo, detallando escalas de valoración: Inventario de Beck (BDI), Escala de ideación suicida de Beck, SUPRE de la OMS. Y destacan la realización de los informes y el registro de la documentación relacionada con el PPS para su posterior evaluación. Consta también de bibliografía.

Centro C. Arenal (A Coruña) Fundación Camiña Social

En su protocolo consta información sobre la conducta suicida y sobre los factores de riesgo específicos en menores ingresados en los centros, se describe el fundamento legislativo en el que se basa el protocolo y el esquema de intervención en caso de riesgo suicida con evaluación médica y psicológica antes de 24 horas y derivación a urgencias si requiere. Se especifican medidas preventivas generales y especiales, éstas últimas plantean la derivación a centros especializados externos. Se describe la evaluación del riesgo suicida detallándose los siguientes instrumentos de medición: Cuestionario de indicadores de riesgo (CIR), Escala de riesgo suicida de Plutchick, escala de desesperanza de Beck y escala de ideación suicida de Beck.

PARTE 4 LÍNEAS ESTRATÉGICAS

4.1. Líneas y medidas

El Plan de prevención del suicidio en Galicia consta de 7 líneas estratégicas permanentes pero revisables, en las que se articulan una serie de medidas que abarcan la integridad de la conducta suicida y de los agentes implicados en ella. Estas medidas pueden ir variando a lo largo del tiempo según se perciban las necesidades particulares de cada momento. Estas líneas son:

- **Línea estratégica 1:** Coordinación Interinstitucional ante la conducta suicida.
- **Línea estratégica 2:** Sensibilización, concienciación y disminución del estigma social asociado a la conducta suicida.
- **Línea estratégica 3:** Prevención y abordaje de la conducta suicida.
- **Línea estratégica 4:** Limitación a medios letales.
- **Línea estratégica 5:** Formación de profesionales en prevención e intervención en la conducta suicida.
- **Línea estratégica 6:** Postvención en supervivientes.
- **Línea estratégica 7:** Investigación y alerta epidemiológica sobre la conducta suicida.

Línea estratégica 1: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL ANTE LA CONDUCTA SUICIDA

El problema de la conducta suicida requiere para su correcto abordaje la atención desde diversos ámbitos: sanitarios, sociales y educativos, entre otros. Por tanto, es necesaria una correcta colaboración y coordinación entre las distintas instituciones implicadas.

Medida 1. Crear una comisión interdepartamental que garantice la coordinación en materia de prevención de la conducta suicida entre los diferentes sectores implicados.

El plan propone la creación de una comisión interdepartamental que debe servir como órgano de coordinación de las políticas y programas que se desarrollen en Galicia en materia de prevención del suicidio y con representación de las instituciones implicadas. Entre sus funciones estarán: servir de órgano de interlocución entre las administraciones e instituciones en materia de prevención del suicidio, supervisar el desarrollo del Plan de prevención del suicidio en Galicia, elaborar propuestas para su mejora y liderar iniciativas que sirvan para promover la prevención de la conducta suicida en Galicia.

Medida 2. Elaborar protocolos e instrumentos de coordinación entre el sistema sanitario, el ámbito educativo, el ámbito social, la administración de justicia, los medios de comunicación y las fuerzas y cuerpos de seguridad.

La respuesta global e integral en la prevención del suicidio requiere de actuaciones coordinadas entre diversos sectores de la sociedad. El desarrollo de protocolos de coordinación debe servir como instrumento y guía a los profesionales para abordar correctamente una situación de riesgo de suicidio.

Medida 3. Difundir y formar en la implementación del "Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo".

Este protocolo de prevención, detección y abordaje del riesgo suicida en el ámbito educativo, se integrará en la Estrategia gallega de convivencia escolar 2015-2020 (Educonvives.gal), bajo el seguimiento del Consejo para la Convivencia Escolar de la Comunidad Autónoma de Galicia. Su implementación, obligatoria para todos los centros de la comunidad, se facilitará mediante

todas las acciones informativas y formativas orientadas a la difusión de la estrategia, con especial incidencia en aquellas personas que llevan a cabo funciones directivas y orientadoras, tanto en acciones formativas específicas como en otras de carácter generalista en las que se incluya como un módulo más, en toda la red de formación permanente del profesorado y con especial incidencia en la formación en centros.

Medida 4. Mejorar y crear programas de detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito social (comunitario y especializado).

Las tasas de suicidio aumentan con la edad, en Galicia en 2015 las tasas fueron de 17,94 por 100.000 habitantes en personas entre los 65 a 69 años y aumentaron hasta 27,44 por 100.000 habitantes en mayores de 79 años (INE). Al analizar las conductas suicidas en centros sociosanitarios, la mayoría son realizados por personas con una edad media de 75 años, viudas (44,9%) y con frecuencia solas (40,9)⁹⁶. En el 57,2% de los casos el método utilizado fue la sobredosis con benzodiacepinas e hipnóticos y en la gran mayoría no hubo intentos

previos (66,4%). La tentativa de suicidio es mayor en las mujeres, pero el suicidio consumado es casi el doble en hombres. La principal enfermedad asociada en la depresión (43,7%). Por todo ello, los profesionales del ámbito social deben estar capacitados para realizar una labor de detección e intervención de casos de riesgo suicida. Existe una gran sensibilidad social ante los suicidios producidos en centros de menores, conllevando una alta repercusión mediática, a pesar de esto no existen investigaciones específicas en este ámbito. Sin embargo, sí que se dispone de protocolos de prevención de la conducta de suicidio en centros de este tipo en algunas comunidades autónomas, como la nuestra.

La discapacidad física se considera como un factor de riesgo de suicidio, sobre todo si es adquirido como consecuencia de una enfermedad grave o crónica¹⁰. La evidencia científica actual concluye que la relación existente entre discapacidad física y conducta suicida precisa una evaluación psicopatológica y se recomienda instaurar programas de prevención para los propios pacientes como formación para los facultativos que los atienden.

Línea estratégica 2: SENSIBILIZACIÓN, CONCIENCIACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL ASOCIADO A LA CONDUCTA SUICIDA.

Históricamente, las personas que se suicidan son vistas de modo negativo, la conducta suicida tiende a predisponer a la imputación de estigmas, que afectan no solamente al sujeto, sino a todos los familiares⁹⁷. También los estigmas pueden contribuir negativamente a la evolución de la intervención terapéutica en los intentos de suicidio y esto podría asociarse directamente con nuevos intentos⁹⁸. De igual forma, los sentimientos de discriminación y marginalización pueden influir en otras comorbilidades, como la predisposición al uso de sustancias psicotrópicas, o en la dificultad de iniciar un proceso de búsqueda de ayuda⁹⁹.

Medida 5. Editar una guía de estilo sobre conducta suicida para medios de comunicación.

Las prácticas inapropiadas de los medios de difusión al publicar, por ejemplo, suicidios de celebridades, informar sobre métodos infrecuentes de suicidio o referirse al suicidio como una respuesta aceptable a la crisis o la adversidad, pueden llegar a exaltar el suicidio y aumentar el

riesgo de suicidio por imitación en las personas vulnerables¹⁰⁰.

No obstante, el trato responsable de la información sobre suicidios en los medios también ha demostrado una reducción en las tasas de suicidio. Además de la formación de sus profesionales, la distribución de guías rápidas de estilo se ha mostrado eficaz para mejorar el modo en que se informa sobre la conducta suicida. El desarrollo de guías de estilo ayuda a disminuir las noticias sensacionalistas en los periódicos¹⁰¹. Además, en algunos casos, después de la introducción de estas guías, se ha informado de una disminución en el número de suicidios¹⁰². Los principales aspectos que se deberían abordar en la guía de estilo son: evitar las descripciones detalladas de las conductas suicidas, evitar el sensacionalismo, utilizar un lenguaje responsable, informar al público en general sobre el suicidio, los tratamientos y los recursos disponibles para quien necesite ayuda⁵¹.

Medida 6. Realizar campañas de concienciación social sobre el problema de la conducta suicida.

Las campañas de concienciación pretenden reducir el estigma relacionado con el suicidio, potenciar la búsqueda de ayuda y aumentar el acceso a la atención.

Este tipo de campañas principalmente demuestran su efecto positivo en el cambio de actitud sobre este tema en la sociedad. Las revisiones de las campañas realizadas demuestran que estas mejoran el conocimiento del público en general sobre el suicidio y contribuyen moderadamente a una mejor aceptación social de las personas con depresión y otras enfermedades mentales¹⁰³.

Medida 7. Conmemorar anualmente (10 de septiembre) el Día Mundial para la prevención del suicidio.

El día mundial para la prevención del suicidio se celebra cada año el día 10 de septiembre. Este día fue designado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) para dar a conocer y promover medidas y acciones para prevenir el suicidio. Como elemento identificativo se ha creado un símbolo que consiste en una cinta de color amarillo en forma de lazo.

Durante este día deberían promoverse eventos en recuerdo de las personas que murieron por suicidio, a la vez que debería servir como evento divulgativo y de concienciación de los grandes avances y estudios relacionados con este tema.

Medida 8. Promover la divulgación y sensibilización sobre la conducta suicida y la forma de identificar e intervenir sobre ella en la web y redes sociales institucionales del Sergas/Consellería de Sanidad y de otras instituciones y organizaciones.

El desarrollo de una página web promueve los comportamientos de búsqueda de ayuda. Además, este tipo de páginas ha demostrado ser una herramienta eficaz y servir como paso previo en las personas con ideación suicida para posteriormente acceder a los servicios de salud mental^{104,105}.

El carácter anónimo de la comunicación y la facilidad de acceso a internet parece favorecer, en un principio, el contacto con grupos de alto riesgo y rompe las barreras (principalmente relacionadas con el estigma) para acceder posteriormente a los servicios profesionales¹⁰⁶.

A la hora de desarrollar la web se debería tener en cuenta: la calidad de la información incluida que debería estar basada en la evidencia y estar adaptada claramente diferenciando los grupos a los que irá dirigida¹⁰⁷. Así mismo, se debe valorar el enfoque preventivo, si se dirige a un individuo o a la formación de un grupo de apoyo. Definir los medios de contacto (a través de correo electrónico, chat, foro en línea, etc.). Si bien el uso de chat y/o foros debería estar supervisado por personas capacitadas¹⁰⁸, de lo contrario han demostrado ser perjudiciales¹⁰⁹.

Medida 9. Supervisar y alertar sobre contenidos prosuicidas en webs, blogs y foros.

Una inmensa cantidad de información sobre el tema del suicidio está disponible en internet y a través de las redes sociales. Al hacer una búsqueda por un motor de Internet, en las primeras páginas se suele encontrar información general sobre el suicidio (31%), prevención (29%) e información prosuicidas (11%)¹¹⁰.

Existe una evidencia creciente de que las redes sociales pueden influir en los comportamientos prosuicidas. La aparición de nuevos medios y formas que alientan los comportamientos suicidas puede llegar a ser un riesgo potencial para muchas personas vulnerables¹¹¹.

Una forma de prevenir la conducta suicida originada en este medio es mediante la supervisión de las entidades y personas con responsabilidad en la producción, almacenamiento y distribución de contenidos, asegurando que no se aloje ni difunda contenidos prosuicidas, trasladando aquellos casos que pudieran ser constitutivos de delito o en los que hubiese dudas a los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado

Línea estratégica 3: PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA

Medida 10. Introducir en el sistema de información sanitaria un código de identificación de pacientes en riesgo de suicidio.

Uno de los mayores problemas a la hora de identificar un paciente con riesgo de suicidio es la inexistencia de códigos diagnósticos específicos para la conducta suicida. De esta manera, pacientes atendidos en urgencias son dados de alta con diagnósticos diferentes que no permiten la correcta filiación del paciente, ni su adecuado seguimiento en el resto de niveles de asistencia sanitaria. Se hace por tanto necesaria la implantación de un tipo de código, que puede ser complementario a otros, que permita asociar el acto sanitario con la conducta suicida dentro del sistema de información sanitaria. Este código se deberá consensuar entre los expertos y la administración sanitaria y servirá de base para la identificación, control y seguimiento posterior del paciente al que este asociado.

Medida 11. Establecer un código de activación que inicie el proceso asistencial del paciente con riesgo de suicidio.

Independientemente de la existencia de un código asociado a la presencia de conducta suicida en un paciente, los distintos procesos de actuación ante ella podrán ser iniciados a través de un código de activación. En estos procesos se definirá la forma y los profesionales responsables de su activación, seguimiento y en su caso desactivación. Este sistema de activación será integrado también en los sistemas de información sanitaria.

Medida 12. Asegurar una respuesta rápida y eficaz para la atención de pacientes con riesgo de suicidio en salud mental.

Una de las claves para el adecuado abordaje de la conducta suicida es proporcionar una respuesta rápida y eficaz por parte de sus servicios sanitarios, a tal fin, hay que identificar el tiempo de respuesta máximo en las derivaciones entre los distintos niveles asistenciales. Más concretamente el tiempo de derivación entre:

- Atención primaria y salud mental,
- Urgencias y salud mental,
- Alta en la unidad de hospitalización y salud mental.

Los tiempos de respuesta deben ser significativamente menores en caso de niños y adolescentes.

Medida 13. Evaluar de forma sistemática el riesgo de suicidio en la población de riesgo, en atención primaria, servicios hospitalarios y en salud mental.

Si existe un nivel asistencial clave en la detección y abordaje precoz de la conducta suicida, es el de atención primaria. La presencia de la conducta suicida en este nivel de atención es mucho más alta de lo que pudiera parecer. De hecho, estas personas realizan el triple de visitas a estos servicios que la población general. Dependiendo del método de evaluación utilizado, las tasas de ideación suicida se han mostrado mayores, por ejemplo, en adultos mayores en centros de atención primaria, con estimaciones que van desde el 1% al 10%, comparado con la población general¹¹². En torno al 75% de las personas que consuman el suicidio contactaron con los servicios de atención primaria en el año previo a su muerte (hay estudios que registran incluso el 100% si la paciente es mujer), el 45% en el último mes y hasta el 18% el mismo día¹¹³.

La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración de riesgo de suicidio, sin embargo, el uso de instrumentos psicométricos ha demostrado ser útil para aumentar la exhaustividad clínica y mejorar la forma en la que se documenta la información.

Existen diferentes instrumentos de evaluación recomendados para cada nivel asistencial. Entre ellos se destacan:

- Atención primaria:
 - Escala SAD PERSONS, Escala IS PATH WARM, escala MINI.
- Urgencias:
 - Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz (RSQ).
- Salud mental:
 - Escala de Valoración de la gravedad de la conducta suicida de Columbia (C-SSRS).
 - Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS).
 - Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).

Para facilitar su uso y el seguimiento de la evolución de este riesgo, estas escalas podrán estar disponibles dentro del sistema de información sanitaria.

Estas escalas también permiten obtener información para su uso investigador y epidemiológico.

Medida 14. Mejorar la detección precoz y la atención de los trastornos afectivos y los trastornos por consumo de alcohol.

La depresión mayor es el trastorno mental que de forma más común se asocia a la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general¹⁰.

El abuso de alcohol ejerce un papel muy significativo en el riesgo suicidio ya que uno de cada cuatro suicidios presenta abuso de alcohol. No sólo es un factor de riesgo, sino también un precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida¹⁰.

La colaboración entre atención primaria y salud mental es fundamental para una adecuada prestación sanitaria, las consultas conjuntas, los protocolos comunes, la creación de vías de comunicación efectivas, enriquecen y comprometen a los profesionales para una mejora continua de la atención a la salud mental, y en concreto a los pacientes con trastornos depresivos.

Medida 15. Elaborar protocolos de detección, abordaje y derivación de la conducta suicida en todos los ámbitos:

- Atención primaria.
- Urgencias extrahospitalarias.
- Urgencias hospitalarias.
- Unidades de hospitalización.
- Centros de salud mental.
- Ámbito educativo.
- Ámbito social (comunitario y especializado).

Los protocolos de atención proporcionan una mayor seguridad, continuidad, eficiencia y calidad en la asistencia de los pacientes que presentan conducta suicida. Por ello, se desarrollarán procedimientos y protocolos en los ámbitos de urgencias sanitarias, de atención primaria y de especializada, tanto de tipo ambulatorio como hospitalario. Estos protocolos estarán relacionados entre sí y, en un nivel más interinstitucional, con otros procesos o protocolos de otros ámbitos no sanitarios (ámbito social, educativo, fuerzas de seguridad, etc.).

Medida 16. Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes con riesgo de suicidio.

La realización de intervenciones breves post- alta, asegurar el contacto y la continuidad asistencial, es una estrategia que ha demostrado un efecto estadísticamente significativo en la reducción de la conducta suicida¹¹⁴.

El seguimiento es especialmente importante ya que el 70% de los pacientes que realizaron un intento de suicidio nunca asisten a su primera cita o mantienen el tratamiento solo algunas sesiones¹¹⁵. Si bien el riesgo de suicidio es más alto en la primera semana después del alta de hospitalización del paciente. Este riesgo es 102 veces mayor en hombres y 246 veces mayor en las mujeres, si se compara con la población general¹¹⁶.

El seguimiento puede implicar métodos como visitas a domicilio, cartas, llamadas telefónicas, correos electrónicos o mensaje de textos, diseñados para comprobar y evaluar el estado de bienestar y el nivel de riesgo de personas que recientemente han llevado a cabo una conducta suicida. Generalmente, el seguimiento se realiza por medio de llamadas telefónicas y se produce entre 24 y 48 horas después del primer contacto¹¹⁷.

Los estudios indican que el seguimiento de pacientes dados de alta de un servicio de urgencias o del entorno hospitalario tiene resultados positivos en la prevención del suicidio. El uso de equipos anti-crisis 24 horas y programas de 7 días de seguimiento muestran una reducción significativa de los intentos de suicidio en los 3 meses posteriores al alta del paciente hospitalizado¹¹⁸. El seguimiento de los pacientes por teléfono dentro del primer mes del alta del servicio de urgencias reduce significativamente la probabilidad de que una persona vuelva a llevar a cabo un intento de suicidio¹¹⁹. El seguimiento telefónico podría considerarse una estrategia útil para retrasar más intentos de suicidio y en la reducción de la tasa de reintentos en el primer año¹²⁰. Los pacientes que reciben seguimiento tienen una tasa de suicidio significativamente menor en los dos primeros años después del alta¹²¹.

A través de esta medida, se incluye el seguimiento proactivo de los pacientes con riesgo suicida (tanto los dados de alta en los servicios de urgencia y en las unidades de hospitalización como lo que deben acudir a las consultas de atención primaria y de salud mental) por parte de los servicios sanitarios en la forma establecida en los protocolos de actuación.

Medida 17. Mejorar la seguridad de pacientes ingresados con riesgo de suicidio.

En las unidades de hospitalización se producen el 1% de los suicidios consumados. Este dato orienta la necesidad de realizar intervenciones preventivas durante la hospitalización, estableciendo medidas concretas descritas en el protocolo de hospitalización de tipo estructural, organizativa, de vigilancia y terapéutica.

Dentro de estas medidas preventivas se deben incluir:

a) la eliminación de objetos potencialmente peligrosos, en donde es útil disponer de una lista de verificación de objetos (puede incluir cinturones, medias, cordones, bolsas, cables, medicamentos, objetos punzantes o cortantes, fármacos). Es importante valorar la realización de registros periódicos de las pertenencias de los pacientes (útiles de aseo, armarios, etc.) e informar a los familiares con instrucciones específicas para evitar que se acceda a algún objeto por su intermediación; b) restringir el acceso a espacios de riesgo mediante sistemas de bloqueo, previa identificación y valoración de los riesgos ambientales; c) establecer un nivel de vigilancia: las personas con ideación, intención o planes suicidas requieren una vigilancia continuada, estableciendo tiempos y momentos, lugar y responsable de la vigilancia; d) toma controlada de medicación: verificando la ingesta adecuada de medicamentos.

Medida 18. Implantar intervenciones psicoterapéuticas, individuales y grupales, para pacientes con riesgo suicida.

El abordaje psicoterapéutico en pacientes con riesgo suicida está recomendado en la GPC del SNS¹⁰. En pacientes adultos se recomiendan sesiones individuales y se contemplan las sesiones grupales como complemento, en pacientes adolescentes la recomendación es de terapias en formato grupal y específicas (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor) y en mayores de 60 años se recomienda la terapia interpersonal.

Medida 19. Implantar el plan de seguridad como herramienta de prevención de la conducta suicida.

Un plan de seguridad es una herramienta muy útil para la prevención ya que puede ser utilizada por los pacientes en el caso de que presenten ideas

suicidas o conductas suicidas en el futuro¹²². El Plan de Seguridad, realizado entre el profesional y el paciente, debería incluir: a) Reconocimiento de señales de alerta, describiendo los signos que preceden a un posible intento de suicidio, b) Estrategias de afrontamiento, donde se explica a los pacientes lo que pueden hacer para detener la ideación suicida, c) Estrategias para la distracción y soporte, que enumera una lista de posibles actividades que el paciente puede hacer para evitar las conductas suicidas, d) Contactos sociales, que incluye una lista de contactos sociales (familiares y amigos) que puedan servir de soporte si las ideas de suicidio se mantienen e) Contactos profesionales, compuesta por una lista de profesionales capacitados con los que puede contactar para solicitar ayuda, f) Limitación de medios, que aborda la forma de reducir la disponibilidad de medios letales.

Medida 20. Introducir las nuevas tecnologías (webs, apps y weblines) como instrumento de abordaje de la conducta suicida.

En la actualidad, las intervenciones en prevención del suicidio y nuevas tecnologías se están realizando en tres ámbitos¹²³: a) Internet: esta herramienta puede ser utilizada para identificar posibles personas en riesgo de suicidio y ayudar a que estas personas accedan a recursos de ayuda (tradicionales o a programas online¹²⁴, b) Aplicaciones web (tanto guiadas y no guiadas) que se han desarrollado para proporcionar intervenciones psicológicas y ayudar a reducir la conducta e ideación suicida. Las intervenciones guiadas implican la presencia de un terapeuta que ayuda al usuario ya sea a través de correo electrónico o por teléfono. Las intervenciones no guiadas son programas de autoayuda que son utilizados directamente por las personas interesadas¹²⁵, y c) apps-redes sociales, que son utilizadas con personas que se consideran en alto riesgo de suicidio y que son utilizadas para monitorizar a una persona en tiempo real¹²⁶.

Medida 21. Editar y divulgar guías de orientación para pacientes y allegados.

La edición y divulgación de documentos informativos y orientativos para pacientes y allegados busca sensibilizar acerca de la trascendencia del suicidio brindando información sobre cuestiones acerca del suicidio, mitos e ideas erróneas, señales de alerta y sucesos o circunstancias que podrían precipitar la conducta suicida. Estas guías tienen como meta

favorecer la prevención del suicidio mediante la mejor comprensión de la conducta suicida por parte de las personas que la padecen y sus allegados.

Medida 22. Realizar guías de consulta rápida para profesionales.

Las realizaciones de documentos con recomendaciones basadas en la evidencia disponible son fundamentales para orientar la

toma de decisiones de los profesionales, unificar los criterios de atención y disminuir la variación en la práctica clínica.

Las guías de consulta rápida, en especial en el nivel de atención primaria, facilita la accesibilidad a estas recomendaciones y su aplicación en la práctica diaria.

Línea estratégica 4: LIMITACIÓN DE ACCESO A MEDIOS LETALES.

La limitación o restricción del acceso a medios altamente letales, puede ayudar a retrasar un intento de suicidio, principalmente en los periodos de alto riesgo de actuación. Igualmente, al reducir el acceso a estos métodos, incluso si se produjera una sustitución por otro método menos letal, es probable que se incremente el porcentaje de personas que sobreviven a un intento de suicidio¹²⁷.

La proporción de intentos con resultado de muerte (cociente de letalidad) varía dramáticamente dependiendo del método, desde un máximo de 85%-90% al utilizar armas de fuego, a un mínimo de 1%-2% para los métodos más comúnmente utilizados (sobredosis de medicación y heridas con un objeto cortante)¹²⁸.

Medida 23. Identificar los puntos negros arquitectónicos y geográficos de suicidio y crear barreras de acceso.

Saltar desde un lugar elevado es el segundo método más utilizado en Galicia (50 muertes en 2014, INE). Aunque las características arquitectónicas de las ciudades hacen que haya muchos sitios potenciales para saltar, existen ciertos lugares que tienden a ganar notoriedad como puntos negros de suicidio. La instalación de barreras de acceso ha demostrado ser eficiente a la hora de reducir las tasas de suicidio en estos puntos¹²⁹. Aunque el número de incidentes en estos lugares no desaparece, las barreras sirven para ganar tiempo de respuesta y posible intervención¹³⁰. Por otra parte, puede haber un riesgo bajo de sustitución, ya que muchas veces el intento de suicidio por este método, está relacionado con el simbolismo asociado a un sitio específico¹³¹.

Esta medida persigue identificar estos puntos negros en Galicia y, en colaboración con diputaciones y ayuntamientos, limitar el acceso a su uso como medio de suicidio.

Medida 24. Aumentar el control de prescripción, dispensación, tomas y acopio de fármacos.

En Galicia el envenenamiento por fármacos es la tercera causa de suicidios (24 suicidios en 2014, INE). La limitación del acceso a fármacos ha mostrado su eficacia a la hora de disminuir el número de suicidios por este método. Los envenenamientos con fármacos convencionales (por ejemplo, paracetamol y salicilatos) han mostrado una reducción significativa en los países donde se han limitado los tamaños de los envases de medicamentos¹³².

Medida 25. Controlar el acceso a pesticidas y otros tóxicos letales.

El envenenamiento con ciertos pesticidas de uso común es el medio más habitual de suicidio en muchos países¹³³. Tres de cada cuatro personas utilizan pesticidas disponibles en su hogar¹³⁴. En Galicia es el sexto método más utilizado (7 suicidios en 2014, INE). La limitación de acceso a los pesticidas se ha aplicado con éxito en varios países y ha generado una disminución en el número de suicidios por este método después de limitar su disponibilidad, sin embargo, se observó un aumento en la tasa de suicidio por otros métodos¹³⁵. El uso de pesticidas debería estar regulado, por ejemplo, controlando la cantidad de residuos permitidos en un cultivo dado.

Línea estratégica 5: FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Promover la creación de programas integrales de formación de profesionales sanitarios y no sanitarios para proveerles de herramientas que les permitan identificar a la población vulnerable y les faciliten las intervenciones a realizar, así como ayudarles a aumentar la confianza a la hora de tomar decisiones en una situación de riesgo inminente.

Medida 26. Capacitar a los profesionales sanitarios, sociales y educativos en la detección, abordaje y seguimiento de personas en riesgo de suicidio.

Diversos estudios han demostrado que la formación de los profesionales mejora la adherencia de los profesionales a los protocolos y guías específicos sobre suicidio, ayudando a clarificar el rol del profesional frente a la atención que requiere un paciente con riesgo de suicidio y aumentando la confianza en la toma de decisiones¹³⁶. Los programas de formación y capacitación desarrollados hasta la fecha buscan aumentar el conocimiento y reconocimiento de las señales de alerta, mejorar la adherencia al tratamiento de prácticas e intervenciones validadas¹³⁷ y cambiar las posibles actitudes negativas de los profesionales hacia el suicidio¹³⁸.

Medida 27. Capacitar a profesionales de las fuerzas y cuerpos de seguridad y de primera intervención en manejo de intentos de suicidio y primeros auxilios psicológicos.

Los agentes de policía local y nacional, guardia civil, bomberos y otro personal de primera línea de intervención, son los primeros en responder ante una situación de emergencia por riesgo de suicidio, por lo que sus habilidades y capacidades son fundamentales para determinar el curso y resultado en dichas situaciones⁵⁷. Es necesario, por tanto, capacitar a estos profesionales en diferentes tareas y crear estrategias y protocolos para el manejo de situaciones de riesgo de suicidio⁴⁸. Esta capacitación debería estar orientada al conocimiento de los posibles cauces de actuación y derivación, eliminación al acceso a medios letales y reconocimiento de señales de alerta en situaciones que pueden derivar en un potencial suicidio¹⁰.

Medida 28. Impartir talleres para medios de comunicación sobre el tratamiento informativo de la conducta suicida.

El modo de informar sobre el suicidio puede tener una influencia directa en la percepción hacia el suicidio y los problemas de salud mental relacionados^{51,139}. La información sobre el suicidio es un facilitador para la conducta suicida especialmente cuando se hace una narración detallada de los hechos (se especifica el método de suicidio y la forma de acceder al método letal), y es aún más directo y significativo dicho efecto facilitador cuando se publican detalles del suicidio (por ejemplo, fotografías, titulares sensacionalistas y se informa repetidamente del suceso)¹⁴⁰. Por el contrario, la información sobre el suicidio ayuda en la prevención cuando se cumplen las siguientes características: presentar el suicidio como un hecho y no como un logro, resaltar las alternativas al suicidio, proporcionar información sobre las líneas de ayuda o aportar información sobre factores de riesgo y señales de alarma.

Medida 29. Capacitar a otros agentes sociales (asociaciones, empresas, sindicatos y otros) en la identificación de factores de riesgo, precipitantes y señales de alerta del riesgo de suicidio.

Los programas integrales de prevención del suicidio adaptados a la cultura del entorno laboral pueden ser eficaces para mejorar las actitudes, conocimientos y comportamientos y pueden reducir significativamente las tasas de suicidio¹⁴¹. Existen muchos factores de riesgo y precipitantes de la conducta suicida que se producen en los entornos de trabajo, aunque en la comunidad se desconocen datos fiables (en EE.UU., por ejemplo, entre 2003 y 2010 se registraron un total de 1.719 suicidios en el lugar de trabajo)¹⁴².

La OMS recomienda que la formación de agentes clave debería estar dirigida a aumentar las habilidades de comunicación sobre cuestiones relativas al suicidio, mejorar la capacidad para identificar síntomas depresivos y conducta suicida y aumentar el conocimiento sobre los recursos disponibles⁵².

Línea estratégica 6: POSTVENCIÓN EN SUPERVIVIENTES

El fallecimiento a causa de un suicidio supone una situación de gran impacto vital en sus familiares y allegados. El duelo tras una situación de suicidio puede llegar a ser más complicado debido a los estigmas e implicaciones emocionales que pueden derivarse (sentimientos de culpa, búsqueda de explicaciones, etc.)¹⁰.

Estas posibles características confieren un mayor riesgo de aparición de trastornos como la depresión, trastorno por estrés postraumático y un posible riesgo de suicidio de entre dos y diez veces mayor comparado con la población general^{143,144}.

Medida 30. Fomentar el asociacionismo y la ayuda mutua entre supervivientes.

El asociacionismo y el apoyo mutuo entre iguales es muy útil como vía de intercambio de experiencias, consejos, creación de relaciones y desarrollo de estrategias que ayudan a validar las reacciones y emociones entre supervivientes. Se fundamenta en un sistema de dar y recibir ayuda basada en los principios fundamentales de respeto, responsabilidad compartida y acuerdo mutuo^{145,146}.

Estas intervenciones son un componente importante del sistema de soporte. Varios estudios señalan que ayudan a reducir el aislamiento, proveen una mayor sensación de aceptación, favorecen la normalización de las experiencias y permiten una mejor racionalización de las mismas^{147,148}. Los grupos de autoayuda han mostrado ser muy beneficiosos en casos de duelo complicado^{143,149}. En muchos casos, los supervivientes tras la participación en estas intervenciones fueron capaces de desarrollar nuevos comportamientos más positivos, lo que contribuyó a prevenir estos duelos complicados¹⁵⁰.

A través de esta medida se pretende promover y facilitar la formación de grupos de supervivientes y fomentar su actividad como recurso de ayuda mutua.

Medida 31. Proporcionar atención específica para supervivientes de suicidio.

El duelo complicado se describe como aquel que está marcado por la angustia persistente, deterioro en el funcionamiento diario y una incapacidad para reanudar el funcionamiento cotidiano¹⁵¹.

Algunos estudios sugieren que entre un 10% a un 20% de los supervivientes pueden llegar a desarrollar un duelo complicado¹⁵².

A pesar de que no existe un gran número de estudios¹⁵³, los resultados coinciden en que el papel de la farmacoterapia y la psicoterapia son fundamentales en aquellos casos que muestran alto riesgo de problemas de salud mental. Por ello, es conveniente disponer de una atención específica a este grupo de riesgo a través de intervenciones preventivas y terapéuticas.

Medida 32. Implantar técnicas de briefing y debriefing entre profesionales.

Las reacciones de los profesionales supervivientes al suicidio de pacientes incluyen una amplia gama de emociones como: culpa, tristeza, depresión, desmoralización, ira, shock, negación, dolor y en algunos casos pueden derivar en inseguridad profesional^{154,155}. Algunos estudios han señalado la importancia de proporcionarles a los profesionales herramientas o técnicas para reducir el impacto personal y profesional de un suicidio¹⁵⁶. Algunas experiencias señalan la eficacia de las técnicas de debriefing para disminuir los efectos y emociones negativas, en algunos casos ayudan a que éstos sean procesados más rápidamente¹⁵⁷.

Los equipos de gestión de incidentes críticos (Critical Incident Stress Management "CISM") se han utilizado como equipos de soporte y atención tras un evento crítico. Estos grupos utilizan técnicas de intervención psicológica donde se ayuda a los profesionales en un "cierre psicológico" después de un evento traumático y si es necesario se facilita la referencia a un profesional especializado¹⁵⁸.

Línea estratégica 7: INVESTIGACIÓN Y ALERTA EPIDEMIOLÓGICA SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

La investigación y alerta epidemiológica suponen una herramienta importante en la prevención del suicidio, ya que no solo permiten la recogida de datos, análisis y evaluación de los mismos, sino que, a su vez ayudan a tomar decisiones basadas

en la evidencia que luego pueden ser implementadas y ejecutadas en los diversos programas de prevención de la conducta suicida.

Medida 33. Registrar y analizar los intentos suicidas en los servicios sanitarios.

El intento de suicidio es una de las principales causas de demanda de atención en los servicios de atención psiquiátrica. Los intentos de suicidio registrados en los hospitales se estiman en 11 altas por 100.000 habitantes y presentan una elevada variabilidad entre las CC.AA.². Estudios de población general en España cifran una prevalencia de 1,5% de tentativas de suicidio, más frecuentes en mujeres jóvenes y con nivel educativo bajo¹⁵⁹. Las cifras actualmente registradas en los servicios sanitarios inducen a pensar en un “infraregistro” en las historias clínicas y/o “infra-codificación” de los mismos, y la posible presencia de diferentes criterios a la hora de su registro y codificación¹⁶⁰. Es fundamental establecer criterios de codificación y registro homogéneos en toda la comunidad que garanticen una correcta identificación y contabilización de los casos para su posterior análisis y prevención.

Medida 34. Mejorar los procedimientos de tramitación estadística de las defunciones por suicidio en Galicia.

Actualmente el registro de las muertes por suicidio no está libre de problemas metodológicos^{12,42}. El proceso administrativo de adscripción de una defunción judicial a una causa o a otra es complejo e implica a varias administraciones. La mejora de este proceso conlleva una información más exacta del número de suicidios en Galicia.

Medida 35. Fomentar la realización de autopsias psicológicas.

La autopsia psicológica es considerada como el método más directo para estudiar la relación entre los diversos factores explicativos y el suicidio consumado¹⁶¹. Sin embargo, a la hora de llevarla a cabo es importante evitar los sesgos en la recogida y análisis de la información.

Revisiones recientes señalan que este método debería ser realizado mediante varias entrevistas cualitativas a un gran número de supervivientes relacionados con la persona que se suicidó, permitiéndoles a cada uno de ellos contar su versión¹⁶². Esta información recogida debería posteriormente ser analizada sistemáticamente en términos de la relación entre el informante y el fallecido (no sólo considerando el parentesco). De esta forma, se pretende alcanzar una comprensión general del suicidio y específicamente analizando

los contextos particulares de cada persona que se suicidó, contribuyendo así a identificar elementos comunes que en la práctica puedan ser usados en la prevención del suicidio.

No obstante, la realización de autopsias psicológicas no es práctica habitual al producirse un suicidio. La información que estas autopsias proporcionan es de gran valor para comprender el acto por parte de sus supervivientes y para prevenir otros suicidios en Galicia.

Medida 36. Crear el Observatorio Gallego del Suicidio, que analice y difunda la información sobre conducta suicida y las buenas prácticas sobre prevención y abordaje.

El Observatorio Gallego del Suicidio se quiere crear con el objetivo de potenciar la investigación y la prevención de la conducta suicida en Galicia. A través de él, se pretende garantizar la promoción, producción y divulgación de la investigación y del conocimiento científico generado en esta materia. Además, servirá de soporte para la planificación de nuevas acciones de investigación y actualización de los conocimientos y capacidades de los profesionales.

Medida 37. Priorizar la investigación sobre la conducta suicida en los programas y convocatorias de investigación institucionales.

Como una forma para impulsar y apoyar proyectos de investigación en Galicia sobre la conducta suicida, se priorizará la inclusión de líneas de investigación en suicidio en las convocatorias autonómicas. Atendiendo a las recomendaciones de la GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida en el SNS¹⁰ entre las líneas de investigación prioritarias destacan:

- Analizar la epidemiología de los intentos de suicidio en Galicia.
- Mejorar la recogida de datos de los suicidios consumados. Identificar grupos de especial riesgo de suicidio para mejorar la identificación y orientación las intervenciones preventivas en estos grupos.
- Valorar la efectividad de los factores de protección específicos en relación con la conducta suicida.
- Valorar la validez predictiva de las escalas de evaluación del riesgo suicida.
- Adaptación y validación al contexto de la comunidad de escalas que hayan demostrado adecuadas propiedades psicométricas para la valoración del riesgo suicida.

Ilustración 7. Líneas estratégicas y medidas de actuación.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y MEDIDAS DE ACTUACIÓN.



4.2. Indicadores

Línea estratégica 1: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL ANTE LA CONDUCTA SUICIDA

Medidas	Indicadores
1. Crear una comisión interdepartamental que garantice la coordinación en materia de prevención de la conducta suicida entre los diferentes sectores implicados.	- Creación de la comisión interdepartamental. % de cumplimiento de las reuniones realizadas sobre las establecidas en la orden de creación de la comisión.
2. Elaborar protocolos e instrumentos de coordinación entre el sistema sanitario, el ámbito educativo, el ámbito social, la administración de justicia, los medios de comunicación y las fuerzas y cuerpos de seguridad.	- Creación de instrumentos de coordinación entre el sistema sanitario, el ámbito educativo, el ámbito social, la administración de justicia, los medios de comunicación y las fuerzas y cuerpos de seguridad. % de centros y servicios sanitarios, sociales y educativos adheridos a los protocolos de derivación de personas en riesgo de suicidio.
3. Difundir y formar en la implementación del “Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo”.	- Nº de actividades formativas realizadas. - Nº de profesores, orientadores y equipos directivos que participen en estas actividades formativas.
4. Mejorar y crear programas de detección e intervención del riesgo de suicidio en el ámbito social (comunitarios y especializados).	- Creación y/o mejora de programas de detección e intervención del riesgo de suicidio en los servicios sociales (comunitarios y especializados). % de centros y servicios sociales con programas implantados. - Población alcanzada. - Nº de actividades formativas realizadas. - Nº de profesionales que participaron en estas actividades formativas.

Línea estratégica 2: SENSIBILIZACIÓN, CONCIENCIACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL ASOCIADO A LA CONDUCTA SUICIDA

5. Editar una guía de estilo sobre conducta suicida para medios de comunicación.	- Nº de medios de comunicación que se han adherido a la guía de estilo sobre conducta suicida. - Nº de actividades relacionadas con la prevención de suicidio en este ámbito.
6. Realizar campañas de concienciación social sobre el problema de la conducta suicida.	Nº de campañas de concienciación social realizadas.
7. Conmemorar anualmente el Día Mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre).	- Actividades realizadas en el Día Mundial para la prevención del suicidio. - Organizaciones implicadas en la conmemoración.
8. Promover la divulgación y sensibilización sobre la conducta suicida y la forma de identificar e intervenir sobre ella en la web y redes sociales institucionales del Sergas/Consellería de Sanidade y de otras instituciones y organizaciones.	- Nº de noticias, documentos, etc., divulgados a través de las páginas web institucionales y redes sociales. - Nº de usuarios y de Nº de visitas registradas en la web de divulgación y sensibilización.
9.	
10. Supervisar y alertar sobre contenidos prosuicidas en webs, blogs y foros.	Nº de webs, blogs y foros con contenidos prosuicidas identificados.

Línea estratégica 3: PREVENCIÓN Y ABORDAJE SANITARIO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Medidas	Indicadores
11. Introducir en el sistema de información sanitaria un código de identificación de pacientes en riesgo de suicidio.	- Existencia del código de identificación en el sistema de información sanitaria. - Nº de pacientes identificados con el código. % de pacientes con código de identificación en riesgo suicida respecto al total de pacientes.
12. Establecer un código de activación que inicie el proceso asistencial del paciente con riesgo de suicidio.	- Existencia de un código de activación en el sistema de información sanitaria. - Nº y % de casos activados mediante el código de activación de riesgo de suicidio.
13. Asegurar una respuesta rápida y eficaz para la atención de pacientes con riesgo de suicidio en salud mental.	- Tiempo medio de espera para la atención de pacientes con intento de suicidio <7 días % de pacientes con código de activación a los que se aplica el proceso asistencial.
14. Evaluar de forma sistemática el riesgo de suicidio en la población de riesgo, en atención primaria, servicios hospitalarios y en salud mental.	- Existencia de escalas de evaluación disponibles en el sistema de información sanitaria. - Nº de evaluaciones del riesgo de suicidio registradas en la historia clínica.
15. Mejorar la detección precoz y la atención de los trastornos afectivos y los trastornos por consumo de alcohol.	Existencia de programas de sensibilización en Atención Primaria para el diagnóstico precoz de la depresión y trastorno por consumo de alcohol.
16. Elaborar protocolos de detección, abordaje y derivación de la conducta suicida en todos los ámbitos: - Atención primaria - Urgencias extrahospitalarias - Urgencias hospitalarias - Unidades de hospitalización - Centros de salud mental - Ámbito educativo - Ámbito social (comunitario y especializado)	- Existencia de Guías de Práctica Clínica de manejo y prevención de la conducta suicida. - Existencia de protocolos de detección, abordaje y derivación de la conducta suicida existentes en todos los ámbitos. - Número de centros en los que se ha implementado el protocolo.
17. Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes con riesgo de suicidio.	% de centros y servicios con el protocolo asistencial implantado. - Evaluación del cumplimiento del protocolo asistencial.
18. Mejorar la seguridad de pacientes hospitalizados con riesgo de suicidio.	- Existencia protocolos de seguridad. - Número de centros informados y en los que se ha implementado el protocolo de seguridad. - Evaluación del cumplimiento del protocolo de seguridad.
19. Implantar intervenciones psicoterapéuticas, individuales y grupales, para pacientes con riesgo de suicidio.	% de centros y servicios con programas de tratamiento psicológico para la conducta suicida.
20. Implantar el Plan de Seguridad como herramienta de prevención de la conducta suicida.	Existencia de documento sobre el Plan de Seguridad.
21. Introducir las nuevas tecnologías (webs, apps y weblines) como instrumento de abordaje de la conducta suicida.	Número de intervenciones en este ámbito.
22. Editar y divulgar guías de orientación para pacientes y allegados.	Existencia y divulgación de las guías de orientación para pacientes y allegados.
23. Realizar guías de consulta rápida para profesionales.	Existencia y divulgación de guías de orientación para profesionales.

Línea estratégica 4: LIMITACIÓN DE ACCESO A MEDIOS LETALES.

Medidas	Indicadores
24. Identificar los puntos negros arquitectónicos y geográficos de suicidio y crear barreras de acceso.	- Puntos negros identificados. - Puntos negros con acceso limitado.
25. Aumentar el control de prescripción, dispensación, tomas y acopio de fármacos.	Acciones desarrolladas para aumentar el control de prescripción, dispensación, tomas y acopio de fármacos potencialmente letales en caso de sobredosis.
26. Controlar el acceso a pesticidas y otros tóxicos letales.	Acciones realizadas para la limitación del uso de pesticidas y otros tóxicos como medio de suicidio.

Línea estratégica 5: FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.

27. Capacitar a los profesionales sanitarios, sociales y educativos en la detección, abordaje y seguimiento de personas en riesgo de suicidio.	- Nº de actuaciones formativas para profesionales sanitarios, profesionales sociales y educadores realizados. - Nº de profesionales sanitarios, sociales y educativos incluidos en la formación. - Evaluación de las actuaciones formativas.
28. Capacitar a profesionales de cuerpos de seguridad y de primera intervención en manejo de riesgo de suicidio y primeros auxilios psicológicos.	- Nº de cursos para profesionales de cuerpos de seguridad y de primera intervención realizados. - Nº de profesionales de cuerpos de seguridad y de primera intervención formados. - Evaluación de las actividades formativas.
29. Impartir talleres para medios de comunicación sobre el tratamiento informativo de la conducta suicida.	- Nº de talleres para medios de comunicación sobre el tratamiento informativo de la conducta suicida realizados. - Nº de profesionales de medios de comunicación formados. - Evaluación de las actividades formativas.
30. Capacitar a otros agentes sociales (asociaciones, empresas, sindicatos y otros) en la identificación de factores de riesgo, precipitantes y señales de alerta de riesgo de suicidio.	- Número de cursos para otros agentes sociales realizados. - Nº de agentes sociales formados. - Evaluación de las actividades formativas.

Línea estratégica 6: POSTVENCIÓN EN SUPERVIVIENTES

31. Fomentar el asociacionismo y la ayuda mutua entre supervivientes al suicidio.	Nº de asociaciones que incluyan grupos de supervivientes.
32. Proporcionar atención específica para supervivientes de suicidio.	- Nº de centros, servicios y profesionales que realizan intervenciones específicas para supervivientes de suicidio. - Nº de supervivientes atendidos.
33. Implantar técnicas de briefing y debriefing entre profesionales.	- Nº de centros y servicios que realizan actividades de briefing y debriefing. - Nº de profesionales participantes en las actividades.

**Línea estratégica 7: INVESTIGACIÓN Y ALERTA EPIDEMIOLÓGICA
SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA**

Medidas	Indicadores
34. Registrar y analizar los intentos suicidas en los servicios sanitarios.	• Existencia del documento del protocolo de registro. • Nº de intentos de suicidio registrados.
35. Mejorar los procedimientos de tramitación estadística de las defunciones por suicidio en Galicia.	• Existencia de documento con el proyecto epidemiológico. • Cambios realizados en el proceso de adscripción de las defunciones por suicidio. • Nº de defunciones cuya causa de adscripción por suicidio se han visto afectadas.
36. Fomentar la realización de autopsias psicológicas.	• Existencia de documentos del proyecto de autopsia psicológica. • Nº de autopsias psicológicas realizadas. • Porcentaje de suicidios con autopsia psicológica.
37. Crear el Observatorio Gallego del Suicidio, que analice y difunda la información sobre conducta suicida y las buenas prácticas sobre prevención y abordaje.	• Existencia del Observatorio Gallego del Suicidio. • Memoria de actividad del Observatorio. • Evaluación de la calidad del registro.
38. Priorizar la investigación sobre la conducta suicida en los programas y convocatorias autonómicas de investigación institucionales.	• Nº de convocatorias en las que se prioriza la investigación en conducta suicida. • Nº de investigaciones financiadas.

PARTE 5. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN

Para el seguimiento y evaluación del Plan de prevención del suicidio en Galicia se prevé la creación de la Comisión interdepartamental de coordinación para la prevención y atención de las conductas suicidas.

Esta comisión estará formada por representantes de las entidades con responsabilidad en la prevención del suicidio en la Comunidad Autónoma y velará por el adecuado cumplimiento del Plan de prevención del suicidio en Galicia y la correcta coordinación entre todas las entidades implicadas en su desarrollo. La comisión estará dotada de estructura orgánica y funcional suficiente a través de la correspondiente normativa que regule su organización, composición y funciones.

Las funciones de esta comisión incluyen la propuesta anual ante las respectivas instituciones de las acciones a llevar a cabo en la prevención y actuación ante conductas suicidas, y supervisará la evolución de las medidas, actuaciones y compromisos que en el Plan se establecen. Se garantizará una evaluación continua y seguimiento de las medidas estratégicas del plan y de sus respectivos indicadores, así como del cumplimiento y revisión periódica de los protocolos y las acciones de coordinación desarrolladas para la prevención y actuación ante conductas suicidas.

Para ello se incorporaría un instrumento para la autoevaluación de las organizaciones involucradas en relación al grado de implantación de las medidas del plan, permitiendo la evaluación a niveles macro (formulación de políticas y estrategias), meso (gestión de centros y programas asistenciales) y micro (actividad clínica entre profesionales y pacientes)

De la misma forma, emitirá informes anuales que incluyan datos disponibles referidos a conductas suicidas, actividades llevadas a cabo, información de seguimiento y evaluación del plan, y elaboración de propuestas de actividades para el siguiente año.

El Observatorio Gallego del Suicidio dependerá de la comisión interdepartamental para la prevención y atención de las conductas suicidas.

REFERENCIAS

- ¹ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: 2007.
- ² Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- ³ Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Plan Estratéxico de Saúde Mental Galicia 2006-2011. Santiago de Compostela: 2007.
- ⁴ Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Revisión do Plan de Prioridades Sanitarias: 2014-2016. Santiago de Compostela. 2014.
- ⁵ Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. Estrategia Sergas 2014. La sanidad pública al servicio del paciente. Santiago de Compostela; 2014.
- ⁶ Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. Estrategia Sergas 2020. Santiago de Compostela.
- ⁷ Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):248-63.
- ⁸ Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):264-77.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del Suicidio: un imperativo global. Washington: 2014.
- ¹⁰ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- ¹¹ Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet.* 2009;373(9672):1372-81.
- ¹² Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* 2003; 33(3):395-405.
- ¹³ Institute of Medicine (US) Board on Neuroscience and Behavioural Health. Social and cultural factors in suicide risk. 2001. En: *Risk Factors for Suicide: Summary of a Workshop.* [Internet] Washington (DC).
- ¹⁴ McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, de Leo D, et al. Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study. *Psychol Med.* 2006; 36 (1), 45-55.
- ¹⁵ Bobes-García J, Giner-Ubago J, Saiz-Ruiz J, editores. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.
- ¹⁶ Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008; 86 (9), 703-709.
- ¹⁷ Anseán-Ramos A. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2ª Edición. Madrid: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio; 2014.
- ¹⁸ Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry.* 2007; 52(6 Suppl 1):215-335.
- ¹⁹ Almeida OP, Draper B, Snowdon J, Lautenschlager NT, Pirkis J, Byrne G, Sim M, Stocks N, Flicker L, Pfaff JJ. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *Br J Psychiatry.* 2012; 201:466-472.
- ²⁰ Rurup ML, Deeg DJ, Poppelaars JL, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis.* 2011; 32:204-216.
- ²¹ Rudd MD, Berman AL, Joiner TE Jr, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, Van Orden K, Witte T. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav.* 2006; 36 (3):255-62.
- ²² Hosansky, D. Youth suicide: Should government fund more prevention programs? *CQ Researcher.* 2004; 13 (2):127-147.
- ²³ van Heeringen K. The Neurobiological Basis of Suicide. En: Dwivedi Y, editor. *Stress-Diathesis Model of Suicidal Behavior.* Boca Raton (FL): CR Press/Taylor & Francis; 2012.
- ²⁴ Mann J.J, Arango V. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behaviour. *J Clin Psychopharmacol.* 1992;12: S2-S7.

- ²⁵ Jollant F, Guillaume S, Jaussent I, Castelanu D, Malafosse A, Courtet P. Impaired decision making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *J Affect Disord*. 2007; 99:59–62
- ²⁶ Mann J. J. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003; 4:819–828.
- ²⁷ Mann J.J, Haghighi F. Genes and environment: Multiple pathways to psychopathology. *Biological Psychiatry*. 2010; 68:403–404.
- ²⁸ van Heeringen C, Byttemier S, Godfrin K. Suicidal brains: A systematic review of structural and functional brain studies in association with suicidal behaviour. *Neurosci and Biobehav Rev*. 2011a; 35:688–98.
- ²⁹ van Heeringen C, editor. *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. West Sussex; Wiley: 2001.
- ³⁰ Oquendo M.A, Galfalvy H, Russo S, Ellis S.P, Grunebaum M.F, Burke A, Mann J.J. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004; 61:1433–1441.
- ³¹ Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294 (16):2064–74
- ³² OECD. Indicadores de Tasa de Suicidio, 2015. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en <http://goo.gl/6wFb7V>.
- ³³ OECD. Health a Glance – OCDE Indicators 2007. OECD. Paris: 2007 [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/NCso0X>
- ³⁴ OECD/EU Health at a Glance: Europe 2014. OECD. Paris: 2014. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/NCso0X>
- ³⁵ Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte 2015 (publicadas el 27 de febrero de 2017). Madrid: Instituto Nacional Estadística.
- ³⁶ Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio. Datos de Suicidio 2016. [Internet] [citado el 11 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>
- ³⁷ Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20(1):25–31.
- ³⁸ Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2008; 20:32831
- ³⁹ Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. *AnMed Interna*. 2004;21(2):628.
- ⁴⁰ Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A, Oquendo MA, Palao-Vidal D. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*. 2017 May 4;17(1):163.
- ⁴¹ Santurtún M et al. Afecta el medio a los suicidios que se cometen en España? Análisis descriptivo del patrón temporoespacial. *Rev Psiq Salud Mental* 2017; online 7 junio).
- ⁴² Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *RevPsiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014;7(3):139–46. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002> .
- ⁴³ Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA). Memoria de actividades años 2006 a 2015. [Internet] [citado el 11 de marzo de 2017] Disponible en: <http://cpapx.xunta.gal/instituto-de-medicina-legal-de-galicia1>
- ⁴⁴ Xunta de Galicia. Dirección Xeral de Saúde Pública. [Internet] [citado el 11 de marzo de 2017] Disponible en: <http://dxsp.sergas.es>
- ⁴⁵ Fernández-Navarro P, Barrigón ML, Lopez-Castroman J, Sánchez-Alonso M, Páramo M et al. Suicide mortality trends in Galicia, Spain and their relationship with economic indicators. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Disponible en: CJO 2015. doi:10.1017/S2045796015000773
- ⁴⁶ Rivera B, Casal B, Currais L. Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *Eur J Health Econ*. 2017 Jan;18(1):83–96. doi: 10.1007/s10198-015-0760-3.
- ⁴⁷ Iglesias-García C, et al. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>
- ⁴⁸ Organización de las Naciones Unidas. Prevención del Suicidio: directrices para la formulación y la aplicación de estrategias. Washington: UN; 1996.
- ⁴⁹ Organización Mundial de la Salud. Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE) Ginebra: OMS; 2000.
- ⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. Ginebra: OMS; 2000.

- ⁵¹ Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para los medios de comunicación. Ginebra: OMS; 2000.
- ⁵² Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: OMS; 2001.
- ⁵³ Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 2000.
- ⁵⁴ Organización Mundial de la Salud, Asociación Internacional para la prevención del suicidio. Prevención del Suicidio en Cárceles y prisiones. Ginebra: OMS; 2007.
- ⁵⁵ Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra: OMS; 2000.
- ⁵⁶ Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Recursos para consejeros. Ginebra: OMS; 2006.
- ⁵⁷ Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento en el trabajo. Ginebra: OMS; 2006.
- ⁵⁸ Suicide prevention. WHO European Ministerial Conference on Mental Health; Helsinki: World Health Organization; 2005.
- ⁵⁹ World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework. Geneva: WHO; 2012.
- ⁶⁰ Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3 (7):646-59.
- ⁶¹ Ley Nacional de Prevención del Suicidio. Ley 27,130 de abril 6 de 2015. Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- ⁶² Australian Government. Department of Health and Ageing. Living is For Everyone Framework (2007). Commonwealth of Australia: 2008.
- ⁶³ Canadian Association for Suicide Prevention. The CASP National Suicide Prevention Strategy 2009. CASP
- ⁶⁴ Ministerio de Salud. Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. Norma General Administrativa N° 027. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su Implementación. Chile: 2013.
- ⁶⁵ Hendin H, Xiao S, Li X, Thanh Huong T, Wang H et al. Chapter 10: Suicide Prevention in Asia: Future Directions. [Internet]. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en : <https://goo.gl/ptSTS2>.
- ⁶⁶ U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington, DC: HHS, September 2012.
- ⁶⁷ Mittendorfer. E, Wasserman D. The Who European monitoring surveys on national suicide preventive programmes and strategies. *Suicidologi*. 2004 ARG9. NR1.
- ⁶⁸ Martin G, Page A. National Suicide Prevention Strategies: a Comparison. The University of Queensland: 2009. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/GSqwsO>
- ⁶⁹ HM Government. Preventing Suicide in England: a cross-government outcomes strategy to save lives. England: 2011.
- ⁷⁰ Ministerio de Salud Pública (MSP). Dirección General de la salud. Departamento de Programación Estratégica en Salud. Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Para Uruguay 2011-2015. “Un compromiso de Vida”. Montevideo: 2011. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/lfo70P>
- ⁷¹ Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C et al. The European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(1):51-8.
- ⁷² Unión Europea. Programa de Salud-Consumidores, Sanidad y Agencia Ejecutiva de Alimentos. Proyecto PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU). UE; 2011
- ⁷³ Arensman E, Koburger N, Larkin C, et al. Depression Awareness and Self-Management Through the Internet: Protocol for an Internationally Standardized Approach. Eysenbach G, ed. *JMIR Research Protocols*. 2015;4(3) e99.
- ⁷⁴ Dumon E, Portzky G. General Guidelines on suicide prevention. Euregenas Workpackage 6. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en : www.euregenas.eu.
- ⁷⁵ Euregenas: European Regions Enforcing Actions Against Suicide [Internet]. Unión Europea: Euregenas;2012. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.euregenas.eu/>
- ⁷⁶ Comisión Europea. (Saving and Empowering Young Lives in Europe). UE; 2009-2011. Documento N°: SEYLE UE-09-223091

- ⁷⁷ Wasserman C, W Hoven C, Wasserman D, Carli V, et al. Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: lessons learned from the saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*. 2012 Sep 12;1;1
- ⁷⁸ MONSUE. Monitoring Suicidal Behaviour in Europe Project. Final Report. On the Implementation of the Action. MONSUE; 2010.
- ⁷⁹ The SUPREME Project: Suicide Prevention through Internet and Media Based Mental Health Promotion [Internet]. EU: SUPREME Project.org; 2011. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.supreme-project.org/>
- ⁸⁰ Junta de Andalucía. Consejería de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Documento para validación, [No Publicado - de próxima aparición].
- ⁸¹ FSME: Fundación Salud Mental España [Internet]. Madrid: FSME; 2015. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/61T4LS>
- ⁸² Sáiza P, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, Patricia Burón P et al. Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2014; 7 (3).
- ⁸³ Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C et al. The European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(1):51-8.
- ⁸⁴ Cebría AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord*. 2013; 147(1-3):269-76.
- ⁸⁵ Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codirisc de suïcidi (CRS). Barcelona. CatSalud. Instrucció 10/2015. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/f8yj65>
- ⁸⁶ López-Castroman J, Méndez-Bustos P, Pérez-Fominaya M, Villoria-Borrego L, Zamorano-Ibarra MJ et al. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(3):142-8
- ⁸⁷ Gobierno de la Rioja. Consejería de Sanidad. III Plan de Salud Mental 2016-2020. [Documento Borrador].
- ⁸⁸ Gobierno de Navarra. Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas. Navarra: 2014.
- ⁸⁹ Reijas M T, Ferrer E, González A e Iglesias F. Evaluación de un Programa de Intervención en conducta suicida. *Actas Esp Psiquiatría*. 2013; 41 (5) 279-86.
- ⁹⁰ Triñanes Pego Y, Senra Rivera C, Seoane Pesqueira G, González García A, Alvarez Ariza M, De las Heras Liñero H, Atienza Merino G. Satisfacción y utilidad percibidas por pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención de suicidio. *Revista de calidad asistencial*, 2014 29 (1) :36-42
- ⁹¹ García-Caballero A y cols. Adaptación y Validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPA) en Español. *Actas Esp. Psiquiatría*. 2010; 38 (6), 332-9.
- ⁹² Fernández-Cabana M, García-Caballero A, Alves-Pérez M T, García-García M J, and Mateos R. Linguistic analysis of suicide notes in Spain. *Eur. J. Psychiat*. 2015; 29 :(2) :145-55
- ⁹³ Servizo Galego de Saúde. Xerencia Estructura Xestión Integrada Vigo. Protocolo de Actuación Manejo de Urgencias Psiquiátricas en el Hospital Álvaro Cunqueiro. [Documento Interno].
- ⁹⁴ Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Protocolos de intervención en urxencias extrahospitalarias 061. [Documento Interno].
- ⁹⁵ Xunta de Galicia. Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria [Internet]. Galicia: Xunta de Galicia; 2015. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/reGrDi>
- ⁹⁶ De Leo D, Padoani W, Scocco P, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal Behaviour. *Int J GeriatrPsych*, 2001; 16:300-310.
- ⁹⁷ Santana da Silva T, BotelhoSougey E, Silva J. Estigma social en el comportamiento suicida: reflexiones bioéticas. *Rev. Bioét*. 20015; 223 (2): 427-34.
- ⁹⁸ Buus N, Caspersen J, Hansen R, Stenager E, Fleischer E. Being the parent of a son or daughter who has a emptied suicide: a qualitative focus group study. *J AdvNurs*. 2014;70(4):823-32.
- ⁹⁹ Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol*. 2014;49(2):231-39.
- ¹⁰⁰ Sisask M, Värnik A. Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9 (1):123-138.
- ¹⁰¹ Hawton K., Williams K. Influences of the media on suicide. *British Medical Journal*, 2002, 325 (7377):1374-1375.

- ¹⁰² Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2010
- ¹⁰³ Dumesnil H, Verger P. Public Awareness Campaigns About Depression and Suicide: A Review. *Psychiatr Serv.* 2009; 60:1203–13.
- ¹⁰⁴ Haas A, Koestner B, Rosenberg J, Moore D, Garlow SJ, Sedway J, et al. An interactive Web-based method of outreach to college students at risk for suicide. *J Am Coll Health.* 2008;57(1):15–22.
- ¹⁰⁵ Manning J, Vandeusen K. Suicide prevention in the dot com era: technological aspects of a university suicide prevention program. *J Am Coll Health.* 2011;59 (5):431–3.
- ¹⁰⁶ Barak A. Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in Human Behavior.* 2007;23(2):971–984.
- ¹⁰⁷ Lai MH, Maniam T, Chan LF, Ravindran AV. Caught in the Web: A Review of web-based suicide prevention. *J Med Internet Res.* 2014;16(1): e30.
- ¹⁰⁸ Greidanus E, Everall RD. Helper therapy in an online suicide prevention community. *Br J Guid Counc.* 2010; 38(2):191–204.
- ¹⁰⁹ Miller K. The potential role of the Internet in suicide prevention. *Counselling, Psychotherapy, and Health.* 2009;5(1):109–30.
- ¹¹⁰ Recupero R, Harmss E, Noble JM. Googling suicide: surfing for suicide information on the internet. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(6):878–88.
- ¹¹¹ Luxton DD, June JD, Fairall JM. Social Media and Suicide: A Public Health Perspective. *Am J Public Health.* 2012;102(Suppl 2): S195-S200.
- ¹¹² Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(9):466.
- ¹¹³ Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2002 ;159 (6): 909-16.
- ¹¹⁴ Riblet NBV et al. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* 2017 Apr 20.
- ¹¹⁵ National Suicide Prevention Lifeline. Crisis Center Guidance: Follow-up with Callers and Those Discharged from Emergency Department and Inpatient Settings [Internet]. [citado 11 marzo 2017]. EEUU: Suicide Prevention Line; 2012.
- ¹¹⁶ Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 ;62(4):427-32.
- ¹¹⁷ Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S. Suicide Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review. *Global Journal of Health Science.* 2016;8(5):145-53.
- ¹¹⁸ While D, Bickley H, Roscoe A, Windfur K, Rahman S, Shaw J, Kapur N. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet.* 2012;379(9820):1005-12.
- ¹¹⁹ Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ.* 2006;332 (7552):1241-45.
- ¹²⁰ Cebria AI, Pérez-Bonaventura I, Cuijpers P, Kerkhof A, Parra I, Escayola A, et al. Telephone Management Program for Patients Discharged from an Emergency Department After a Suicide Attempt: A 5-Year Follow-Up Study in a Spanish Population. *Crisis.* 2015;36(5):345-52.
- ¹²¹ Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv.* 2001 ;52(6):828-33.
- ¹²² Sher L, LaBode V. Teaching health care professionals about suicide safety planning. *Psychiatr Danub.* 2011; 23 (4):396-7.
- ¹²³ Christensen H, Batterham PJ, O’Dea B. E-Health Interventions for Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2014;11 (8):8193-212.
- ¹²⁴ Ybarra M.L., Eaton W.W. Internet-based mental health interventions. *Mental Health Serv. Res.* 2005; 7:75–87.
- ¹²⁵ Christensen H., Petrie K. Online mental health Programs — Promising tools for suicide prevention. *Med. Today.* 2014; 15:66–68
- ¹²⁶ Jashinsky J, Burton SH, Hanson CL, West J, Giraud-Carrier C, Barnes MD, Argyle T. Tracking suicide risk factors through twitter in the US. *Crisis.* 2014; 35:51–9.
- ¹²⁷ Hawton K. Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis.* 2007; 28:4–9.

- ¹²⁸ Barber CW, Miller MJ. Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. *Am J Prev Med.* 2014 Sep;47 (3 Suppl 2): S264-72.
- ¹²⁹ Lin JJ, Lu TH. Association between the accessibility to lethal methods and method-specific suicide rates: An ecological study in Taiwan. *J. Clin. Psychiatry.* 2006; 67:1074-79.
- ¹³⁰ Bennewith O, Nowers M, Gunnell D. Suicidal behaviour and suicide from the Clifton Suspension Bridge, Bristol and surrounding area in the UK: 1994-2003. *Eur. J. Public Health.* 2011; 21:204-8.
- ¹³¹ Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling Access to Suicide Means. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8(12):4550-62.
- ¹³² Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, Cooper J. Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self-poisoning in the United Kingdom: Before and after study. *BMJ.* 2001; 322:1203-7.
- ¹³³ Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health.* 2007 Dec; 7:357:1-357:15.
- ¹³⁴ Mohamed F, Manuweera G, Gunnell D, Azher S, Eddleston M, Dawson A, Konradsen F. Pattern of pesticide storage before pesticide self-poisoning in rural Sri Lanka. *BMC Public Health.* 2009; 9:405.
- ¹³⁵ Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA.* 2005; 294:2064-74.
- ¹³⁶ Osteen PJ, Frey JJ, Ko J. Advancing training to identify, intervene, and follow-up with individuals at risk for suicide through research. *Am. J. Prev. Med.* 2014;47 (Suppl. 2): S216-S221.
- ¹³⁷ de Beurs DP, Bosmans JE, De Groot MH, De Keijser J, Van Duijn E, De Winter RF, Kerkhof AJ. Training mental health professionals in suicide practice guideline adherence: Cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *J. Affect. Disord.* 2015; 186:203-10.
- ¹³⁸ Ramberg IL, Di Lucca MA, Hadlaczk G. The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. *Int J of Environ Res and Public Health.* 2016;13 (2):195.
- ¹³⁹ Hawton K, Williams K. Influences of the media on suicide. *BMJ.* 2002; 325:1374-75.
- ¹⁴⁰ Pae C-U. Influence of media on suicide: proper coverage of media on suicide report. *J Korean Med Sci.* 2014;29(11):1583-4.
- ¹⁴¹ Centre for Mental Health in the Workplace. Suicide Prevention [Internet]. Manitoba: The Great-West Life Assurance Company; 2005-2016. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/jbSzhU>
- ¹⁴² Tiesman, HM, Konda S, Hartley D, Chaumont Menéndez C, Ridenour M, Hendricks S. Suicide in U.S Workplaces, 2003-2010: a comparison with non-workplace suicides. *Am J Prev Med.* 2015;48(6): 674-82.
- ¹⁴³ Sakinofsky I. The Aftermath of Suicide: Managing Survivors' Bereavement. *Can J Psychiatry.* 2007;52 (10S1):129S-36S
- ¹⁴⁴ Aguirre RTP, Slater H. Suicide postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the United States. *Death Studies.* 2010; 34:529-40.
- ¹⁴⁵ Mead S, MacNeil C. Peer support: What makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation.* 2006; 10 (2), 29-33.
- ¹⁴⁶ Solomon, P. Peer Support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J.* 2004; 27 (4), 392-401.
- ¹⁴⁷ Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. Sense-making, grief, and the experience of violent loss: toward a mediational model. *Death Studies.* 2006; 30 (5), 403-428.
- ¹⁴⁸ Beautrais AL. Suicide Postvention - Support for Families, Whānau and Significant Others after a Suicide: A literature review and synthesis of evidence. Christchurch: Christchurch School of Medicine & Health Services; 2004.
- ¹⁴⁹ Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, Zisook S. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012;14(2):177-86.
- ¹⁵⁰ Rawlinson D, Waegemakers J, Barlow S, Barlow C. New Scholarship in the Human Services. 2009; 8 (2).
- ¹⁵¹ LichtenthalWG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review.* 2004; 24 (6), 637-662.
- ¹⁵² Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged Grief Disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine.* 2009;6(8): e1000121.
- ¹⁵³ McDaid C, Trowman R., Golder S, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2008; 193:438-43.

-
- ¹⁵⁴ Bowers L, Simpson A, Eyres S, Nijman H, Hall C, Grange A, Phillips L. Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: The Tompkins Acute Ward study. *Int J Ment Health Nurs*. 2006; 15 (4), 226- 34.
- ¹⁵⁵ Takahashi C, Chida F, Nakamura H, Akasaka H, Yagi J, Koeda A. et al. The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC psychiatry*. 2011, 11(1): 38.
- ¹⁵⁶ Gulfi A, CastelliDransart DA, HeebJL, Gutjahr E. The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis*. 2010, 31 (4), 202-210.
- ¹⁵⁷ Ting L, Sanders S, Jacobson JM, Power JR. Dealing with the aftermath: a qualitative analysis of mental health social workers' reactions after a client suicide. *Soc Work*. 2006, 51 (4), 329-41.
- ¹⁵⁸ Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health. Evidence In-Sight: Staff psychological debriefing model following the death of a patient or a traumatic event. [Internet]. Ontario: Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health; 2013. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/wlSwPo>
- ¹⁵⁹ Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagu G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general. *Med Clin (Barcelona)* 2007;129(13):494-500.
- ¹⁶⁰ Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. [citado 11 marzo 2017]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
- ¹⁶¹ Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003; 33(3):395-405.
- ¹⁶² Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AA. Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are they Methodologically Flawed? *Death Studies*. 2012; 36 (7):605-26.



galicia

Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria

Plan

5

C



XUNTA
DE GALICIA