



VIVIR ES LA SALIDA

**Plan de prevención del suicidio
y manejo de la conducta suicida**



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN
 - Datos epidemiológicos
 - Fuentes de información y registro de datos
3. FACTORES DETERMINANTES Y MITOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA.
4. PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA
 - 4.1 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES
 - 4.2 OBJETIVOS, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES
 - ESTRATEGIA CLAVE 1: Promoción de la salud mental positiva y prevención de los comportamientos suicidas
 - ESTRATEGIA CLAVE 2: Detección del riesgo de conducta suicida
 - ESTRATEGIA CLAVE 3: Manejo de la conducta suicida
 - ESTRATEGIA CLAVE 4: Formación
 - ESTRATEGIA CLAVE 5: Sistemas de información e investigación epidemiológica
 - 4.3 INTERVENCIONES E INDICADORES DE EVALUACIÓN
5. MENSAJES CLAVE
6. COMITÉ DE ELABORACIÓN
7. BIBLIOGRAFÍA
8. ANEXOS.
 - 8.1 SEÑALES DE ALARMA DE RIESGO DE SUICIDIO
 - 8.2 ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO
 - 8.3 ALGORITMO DE ATENCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública y se calcula que cada año se suicidan más de 800.000 personas en el mundo y por cada una de ellas se realizan muchos más intentos de suicidio. Además, los suicidios y los intentos de suicidio afectan, tanto directa como indirectamente a otras personas y generan un grave impacto sobre quienes sobreviven “survivors”, como cónyuges, madres y padres, hijos e hijas, familia, amistades, personas del ámbito laboral y coetáneas, tanto a corto como a largo plazo. Se estima que cada suicidio afecta de forma directa de seis a catorce familiares o amistades (Jordan&Mcintosh 2011).

Los datos de los que se dispone actualmente confirman que el suicidio es prevenible y que se precisa de un enfoque multisectorial para que las estrategias de prevención sean eficaces.

La OMS en 2008, en el Programa de Acción para superar las brechas en salud mental, considera el suicidio como una de las cuestiones prioritarias y proporciona asesoramiento técnico basado en datos científicos para mejorar y ampliar la prestación de servicios en los diferentes países y el Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS 2013-2020, compromete a los Estado Miembros a trabajar en pro de la meta mundial de reducir para el 2020 un 10% la tasa de suicidio.

En 2014, la OMS publica el informe “LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, UN IMPERATIVO GLOBAL”, alentando a los países a considerar la prevención del suicidio como una prioridad alta en sus programas, ya que mediante intervenciones oportunas y eficaces (basadas en datos científicos), tratamiento y apoyo, pueden prevenirse tanto suicidios como tentativas. Por otra parte, en el informe se plantea que la carga del suicidio no pesa sólo en el sector de la salud, sino que tiene repercusiones múltiples sobre otros muchos sectores y sobre la sociedad en su conjunto. Por ello, para prevenir eficazmente el suicidio, los países deben emplear un enfoque multisectorial que aborde la magnitud de este problema de una manera integral, siendo los ministerios de salud los responsables de liderar la participación de otros ministerios como parte de un esfuerzo integral.

El conocimiento acerca del comportamiento suicida ha aumentado enormemente en los últimos decenios. La investigación ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas. Al mismo tiempo, la epidemiología ha ayudado a identificar muchos factores de riesgo y de protección frente al suicidio, tanto en la población general como en grupos vulnerables. También se ha observado variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio y como la cultura puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas o proteger contra estos.

Los datos científicos avalan que muchos suicidios son evitables, pero a pesar del aumento de investigaciones y del conocimiento de que los suicidios son prevenibles, no siempre se ha reconocido la prioridad que tiene. Por otra parte, el estigma y el tabú persisten, por lo que muchas personas no buscan ayuda e incluso cuando la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no logran proporcionar una ayuda oportuna y eficaz (OMS 2014).

En cuanto a las políticas, un total de 28 países tienen hoy estrategias nacionales de prevención del suicidio, estableciendo el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, en el que, organizado por la AIPS (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio) y copatrocinado por la OMS, se quiere reconocer y remarcar la importancia de este problema. Este día ha contribuido a concienciar y reducir la carga de estigma en todo el mundo.

En el ámbito académico, también ha habido un interés en el estudio de este problema, creándose diversas unidades de investigación y cursos de capacitación para diferentes entornos, como escuelas, ambientes militares y prisiones.

A fin de mejorar la evaluación y el manejo de las conductas suicidas se está recurriendo a profesionales de la salud no especializados con el objetivo de proporcionar ayuda práctica en diferentes entornos, a través de grupos de apoyo mutuo entre familiares y personal voluntario.

Otro elemento clave en la prevención del suicidio es la restricción de los medios utilizados para su consecución. Para poder llevar a cabo una política de restricción se requiere, por una parte, un conocimiento de los métodos utilizados en las diferentes regiones y grupos sociales y, por otra, una colaboración entre diferentes sectores.

Además, la prevención del suicidio requiere una visión, un conjunto de estrategias y un liderazgo sostenido para que las metas de prevención puedan lograrse. En este sentido, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, recoge la priorización de actuar en la prevención y detección precoz de la conducta suicida.

Pero para dar respuesta al suicidio y que esta sea eficaz, es fundamental disponer de un Plan de Prevención del Suicidio que refleje el compromiso político de ocuparse de este problema, definiendo la prevención como una prioridad multisectorial que incluye no sólo al sector de la salud, sino también los de educación, empleo, bienestar social y justicia, entre otros.

Este Plan debe establecer mejores prácticas e intervenciones basadas en datos científicos con un abordaje integral y para ello, los servicios de salud tienen que contemplar la prevención del suicidio como un componente central y evaluar regularmente los resultados para que se tengan en cuenta en la planificación

futura. Identificar los grupos vulnerables, detectar precozmente el riesgo de suicidio, mejorar el acceso a los servicios, prestar una atención protocolizada, entre otros, son metas del Plan.

La elaboración del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, se engloba en los objetivos de la Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020, como una de las acciones prioritarias a llevar a cabo.

2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

La vigilancia de la prevalencia, las características demográficas y los métodos utilizados suministran una información importante que ayuda a evaluar las estrategias de prevención. Cuando se combina la información sobre las muertes por suicidio, por sexo, edad y método, esta información ayuda a identificar dentro de la comunidad a los grupos de alto riesgo.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

A nivel mundial, cada 40 segundos se suicida una persona, lo que representa una tasa anual de suicidio de 11,4 por 100 000 habitantes, con unas tasas de 15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres. En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre/mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer.

El suicidio representa el 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y el 71% entre mujeres. Respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto en hombres como en mujeres, en casi todas las regiones del mundo.

En algunos países, las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, siendo a nivel mundial, la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años.

El 50% de las personas que se suicidan han presentado una tentativa previa, siendo éste el factor de riesgo más importante en la población general, por lo que es fundamental disponer de un sistema de información que proporcione datos de calidad y accesibilidad a los mismos. Se estima que el riesgo en estas personas con tentativas previas es 100 veces superior a la población general y cuatro veces superior a personas con un trastorno mental.

En cuanto a Europa, el suicidio es uno de los mayores problemas de salud pública, estimándose una prevalencia de 11,8 por 100.000 habitantes (Eurostat 2010) afectando a personas de cualquier edad, cultura o grupo poblacional.

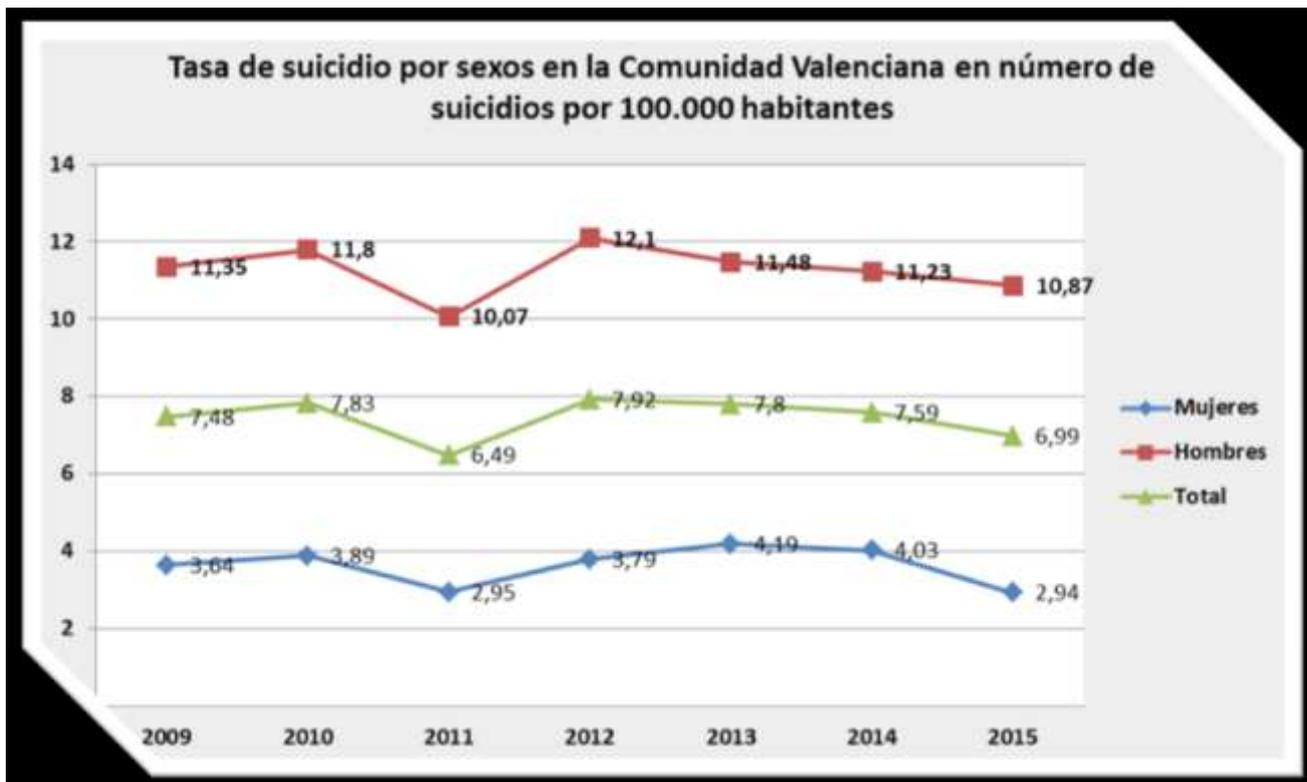
En España, el suicidio es la primera causa de muerte por factores externos. Se producen 1,8 suicidios por cada accidente mortal, 11,7 suicidios por cada homicidio y 68,1 suicidios por cada muerte por violencia de género. Según los datos del INE, las muertes por suicidio han aumentado considerablemente en los últimos 15 años. En el año 1989, fallecieron en España 5940 personas por accidente de tráfico y, por suicidio, perdieron la vida 2987 personas. En 2015, los fallecimientos por accidente de tráfico fueron 1880, mientras que por suicidio perdieron la vida 3602 personas. En los últimos 35 años, la relación entre muertes por accidente de tráfico y por suicidio prácticamente se ha invertido (1:2-2:1).



Evolución de los suicidios en España desde el año 2010 al 2015.

Datos del Instituto Nacional de Estadística

La tasa de suicidio en la Comunidad Valenciana ocupa el duodécimo lugar entre las Comunidades Autónomas, con 6.99 casos por cada 100,000 habitantes, siendo inferior a la media de España, que en el año 2015 fue de 7.76 casos cada 100,000 habitantes y el tercero en cuanto al número de suicidios (348 en 2015).



Evolución de la tasa de suicidio por sexos en la Comunidad Valenciana desde el año 2009 hasta el 2015

Datos del Instituto Nacional de Estadística

La relación de suicidios entre hombres y mujeres es de 3,7 a 1 en la Comunidad Valenciana, mientras que la media estatal es de 2.9 a 1.



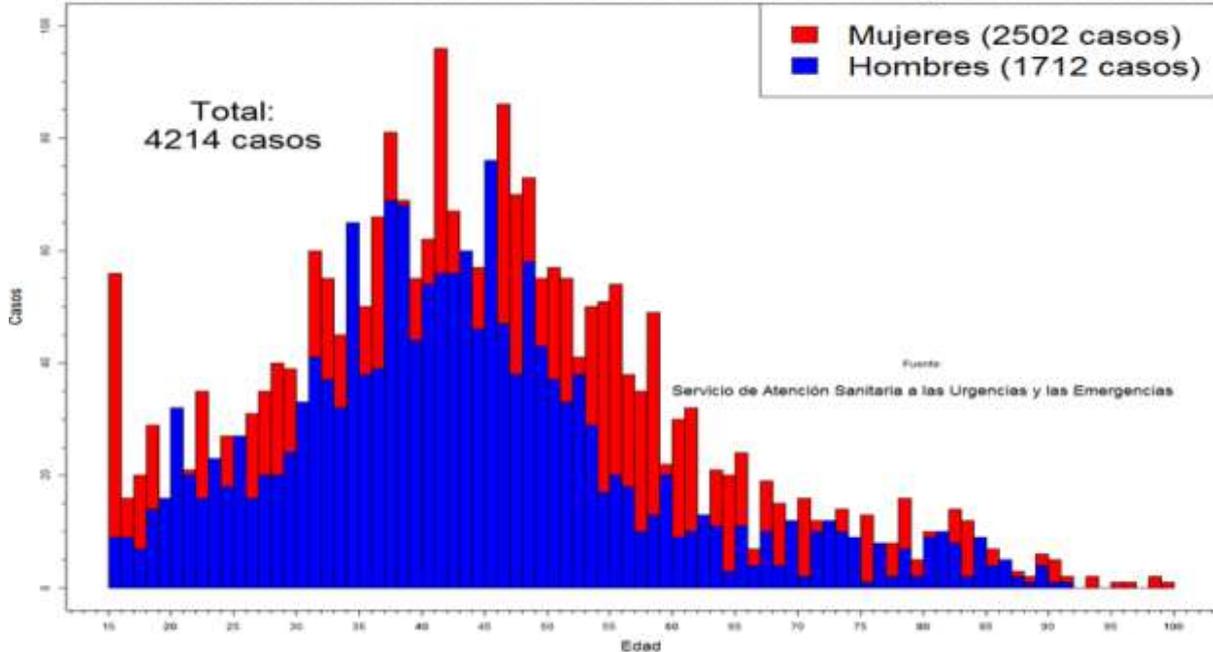
Tasa de suicidios por grupos de edad y sexo en la Comunidad Valenciana desde el 2015

Datos del Instituto Nacional de Estadística

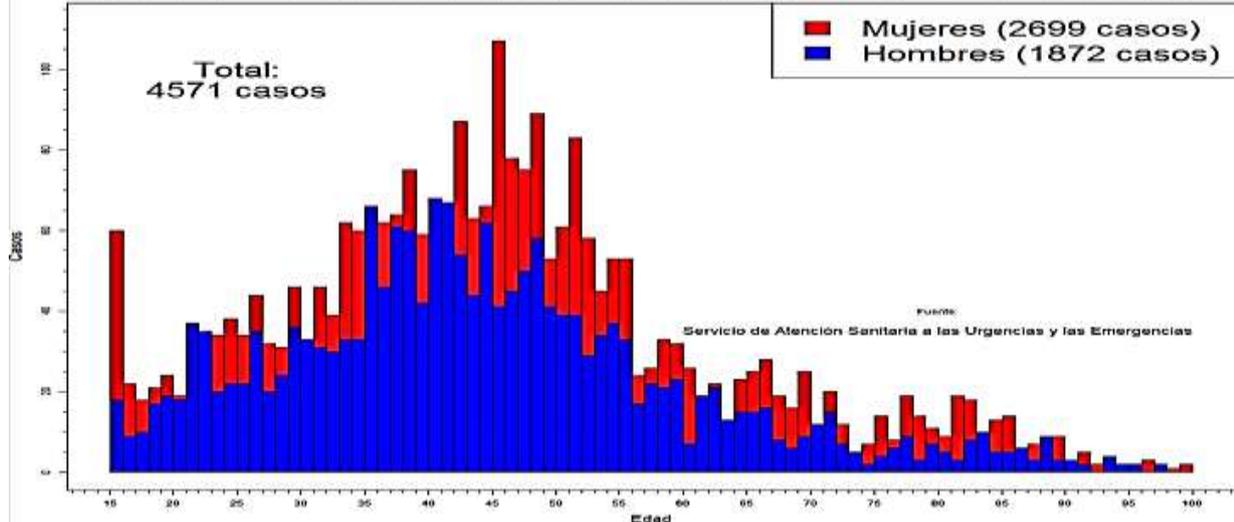
De los datos se concluye que el riesgo de suicidio aumenta con la edad, sobre todo en varones de más de 70 años, llegando a tasas por encima de 30 suicidios por cada 100.000 en edades avanzadas.

Respecto a los intentos de suicidio, según los datos del Servicio de Atención Sanitaria a las Urgencias y Emergencias de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública, en los años 2014 y 2015 hubo un total de 4.214 y 4.571 tentativas respectivamente. Al analizar estos datos, encontramos que las mujeres realizan casi 1,5 tentativas de suicidio más que los hombres y que el grupo de mujeres de 15 a 16 años presenta un número de tentativas mucho mayor respecto al grupo de edad entre 16 y 30 años.

Distribución Intentos Suicidio 2014 Servicio de Emergencias Sanitarias



Distribución Intentos Suicidio 2015 Servicio de Emergencias Sanitarias



Los datos sobre tentativas de suicidio se refieren exclusivamente a los que recogen las Unidades SAMU y SBV.

FUENTES DE INFORMACIÓN

El sistema de registro, tanto para suicidios consumados como para tentativas, necesita optimizarse. En la actualidad, los datos referentes a suicidios consumados se obtienen a través del Instituto Nacional de Estadística en el apartado de “Defunciones por causa de muerte – causas externas de mortalidad en el grupo 098 Suicidio y lesiones autoinflingidas con los códigos X60-X84.” recogidos a partir del certificado de defunción.

En la Comunidad Valenciana existe la posibilidad de acceder a los datos sobre tentativa de suicidio de personas atendidas por el SAMU y el SVB que centraliza el Servicio de Atención Sanitaria a las Urgencias y Emergencias.

DEFINICIONES

Para poder registrar los datos es imprescindible definir las conductas. A continuación se definen los términos para denominar las diferentes situaciones que pueden tener lugar en este ámbito, según la terminología internacional:

- Suicidio: es el acto deliberado de quitarse la vida.
- Intento de suicidio: es el comportamiento que no causa la muerte y se refiere a intoxicación autoinflingida, lesiones o autoagresiones intencionales, que pueden o no tener una intención de resultado mortal.
- Conducta suicida/comportamiento suicida: engloba una diversidad de comportamientos como pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.

3. FACTORES DETERMINANTES Y MITOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

Diferentes investigaciones han mostrado que la conducta suicida constituye un problema complejo y multifactorial, que no se debe a una causa única, y en la que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

La base de toda respuesta eficaz de prevención del suicidio es la identificación de los factores de riesgo y la mitigación de los mismos mediante intervenciones apropiadas. Lo más frecuente es que estos factores actúen acumulativamente, aumentando la vulnerabilidad de la persona al comportamiento suicida. Por otra parte, igualmente importantes que los factores de riesgo, son los factores protectores, por lo que el fortalecimiento de estos factores también es un objetivo esencial en la prevención del suicidio.

FACTORES DE RIESGO

La lista de factores de riesgo es exhaustiva, la importancia de cada uno dependerá en parte del contexto, pudiendo contribuir directamente muchos de ellos a comportamientos suicidas, pero pueden influir también indirectamente en la sensibilidad individual a los trastornos mentales.

Aunque la conexión entre el suicidio y los trastornos mentales está bien establecida, crecientes datos científicos indican que el contexto es indispensable para comprender el riesgo de suicidio.

Dados los múltiples factores que intervienen, las actividades de prevención requieren un enfoque multisectorial que aborde los diversos grupos de población y de riesgo y sus contextos a lo largo de todo el ciclo de vida.

SISTEMAS DE SALUD	Barreras para obtener acceso a la atención de salud
SOCIEDAD	Acceso a medios utilizables para suicidarse
	Notificación inapropiada por los medios de difusión
	Estigma asociado a comportamientos de búsqueda de ayudas
COMUNIDAD	Desastres, guerras y conflictos
	Estrés por desplazamientos y aculturación
	Discriminación
RELACIONES	Traumas o abuso
	Sentido de aislamiento y falta de apoyo social
	Conflictos en las relaciones, disputas, pérdidas
INDIVIDUO	Intento de suicidio anterior
	Trastornos mentales
	Consumo nocivo de alcohol
	Pérdida de trabajo y financiera
	Desesperanza
	Dolor crónico
	Antecedentes familiares de suicidio
Factores genéticos y biológicos	

Principales factores de riesgo de suicidio. Fuente: OMS 2014

FACTORES DE PROTECCIÓN

En contraposición a los factores de riesgo están los factores de protección, orientando muchas intervenciones de prevención al fortalecimiento de estos factores. Se consideran factores de protección:

Sólidas relaciones personales.

El mantenimiento de relaciones estrechas sanas puede actuar como protector. El círculo próximo de una persona puede tener gran influencia y puede ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero que amortigüe los factores externos estresantes. Las relaciones son especialmente protectoras para adolescentes y personas mayores. También se ha visto que este factor de apoyo disminuye el riesgo de suicidio asociado a traumas en la infancia.

Creencias religiosas o espirituales.

Este factor genera muchas cautelas porque la fe, aunque proporciona un sistema estructurado de creencias, algunas veces puede contribuir al estigma desalentando a la búsqueda de ayuda. El valor protector de la religión y la espiritualidad está en relación al acceso a una comunidad socialmente cohesiva que comparte un conjunto de valores, pero también hay que tener en cuenta que depende de los contextos culturales. Los estudios al respecto no son definitivos (Anseán, 2014).

Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida.

El bienestar se relaciona en parte con rasgos de personalidad que determinan la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación frente al estrés y a los traumas. La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida. Una buena autoestima, competencia personal y capacidad de resolver problemas (incluida la capacidad de pedir ayuda) mitigan la repercusión de las adversidades.

MITOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

Hay muchos conceptos erróneos y prejuicios con respecto a la conducta suicida, que se contradicen con la evidencia científica. A continuación se presentan algunos de los más comunes (OMS 2014).

MITO	HECHO
Quienes hablan del suicidio no tienen la intención de cometerlo	Quienes hablan 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	La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Desde luego, algunos suicidios se cometen sin advertencia previa. Pero es importante conocer los signos de advertencia y tenerlos presente
La persona suicida está decidido a morir	Por el contrario, la persona suicida suele 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 a corto plazo y específico según la situación. Aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes, y quien haya tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida
Sólo 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 están afectadas por el comportamiento suicida y no todas las personas que se quitan la vida tiene 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 saben 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.

4. PLAN DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

4.1 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

Misión

El Plan de Prevención de Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida tiene como misión prevenir las conductas suicidas y disminuir las tasas de suicidio en la Comunidad Valenciana.

Visión

El plan de prevención de suicidio y manejo de la conducta suicida va a ser la referencia para el crecimiento de conocimiento sobre la conducta suicida, la aplicación de estrategias de promoción, prevención, detección precoz y el desarrollo de una red de atención de calidad, contando con la participación de todos los implicados desde una perspectiva integral.

Valores

Los valores necesarios para el desarrollo del Plan están orientados a la accesibilidad a los servicios, el compromiso de profesionales, el respeto a los derechos de las personas, a la calidad, a la equidad en la atención, la integración de la perspectiva de género y a la responsabilidad social.

4.2 OBJETIVOS, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES

Los suicidios son prevenibles y existen medidas eficaces que se pueden adoptar. Entre las medidas que propone la OMS, para la prevención del suicidio, se encuentran: reducir el acceso a medios para autolesionarse o suicidarse, realizar una praxis informativa responsable por parte de los medios de comunicación, implementar la protección de las personas con elevado riesgo de suicidio, detectar precozmente el riesgo suicida y abordar y tratar adecuadamente las conductas suicidas.

En términos operativos, el objetivo será reducir, la tasa de suicidios y de tentativas, comparada con la tasa media anual de los últimos 5 años (7.36 casos por cada 100.000 habitantes en el periodo 2011-2015), en el periodo 2016-2020.

Las Estrategias y acciones generales del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la conducta suicida:

Estrategias universales, selectivas e indicadas de promoción y prevención.

- Potenciar la realización de talleres específicos para prevenir la depresión en centros educativos.
- Mejorar la información de la población sobre el suicidio
- Mejorar la lucha contra el estigma de los problemas de salud mental.
- Mejorar la atención de *Bullying* y *Cyberbullying*

La mejora en la detección precoz del riesgo suicida.

- Mejorar la detección del riesgo de suicidio en las mujeres en situación de violencia de género.
- Mejorar la detección de la violencia de género en mujeres a las que les ha sido detectado riesgo de suicidio
- Mejorar la detección de la depresión en población infanto-adolescente en el ámbito educativo.
- Mejorar la detección del riesgo de suicidio de hijos e hijas en edad infanto-adolescente de víctimas de violencia de género.

Las actuaciones en el ámbito sanitario ante la conducta suicida.

- Mejorar la atención de los problemas de salud mental de las personas mayores
- Mejorar la detección de la depresión en las personas mayores
- Mejorar la atención a las personas con trastornos depresivos
- Mejorar la atención a las personas con TLP
- Mejorar la atención a las personas con problemas de salud mental graves
- Mejorar la detección de las personas con conductas suicidas
- Mejorar la atención a las personas con conductas suicidas.
- Mejorar la continuidad asistencial de las personas con conductas suicidas.
- Mejorar la atención a las personas supervivientes del suicidio

La coordinación con otros sectores

- Limitar el acceso a los medios utilizados para el suicidio en la comunidad
- Mejorar la detección de la depresión en personas de situación de cumplimiento penitenciario
- Mejorar la vinculación de las personas sin hogar a los servicios de salud mental

La formación de profesionales

- Desarrollar acciones formativas para profesionales de Atención primaria, Urgencias y Emergencias dirigidas a mejorar la detección del suicidio.
- Desarrollar acciones formativas para profesionales de Salud mental dirigidas a la detección y la atención de las personas con conductas suicidas.
- Desarrollar acciones formativas para profesionales de otros sectores (educación, servicios sociales, policía...)

La investigación epidemiológica

- Mejorar el conocimiento sobre la epidemiología del suicidio y la conducta suicida en la Comunidad Valenciana.

ESTRATEGIAS CLAVE

ESTRATEGIA 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL POSITIVA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

El concepto de salud mental positiva representa un cambio de paradigma donde la salud mental no es sólo la ausencia de enfermedad sino un estado emocional positivo que supone disfrutar de una serie de capacidades y recursos que permiten a las personas resistir adversidades y crear condiciones que posibilitan su máximo desarrollo posible (resiliencia). Esta perspectiva positiva concibe la salud mental como un pilar fundamental para el bienestar y el funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial.

La promoción de la salud mental positiva consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida individuales, sociales y ambientales que propicien una buena salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Un ambiente de respeto y protección de los derechos humanos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos, resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

El fomento de la salud mental incluye varias estrategias, que pueden ser instauradas tanto a nivel individual, como a nivel comunitario, o en ambos niveles (Alberto Fernández Liria, 2009):

- Desde una perspectiva individual, las estrategias para la promoción de la salud mental se orientan hacia la promoción de la autoestima, la resiliencia, las capacidades de relación personal y las habilidades sociales.
- Desde un enfoque comunitario, los objetivos se orientan a la inclusión social, la participación activa en la comunidad, potenciar las redes sociales, a la mejora de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales en la escuela, el trabajo y las entidades comunitarias que permita desarrollar un modelo de sociedad más inclusivo, participativo y solidario.
- Aplicando una visión social más general, que afecta tanto al ámbito comunitario como individual, los objetivos van dirigidos a cuestiones de mayor amplitud como el estigma, la marginación o la discriminación, la integración educativa y laboral y todo aquello que permita desarrollar un modelo de sociedad más inclusivo, participativo y solidario.

En cuanto a la prevención del suicidio, para asegurar la eficacia de las políticas de prevención es necesario plantear el modelo Universal-Selectiva-Indicada, que define tres niveles de actuación:

- Universal, para toda la población, como son la detección precoz de problemas de salud mental como depresión en AP, aumentar el acceso a la atención de salud, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de comunicación.
- Selectiva, dirigida a grupos vulnerables, como son las ayudas prestadas a través de las líneas telefónicas o APPs,
- Indicada, dirigida a personas vulnerables específicas mediante el apoyo en la comunidad, el seguimiento a las personas con conductas suicidas previas, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de las personas con trastornos mentales, con adicciones y/o con tentativas previas de suicidio.

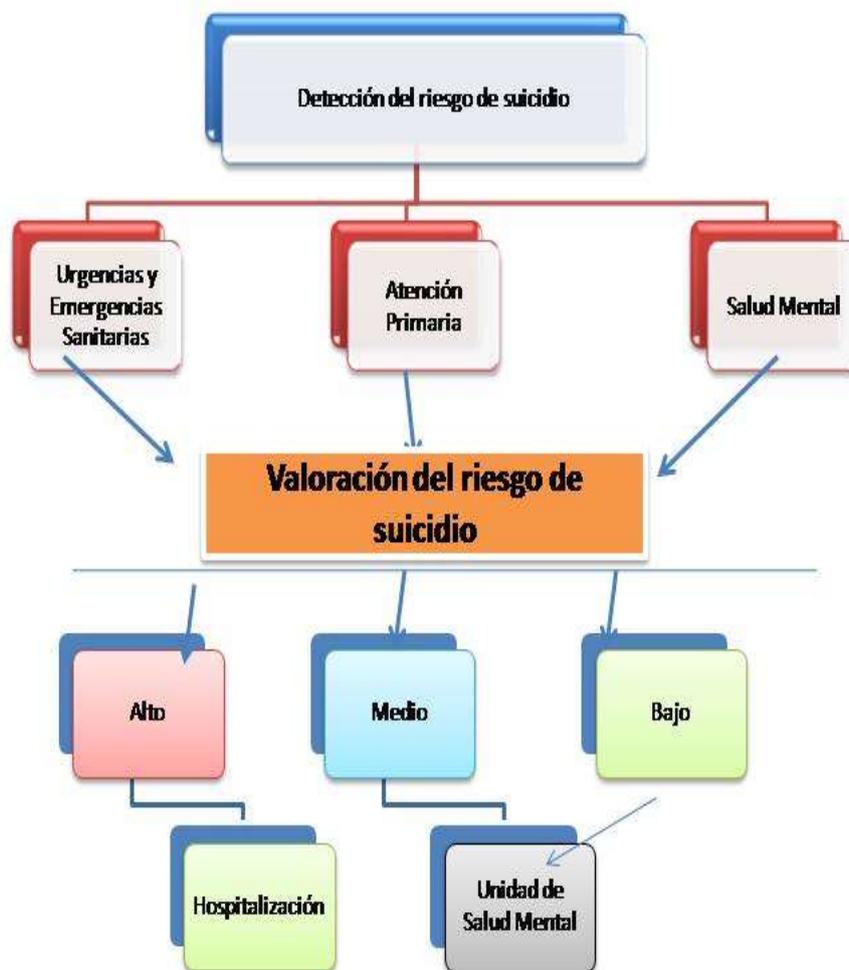
ESTRATEGIA 2: DETECCIÓN DEL RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA

Es necesario establecer acciones concretas para la detección precoz de las personas con riesgo de suicidio, tanto en la población general, como en los grupos vulnerables y de alto riesgo.

En la detección precoz del riesgo, los servicios de atención primaria juegan un papel primordial, y el médico o la médica de atención primaria es, en muchos casos, quien primero contacta con una persona con ideación suicida.

Un estudio preliminar en la provincia de Castellón sobre suicidio consumado, concluye que quien atendió por última vez a pacientes que intentaron un acto autolítico fue el personal médico de atención primaria en más de la mitad de los casos (51,2%) y enfermería de atención primaria en un 25% de ellos (Pardo et al, “Relación temporal entre el último contacto sanitario y el suicidio consumado, análisis de supervivencia”, 2015)

Los servicios de Emergencias Sanitarias (SES) y los servicios de urgencias hospitalarios, constituyen otro nivel de contacto de especial relevancia para las personas que están ante una situación de riesgo de suicidio, siendo atendidos un porcentaje importante de quienes realizan una tentativa.



Esquema de detección del riesgo de suicidio

Entre los grupos de población vulnerable se encuentran adolescentes, especialmente quienes han sufrido acoso escolar, personas mayores, mujeres víctimas de violencia género, inmigrantes, personas con adicción al alcohol u otras sustancias tóxicas, víctimas de homofobia, personas en cumplimiento de condena y personas en riesgo de exclusión. La identificación de estos colectivos vulnerables no sólo implica a los dispositivos sanitarios, sino también a servicios sociales, centros educativos, instituciones penitenciarias, residencias de mayores, etc., siendo necesarios programas de concienciación y formación para profesionales de la enseñanza, de servicios sociales y otros agentes comunitarios.

Sabemos también que un porcentaje mayoritario de los suicidios se asocian a problemas de salud mental, siendo mayoritariamente los trastornos afectivos los de mayor riesgo, constituyendo el 60% de los casos de suicidio y con un riesgo entre 15 y 20 veces superior a la población general.

Detección de riesgo de suicidio en grupos vulnerables

Infancia y adolescencia

La adolescencia es un factor de riesgo para la aparición de comportamientos suicidas y en las últimas décadas se ha observado un aumento en esta edad y en la infancia.

Existe el mito o la tendencia a minimizar tanto los intentos como los suicidios, lo cual ha podido dificultar la realización de estudios, por lo que las cifras reales del problema pudieran ser diferentes de las publicadas.

La conducta suicida tiene la misma definición en la infancia que en la edad adulta. El objetivo de la ideación o acción suicida es la muerte, con independencia de que en la infancia se tenga un concepto maduro de la finalidad de la muerte.

Son importantes las consideraciones de carácter evolutivo en la evaluación del riesgo, ya que en la infancia puede no comprenderse la gravedad o intensidad del método empleado. El o la profesional debe valorar la letalidad que es percibida y considerarlo un caso de alto riesgo aunque la letalidad objetiva sea baja.

En este grupo de edad presentar un trastorno mental es el principal factor de riesgo (Haro y cols., APA, 2004). La depresión es un factor de riesgo clave para el suicidio y los intentos de suicidio por parte de jóvenes, aunque muchas veces no se encuentren en tratamiento. Conocer que la depresión puede presentarse de diferentes formas en la niñez y la adolescencia, como irritabilidad, comportamientos disfuncionales como violencia o promiscuidad, o somatizaciones como dolor de cabeza, dolor abdominal o síncope, es fundamental a la hora de valorar el riesgo.

El consumo de sustancias favorece la impulsividad, la violencia y la desinhibición que pueden dar el valor necesario para realizar tentativas de suicidio en algunas situaciones. El consumo también puede precipitar situaciones como rupturas dramáticas o discusiones que son desencadenantes, a su vez, de conductas suicidas.

Cómo en cualquier grupo de edad, las tentativas de suicidio son uno de los predictores más potentes de posteriores tentativas y de suicidio consumado, por lo que se deben tener siempre en cuenta, sobre todo en varones y si el método utilizado ha sido violento.

Además de los problemas de salud mental y de las tentativas previas, otros factores de riesgo en la población infanto- adolescente son:

- Las familias disfuncionales con conflictos y pobre comunicación.
- La enfermedad mental y los comportamientos suicidas dentro de la familia.
- La exposición a comportamientos suicidas en su entorno.
- Experimentar estados de desesperación y/o comportamientos impulsivos, incluyendo agresiones.
- Bajo concepto de sí mismo.
- Víctima de abusos sexuales recientes en la familia o en la infancia.
- Víctima de maltrato físico y psicológico reciente o en la infancia.

En cuanto a los factores de protección en la infancia y la adolescencia están:

- Familias estructuradas con cohesión, buena relación con los miembros de la familia, y que cuenten con apoyos significativos del grupo familiar.
- Autoestima que permita un sentimiento satisfactorio de sí mismo.
- Habilidades sociales, búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades para resolución de problemas.
- Buena vinculación con la escuela, manteniendo una relación adecuada con profesores.
- Sentimiento de pertenencia a su entorno, buenas relaciones con otros compañeros de la escuela.
- Participación social en actividades comunitarias.

Mujeres víctimas de violencia de género.

Las mujeres que sufren violencia producida por la pareja tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión posterior y, de la misma manera, las mujeres que tienen depresión, mantienen casi el doble de probabilidades de ser víctimas de violencia de género. En el estudio de Karen Devries (2013) llegaron a estas conclusiones, examinando variables como violencia doméstica, depresión e intentos de suicidio.

El comportamiento suicida puede asociarse a mujeres que están sufriendo la violencia de género, que no encuentran otra salida, sumidas en la desesperanza y en la angustia, y esto afecta también a sus hijos e hijas que sufren la exposición a la violencia de género. Esta exposición a la violencia en la infancia se asocia significativamente con problemas de salud mental en la vida adulta, por lo que es fundamental preguntar por sus hijos e hijas a todas las personas adultas que acuden a urgencias por violencia de género y/o intento de suicidio.

En este sentido, es necesario incorporar, asociada a la violencia de género, la detección precoz para la prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida, focalizando en tres direcciones:

- Mujeres en las que se detecte riesgo de suicidio, especialmente si tienen asociado el factor de riesgo de tener algún tipo de depresión (valorar la posibilidad de que puedan ser víctimas de violencia de género).
- Mujeres que han sido detectadas como víctimas de violencia de género (valorar la posibilidad de que tengan riesgo de suicidio y/o depresión).
- Hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género.

Personas mayores.

Las personas mayores de 60 años tienen un especial riesgo asociado al suicidio que aumenta conforme va aumentando la edad. Los factores de riesgo que se asocian al suicidio en las personas mayores tienen que ver con las enfermedades crónicas, terminales, con la discapacidad, las hospitalizaciones prolongadas, el deterioro cognitivo y la demencia, la soledad, la inactividad, la ausencia de proyectos vitales y la carencia de relaciones sociales. La depresión es el principal factor de riesgo en este grupo de edad, siendo el 15-20% de las personas mayores con depresión las que consuman el suicidio (Yeates & col 2012).



Datos de tasas de suicidio por grupos de edad y sexo en población adulta año 2015.

Datos del Instituto Nacional de Estadística

Las tasas de suicidios de hombres de edad superior a 79 años tiene una especial consideración ya que aumentan considerablemente llegando a cifras que pueden triplicar las tasas totales.

Personas en situación de cumplimiento penitenciario.

Quienes estén en situación de cumplimiento de penas en establecimientos penitenciarios pueden ser más vulnerables por esta situación a determinados factores de riesgo, y por tanto, hay que contemplar de forma especial:

- El impacto que puede producir el propio ingreso en prisión de las personas.
- La posibilidad de haber cometido delitos graves contra las personas.
- La existencia de antecedentes de conductas autolesivas.
- Tener alguna enfermedad grave.
- Pérdidas familiares y/o rupturas.
- El aislamiento social que supone el ingreso en prisión.
- Problemas de salud mental de la población penitenciaria.

En los centros penitenciarios existe un protocolo de prevención de suicidio desde 2005. En los últimos años la incidencia de suicidios consumados ha aumentado, por lo que en marzo de 2014 se ha revisado el protocolo proponiendo la intensificación de la vigilancia de los factores de riesgo, así como de las posibles situaciones desencadenantes de la conducta suicida desde el ingreso del interno.

Personas sin hogar.

Una de las poblaciones más afectadas por la acumulación de los citados factores de riesgo la constituyen las personas sin hogar, ya que presentan tasas significativamente superiores a la población general en problemas de salud mental y adicciones (Ball, Cobb-Richardson, Conolly, Bujosa y O'Neal, 2005; Glasser y Zywiak, 2003; NCH, 2007).

En un estudio reciente realizado en la ciudad de Girona en 2015, se observó que dos de cada tres de estas personas presentaban riesgo de suicidio, y que una de cada cuatro se había intentado suicidar alguna vez en su vida. Las personas con adicción al alcohol y las mujeres fueron las que presentaron un mayor riesgo de suicidio en este colectivo. Por otro lado, quienes consumían drogas inyectadas o estaban infectadas por el VIH o la Hepatitis-C, habían intentado suicidarse como mínimo una vez en su vida con mayor frecuencia.

Las personas sin hogar requieren pues, de intervenciones preventivas específicas comunitarias para facilitar y adaptar, tanto la detección del riesgo de suicidio, como el acceso a los servicios de salud mental a través de un marco de coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios que puedan generar acciones de vinculación para la atención de este grupo de población.

Clasificación de la conducta suicida.

Dentro de la conducta/comportamiento suicida se incluyen:

1. Ideación suicida
2. Plan suicida
3. Intentos de suicidio
4. Suicidio consumado

Evaluación del riesgo suicida.

Cuando se evalúa hay que tener en cuenta que los factores de riesgo asociados a la conducta suicida actúan, la gran mayoría de veces, de forma acumulativa, aumentando la vulnerabilidad al comportamiento suicida, por lo que se precisa de una buena evaluación de la persona y de su contexto para poder medir el riesgo.

La responsabilidad de la prevención del suicidio corresponde a toda la sociedad y, dentro del sistema sanitario público, a la totalidad de profesionales de todos los ámbitos (ambulatorio, hospitalario, urgencias y emergencias) y de todos los niveles (equipos de atención primaria, salud mental y otras especialidades). Existen señales de alarma que nos pueden dirigir hacia la posibilidad de que exista un riesgo de suicidio.

ANEXO 8.1

Por lo tanto, el personal sanitario debe estar preparado y conocer los algoritmos de actuación en los distintos niveles de atención, para evaluar el riesgo de suicidio y poner precozmente en marcha las acciones necesarias. ANEXO 8.3

Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento (Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012).

Entrevista clínica

No existe ningún factor de riesgo o combinación de ellos que tengan una sensibilidad o especificidad suficientes para predecir el paso al acto, pero la evaluación de los mismos, en su conjunto, puede ayudar a prevenir el suicidio.

La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo, que debe alcanzar los siguientes objetivos:

- Establecer una alianza terapéutica con el o la paciente potencialmente suicida
- Obtener información acerca de:
 - Estado psicopatológico,
 - Características de las ideas de suicidio
 - Factores de riesgo, edad, sexo, eventos vitales estresantes, intentos autolíticos previos, problemas de salud mental, adicciones, enfermedades crónicas incapacitantes, antecedentes familiares y situaciones personales.
 - Factores de protección, valores, creencias, apoyos sociales y ambientales
 - Evaluar ideas de culpa, desesperanza, planes de futuro.
 - Si existe tentativa de suicidio, método empleado, gravedad, características, intencionalidad.
 - Contener el riesgo de forma inmediata.
 - Contrastar la información con miembros de la familia, y
 - Valorar el soporte familiar y social

Escalas de evaluación

Como complementario a la entrevista clínica existen una gran diversidad de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar el riesgo de suicidio que suelen basarse, bien en la valoración directa de ideas/conductas suicidas y factores de riesgo, bien en síntomas o síndromes asociados al suicidio, como la desesperanza o la depresión, y pueden ser auto o heteroaplicadas. ANEXO 8.2

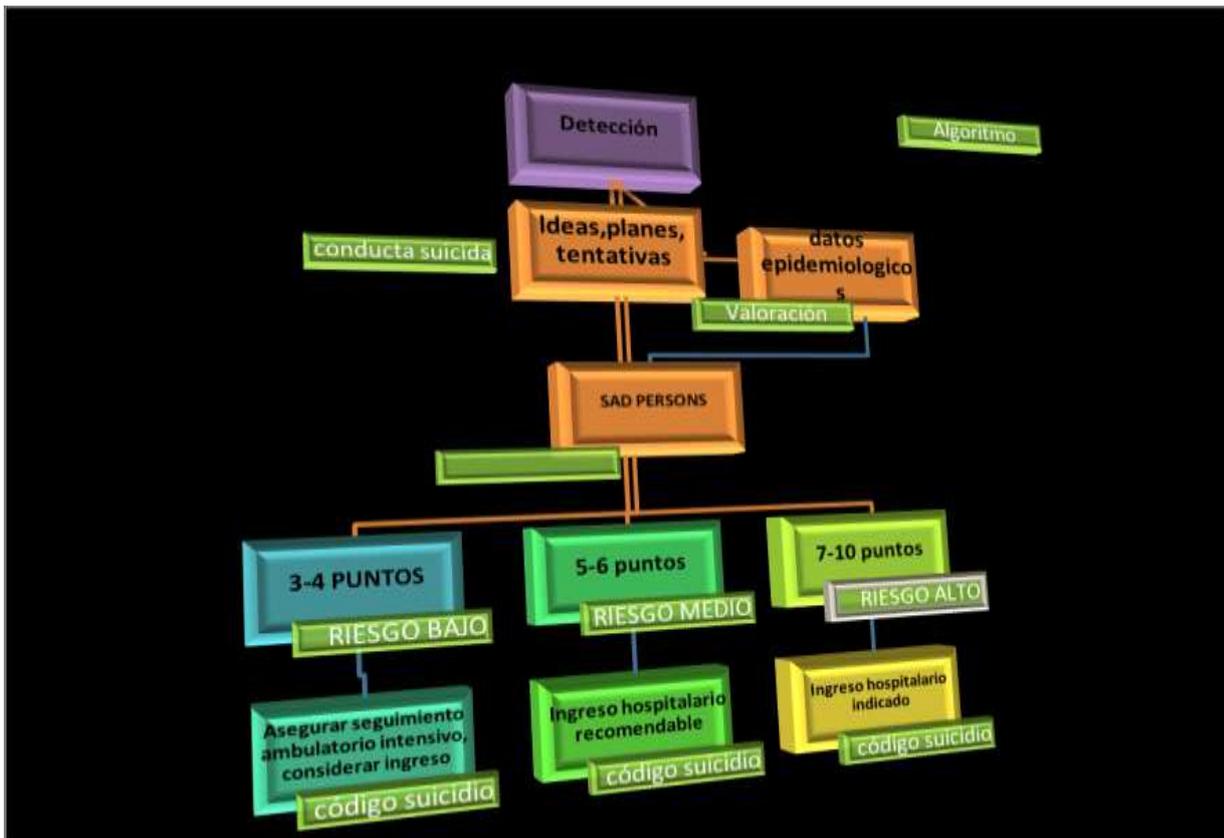
Estos instrumentos pueden ser una ayuda a la entrevista y al juicio clínico, pero nunca deben sustituirlos.

A partir de la valoración clínica se establecen diferentes perfiles de riesgo y las acciones a llevar a cabo en cada perfil.

RIESGO	Perfil	Acciones
Bajo	Ha tenido algunos pensamientos de muerte, como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no tiene ningún plan.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo emocional. • Derivar a Atención Primaria o Salud Mental. • Mantener un seguimiento continuado.
Medio	Tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo emocional, • Remitir a Salud Mental y concertar una cita antes de 72 horas. • Mantener un seguimiento continuado.
Alto	Tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer con la persona. Nunca dejarla sola. • Mantener conversación y alejar los medios potenciales de suicidio. • Poner en marcha la derivación inmediata del paciente a urgencias para su valoración por salud mental.

Graduación del riesgo adaptada de la Guía Práctica Clínica. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012)

Tras la detección del riesgo de suicidio, es necesario establecer una respuesta que garantice la atención por los profesionales pertinentes, bien sea la detección en Atención Primaria, en un Servicio de Emergencias Sanitarias, Urgencias Hospitalarias o Atención Especializada. Lo que supone codificar el riesgo para asegurar la atención inmediata, programada y la continuidad de cuidado.



Algoritmo de priorización, tras la detección de una conducta compatible con el suicidio.

Atención a las personas que han realizado una tentativa suicida

Quienes han realizado una tentativa de suicidio siempre se deben evaluar en los servicios de urgencia hospitalarios por profesionales de salud mental, que en función de la gravedad de la tentativa incorporarán las medidas oportunas de tratamiento tanto psicológico como farmacológico. Las personas que intentan suicidarse sufren tanto que creen que no hay otra salida a sus problemas, en esos momentos tienen lo que se llama “visión túnel”. No es que no haya otra salida, es que su dolor es tan grande y tan intenso que creen esa es la única vía para acabar con él. Por lo tanto el suicidio es más una escapatoria del sufrimiento, que un deseo de muerte.

Es necesario crear un modelo de intervención multidisciplinar eficaz que guíe y ayude al paciente suicida a buscar otras alternativas, que prevenga el suicidio y sobre todo que alivie el dolor y la desesperación tan intensa a la que se someten. Aliviando ese dolor y esos sentimientos de frustración, autodesprecio, desesperanza, desesperación y angustia podremos también reducir el deseo suicida y por lo tanto el riesgo de atentar contra la propia vida.

De esta manera, se considera la intervención en conducta suicida como una técnica de resolución de problemas que incluye tres etapas dentro de la intervención:

Estabilización y seguridad del paciente

Es habitual que, en el primer contacto, las personas tengan un alto nivel de angustia, sumidas en una crisis donde su conflicto interno se basa en la ambivalencia ante la conducta suicida. Por ello, en estos primeros momentos debemos centrarnos en estabilizarla emocionalmente y ofrecerle una seguridad inmediata con el fin de reducir el riesgo de cometer el acto suicida que, en ocasiones, requerirá el ingreso hospitalario.

Evaluación de los factores de riesgo

Una vez se la estabiliza, procedemos a intentar saber y, sobre todo, comprender los motivos por los que ha llegado a plantearse la propia muerte como la única opción válida al cese de su sufrimiento. Es aquí donde evaluamos, mediante técnicas como la entrevista, los distintos factores de riesgo que están influyendo, (personales, laborales, emocionales, presencia de problemas de salud mental, antecedentes familiares de suicidio... etc.).

Iniciación de la gestión y solución efectiva de problemas de los factores contribuyentes.

En esta fase es donde iniciamos una terapia más específica para la búsqueda de manera activa de otras alternativas a sus problemas y para aumentar las habilidades de afrontamiento. El abordaje de las personas que han tenido una tentativa de suicidio debe ser interdisciplinar, basadas en un Plan de Atención Individual que recoja el proyecto terapéutico y las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales que se han de llevar a cabo.

Elaboración del plan de gestión del riesgo y contrato terapéutico

Es esencial garantizar la seguridad de las personas con riesgo suicida en diferentes momentos de su atención y en su proceso terapéutico y de recuperación. El plan de gestión del riesgo es una herramienta que ayuda a las personas y a los profesionales a abordar las situaciones de riesgo y favorece el empoderamiento de la persona en la recuperación de su plan de vida.

La forma más estructurada, eficaz y que tenga en cuenta todos los elementos a poner en marcha para garantizar la seguridad de la persona usuaria es elaborar un **Plan de gestión del riesgo** en el que se implica a la propia persona, familia y/o personas de su entorno (amistades, compañeros y compañeras de trabajo, vecinos y vecinas, otras personas significativas) y profesionales. El plan de gestión del riesgo debe ser realizado por miembros del equipo multidisciplinar de la Unidad de Salud Mental (a propuesta del personal facultativo referente) y la persona usuaria, aunque el desarrollo de la gestión del riesgo se realiza en todos los ámbitos de la red (Dispositivos de la red de salud mental, Atención Primaria etc.).

Se deben proponer y definir acciones de apoyo y control a las personas con riesgo suicida y se debe establecer en base al nivel de riesgo.

Un Plan de gestión del riesgo debe identificar las personas, lugares, ideas o acciones que faciliten la superación de la crisis de ideación suicida. En el mismo podemos incluir:

1. Personas a las que acudir: profesionales, familiares, amistades u otros contactos.
2. Lugares a los que acudir: centros de atención especializada (USM, urgencias...). Otros lugares que le distraigan y le hagan sentir bien.
3. Pensar y hacer cosas que le ayuden, evitar pensar y hacer cosas que no le ayuden.
4. Elaborar una lista de las razones que pueda tener para vivir tanto sobre sí misma como sobre los demás.
5. Puede incluso hacer un álbum con fotos sobre todas estas cuestiones anteriores de manera que, visualizándolo, su efecto sea todavía más alentador y más tranquilizador.
6. Elaboración de una “Tarjeta Cortafuegos” para las personas con riesgo de suicidio en la que se indican las acciones concretas que se deben realizar en dichas situaciones, incluida una lista de mensajes positivos, elaborados de antemano con la persona en riesgo.
7. Por último, llevar también en el móvil los teléfonos de referencia que puedan ser de ayuda, salud mental, teléfono de la esperanza o de otros recursos de atención urgente y en caso de emergencia ponerse en contacto con el Servicio de Emergencias Sanitarias a través del 112.
8. Elaboración de un “contrato de no suicidio”, que se decide de forma consensuada entre el equipo de profesionales y las personas usuarias que se comprometen a su cumplimiento.

Intervención post suicidio

El hecho de comunicar la noticia del suicidio de un familiar es probablemente una de las situaciones más difíciles por las que podemos pasar. Hacerlo con tacto, delicadeza, cercanía y calidez ayudará a que la carga emocional sea menos intensa de lo que por sí ya es y ayudará a atenuar el impacto psicológico.

Ante la noticia de un hecho así, el familiar puede experimentar las siguientes reacciones: negación, estupor, aturdimiento, bloqueo, shock emocional, crisis de pánico, incredulidad, irrealidad, impotencia, dolor, abandono y culpa.

Intervenciones de seguimiento a familiares y personas allegadas

El duelo por suicidio tiene unas características especiales que lo diferencian del duelo por la pérdida de un ser querido que acontece por causas naturales, por ello, en su intervención se deben de considerar distintos aspectos.

Debido al estigma que aún perdura en nuestra sociedad y unido a la aparición de pensamientos y creencias irracionales de no haber sido capaces de detectar los signos de alarma, surgen sentimientos de culpa, vergüenza, tristeza, shock y una sensación de irrealidad sobre lo que está sucediendo. Sentimientos y emociones en sí que, además y por miedo a dicha estigmatización social, se sufre en silencio.

Según la OMS lo que más diferencia un duelo por suicidio de otro por causas naturales es la vergüenza y el estigma.

El duelo por suicidio puede pasar por diferentes fases: aturdimiento y choque, la fase de protección, la fase de conexión e integración y la fase de crecimiento y transformación.

En la valoración del duelo es necesario evaluar:

- El funcionamiento previo del familiar.
- El soporte socio-familiar.
- Si existen antecedentes de padecer duelo complicado.
- Si existen factores de riesgo como consumo de tóxicos, problemas de salud mental, conductas suicidas previas, etc.

Pautas generales en la intervención post-suicidio.

- Intervenir cuanto antes para posibilitar el trabajo sobre los pensamientos irracionales.
- El duelo es un proceso, largo, doloroso y natural.
- Cada duelo es distinto y cada persona lo vive de una manera.
- Establecer un plan individualizado de atención.

Algoritmo de atención

(Anexo 8.3)

ESTRATEGIA 4: FORMACIÓN

Las acciones formativas del *Plan de prevención de suicidio y manejo de la conducta suicida de la Comunidad Valenciana* tienen por objeto desarrollar programas formativos destinados a la prevención del suicidio y al manejo de la conducta suicida, tanto para profesionales sanitarios, como no sanitarios (bomberos, policía, servicios cuidadores de personas mayores, profesionales de instituciones penitenciarias, periodistas y profesionales de la educación).

La formación de profesionales como profesores, educadores, orientadores, sanitarios y profesionales de atención a personas mayores, puede jugar un papel importante en la detección de personas en riesgo y su mejor derivación a los servicios sanitarios.

Formar al personal facultativo de atención primaria en el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos depresivos y de la ideación y la conducta suicida es una de las estrategias más eficaces para la prevención del suicidio (Van der Feltz, Cornelis et al., 2011) Esta formación consiste, básicamente, en proporcionar documentos de consulta, guías, APPs informativas de referencia y la mejora de conocimientos y competencias en la detección precoz y del abordaje de la conducta suicida.

Una de las acciones que requiere un especial interés se centra en cómo se proporciona la información a la población general sobre el suicidio.

Informar sobre el suicidio en los medios de comunicación de forma inadecuada puede provocar conductas suicidas de imitación, especialmente cuando se informa sobre el método utilizado o sobre el suicidio de alguna persona famosa. Sin embargo, cuando se informa de forma responsable acompañando las noticias con enlaces de ayuda y mensajes positivos puede causar el efecto totalmente contrario. Por este motivo, muchos países han desarrollado guías y programas de formación para periodistas, con el objeto de incrementar la concienciación sobre el papel tan crucial que juegan los medios de comunicación en la prevención del suicidio y la importancia de informar de forma responsable sobre el tema. En este sentido, es necesario acordar con los medios de comunicación un espacio de colaboración que contemple la iniciativa para desarrollar acciones que mejoren la información que se trata en los medios sobre el suicidio, en consonancia con las recomendaciones de la OMS y de la Unión Europea.

ESTRATEGIA 5: SISTEMAS DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En los procesos de atención al suicidio y a la conducta suicida intervienen distintos niveles asistenciales, por lo que es necesario estructurar herramientas de coordinación y conocimiento de la información a través de la historia clínica que puedan facilitar el acceso a un conjunto de datos específicos sobre la epidemiología del suicidio y de la conducta suicida. Conocer la frecuencia, la distribución, la edad, el género, la temporalidad y los factores asociados, tanto de riesgo como protectores, va a facilitar el desarrollo de una atención de calidad y el posterior estudio de la fenomenología del suicidio. La historia clínica va a incorporar los elementos facilitadores de la atención propuestos, como los planes de gestión del riesgo, los contratos de no suicidio y los códigos de suicidio.

Tener un sistema de información de calidad que contenga las variables específicas del suicidio y la conducta suicida va a ser determinante para realizar el seguimiento de las acciones propuestas en el plan y su posterior evaluación.

En cuanto a la investigación, los sistemas de información también van a tener un papel clave para el desarrollo de nuevas líneas que puedan ir encaminadas a potenciar el conocimiento de variables como la frecuencia de tentativas de suicidio y de suicidios consumados, los factores de riesgo y protectores asociados en la población general, en grupos vulnerables y en grupos de riesgo ya identificados, así como el estudio e identificación de otros posibles grupos y otras situaciones asistenciales que puedan ser relevantes en el estudio del suicidio y en el manejo de la conducta suicida.

4.3 INTERVENCIONES E INDICADORES DE EVALUACIÓN

POBLACIÓN GENERAL

<i>Intervención</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>
Mejorar la información a la población sobre el suicidio	Crear un espacio en la web de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida en la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública que contenga información y los itinerarios asistenciales de ayuda.	Creación espacio en de la página web.
	Seleccionar y poner a disposición herramientas de información, APPs, redes sociales, que sean referentes para la información en suicidio.	Número de herramientas puestas a disposición de la población.
	Crear actividades de difusión de información sobre el suicidio y manejo de la conducta suicida para la población general	Número de actividades desarrolladas en la Comunidad valenciana para dar visibilidad al problema del suicidio
	Desarrollar un acuerdo con los medios de comunicación sobre el trato responsable de la información en los medios de comunicación	Existencia de acuerdo con los medios de comunicación.
Mejorar el conocimiento sobre la epidemiología del suicidio y la conducta suicida.	Crear un observatorio del suicidio y la conducta suicida.	Existencia del observatorio sobre el suicidio y la conducta suicida.
	Desarrollar sistemas de registro con la especificidad del suicidio y la conducta suicida	Existencia de sistema de registro.
	Identificar los puntos negros de suicidio utilizados por la población de la comunidad Valenciana a través de una línea de investigación	Existencia de líneas de investigación sobre métodos utilizados para el suicidio. Número de puntos negros de suicidio identificados.
Dificultar el acceso a los medios utilizados para el suicidio en la comunidad	Proponer acciones para la limitación de acceso a puntos identificados como negros a las administraciones competentes	Número de puntos negros a los que se le ha limitado el acceso.
Mejorar la lucha contra el estigma de los problemas de salud mental.	Crear la mesa de lucha para la erradicación del estigma de los problemas de salud mental.	Existencia de la mesa de lucha contra el estigma. Número de acciones realizadas para la erradicación del estigma.

GRUPOS VULNERABLES Y DE RIESGO

Mujeres víctimas de la violencia de género

<i>Intervención</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>
Mejorar la detección del riesgo de suicidio en las mujeres en situación de violencia de género.	Incorporar en SIVIO preguntas relacionadas con el riesgo de suicidio para mujeres en situación de violencia de género.	Existencia de valoración específica de riesgo de suicidio en SIVIO.
	Realizar <i>screening</i> de riesgo de suicidio a todas las mujeres que dan positivo en violencia de género en SIVIO.	Número de mujeres que dan positivo a de riesgo de suicidio /Número de mujeres que han dado positivo al <i>screening</i> violencia de género.
Mejorar la detección de la violencia de género en mujeres a las que les ha sido detectado riesgo de suicidio.	Realizar <i>screening</i> de violencia de género (SIVIO) a todas las mujeres a las que se haya detectado riesgo de suicidio.	Número de mujeres que dan positivo a violencia de género/Número de mujeres que han dado positivo al <i>screening</i> de riesgo de suicidio.

Infancia adolescencia

<i>Intervención</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>
Mejorar la detección de la depresión en población infanto- adolescente .	Desarrollar actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria para la mejora de la detección de problemas de depresión en la población infanto-adolescente. Crear espacios de colaboración Educación Salud Mental que incluyan protocolos de detección	Número de actividades formativas por departamento. Numero de reuniones celebradas al efecto por departamento.
Mejorar la detección del riesgo de suicidio en hijos e hijas en edad infanto-adolescente de víctimas de violencia de género.	Valorar riesgo de suicidio de los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género	Número de hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género a los que se valora riesgo de suicidio.
Potenciar la realización de talleres específicos prevenir la depresión en centros educativos	Crear comisiones de coordinación entre educación y Salud Mental que incluyan la elaboración de talleres específicos para la prevención de la depresión.	Existencia de comisiones de coordinación
Mejorar la atención de <i>Bullying</i> y <i>Cyberbullying</i>	Desarrollar protocolos de actuación sobre <i>Bullying</i> y <i>Cyberbullying</i>	Existencia de protocolo

Personas mayores

<i>Intervención</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>
Mejorar la detección de la depresión en las personas mayores.	Realizar <i>screening</i> de depresión dentro del programa del anciano.	Número de personas incluidas en el programa del anciano/Número de personas a las que se les ha realizado <i>screening</i> de depresión de la población incluida en el programa del anciano.
Mejorar la atención de los problemas de salud mental de las personas mayores	Protocolizar la actuación sobre personas mayores en salud mental con problemas de salud mental	Existencia de protocolo. Implantación de protocolo en cada departamento.

Personas en situación de cumplimiento penitenciario

<i>Intervención</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>
Mejorar la detección de la depresión en personas en situación de cumplimiento penitenciario	Colaborar el seguimiento y continuidad del PAIEM	Número de espacios de colaboración SM Instituciones penitenciarias de seguimiento de personas con problemas de salud mental.

Personas sin hogar

<i>Intervención</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>
Mejorar la vinculación de las personas sin hogar a los servicios de salud mental	Crear un protocolo de coordinación con servicios sociales y o equipos de atención de calle para la mejora de la atención a las personas sin hogar.	Existencia de protocolo de coordinación

Personas con problemas de salud mental.

<i>Intervención</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>
Mejorar la atención a las personas con trastornos depresivos	Crear un protocolo de atención para las personas con trastornos depresivos Implantar el protocolo de atención para las personas con trastornos depresivos	Existencia de protocolo Número de departamentos que han implantado el protocolo
Mejorar la atención a las personas con TLP	Crear un protocolo de atención para las personas con TLP	Existencia de protocolo

Mejorar la atención a las personas de las personas con problemas de salud mental graves	Implantar el protocolo de atención para las personas con TLP	Número de departamentos que han implantado el protocolo
	Crear un plan de atención a las personas con problemas de salud mental grave	Existencia del Plan
	Implantar el plan de atención integral para las personas con problemas de salud mental graves	Número de departamentos que han implantado el Plan

POBLACIÓN CON CONDUCTAS SUICIDAS.

<i>Intervención</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>
Mejorar la detección de las personas con conductas suicidas	Desarrollar acciones formativas para profesionales de Atención primaria, Emergencias y Urgencias Hospitalarias dirigidas a mejorar la detección del suicidio.	Número de acciones formativas dirigidas a mejorar la detección de la conducta suicida.
Mejorar la atención a las personas con conductas suicidas.	Identificar a las personas por medio de un código de suicidio que generará una atención en los servicios de salud mental antes de 72 horas, a través de la historia clínica	Existencia de herramienta informática para la identificación de código suicidio. Respuesta media de atención a la activación de código de suicidio.
	Implantar protocolos de atención para las personas con conducta suicida en las Unidades de Salud Mental y Unidades de Salud Mental Infanto-adolescente.	Existencia de programas específicos de atención en cada departamento.
	Desarrollar acciones formativas para profesionales de Salud mental dirigidas a la detección y la atención de las personas con conductas suicidas.	
Mejorar la continuidad asistencial de las personas con conductas suicidas.	Desarrollar un registro específico para la elaboración de un plan de gestión del riesgo para las personas con conductas suicidas.	Existencia del registro informático. Códigos CIE
	Elaborar un plan de seguridad para las personas con conductas suicidas incluido en la historia clínica informatizada de acceso para todos los niveles de atención sanitaria.	Número de planes de seguridad elaborados
Mejorar la atención a las personas supervivientes del suicidio	Implantar protocolos de atención en las Unidades de Salud Mental para la atención a las personas supervivientes del suicidio	Existencia de programas específicos de atención en cada departamento

ACCIONES	2017		2018		2019	
	Primer Semestre	Segundo Semestre	Primer Semestre	Segundo Semestre	Primer Semestre	Segundo Semestre
Crear espacio en la pagina web de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida en la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública, que contenga información y los itinerarios asistenciales de ayuda.						
Seleccionar y poner a disposición herramientas de información APPs, redes sociales, que sean referentes para la información en suicidio.						
Crear actividades de difusión de información sobre el suicidio y manejo de la conducta suicida para la población general						
Desarrollar un acuerdo con los medios de comunicación sobre el trato responsable en los medios de comunicación						
Elaborar un observatorio del suicidio y la conducta suicida.						
Desarrollar sistemas de registro con la especificidad del suicidio y la conducta suicida						
Identificar los puntos negros de suicidio utilizados por la población de la comunidad Valenciana a través de una línea de investigación						
Proponer acciones para la limitación de acceso a puntos identificados como negros a las administraciones competentes						
Crear la mesa de lucha para la erradicación del estigma de los problemas de salud mental.						
Realizar screening de riesgo de suicidio a todas las mujeres que dan positivo en violencia de género en SIVIO.						
Incorporar en el SIVIO preguntas de relacionadas con el riesgo de suicidio para mujeres en situación de violencia de género.						
Realizar <i>screening</i> de violencia de género (SIVIO) a todas las mujeres a las que se haya detectado riesgo de suicidio.						
Desarrollar actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria para la mejora de la detección de problemas de depresión en la población infanto-adolescente.						
Valorar riesgo de suicido de los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género						
Crear comisiones de coordinación Educación- Salud Mental que incluyan la elaboración de talleres específicos para la prevención de la depresión.						
Desarrollar protocolos de actuación sobre Bullying y Cyberbullying						
Elaborar espacios de colaboración Educación Salud Mental que incluyan protocolos de detección de riesgo suicida.						
Realizar <i>screening</i> de los trastornos depresivos dentro del programa del anciano.						
Protocolizar la actuación de personas mayores en salud mental con problemas de salud mental						
Elaborar un protocolo de coordinación con servicios sociales y o equipos de atención de calle para la mejora de atención de las personas sin hogar.						
Colaborar el seguimiento y continuidad del PAIEM						
Desarrollar acciones formativas para profesionales de Atención primaria, Emergencias dirigidas a mejorar la detección del suicidio.						
Elaborar un protocolo de atención para las personas con trastornos depresivos						
Implantar el protocolo de atención para las personas con trastornos depresivos						
Elaborar un protocolo de atención para las personas con TLP						
Implantar el protocolo de atención para las personas con TLP						
Elaborar un plan de atención para las personas con problemas de salud mental grave						
Implantar el plan de atención integral para las personas con problemas de salud mental graves						
Identificar a las personas por medio de un código de suicidio, que generará una atención en los servicios de salud mental antes de 72 horas a través de la historia clínica						
Implantar protocolos de atención para las personas con conducta suicida en las Unidades de Salud Mental y Unidades de Salud Mental Infanto-adolescente.						
Desarrollar acciones formativas para profesionales de Salud mental dirigidas a la detección y la atención de las personas con conductas suicidas.						
Desarrollar un registro específico para la elaboración de un plan de seguridad para las personas con conductas suicidas.						
Elaborar un plan de seguridad para las personas con conductas suicidas incluido en la historia clínica informatizada de acceso para todos los niveles de atención sanitario.						
Implantar protocolos de atención en las Unidades de Salud Mental para la atención a las personas supervivientes del suicidio						

5. MENSAJES CLAVE SOBRE SUICIDIO



6. COMITÉ DE ELABORACIÓN

Dirección: Rafael Sotoca Covalada, Director General de Asistencia Sanitaria.

Miembros del comité de elaboración y redacción:

Coordinación: José A. López Cócera. Oficina Autónoma de Salud Mental

Begoña Frades García. Oficina Autónoma de Salud Mental

Josep Pena Garijo. Oficina Autónoma de Salud Mental

Araceli Oltra Ponzoda. Oficina Autónoma de Salud Mental

Asunción Font Villasclara. Oficina Autónoma de Salud Mental

Miembros del grupo de trabajo

1. Amparo Moya Rodrigo
2. Antonio Félix de Castro
3. Beatriz Corral Alonso
4. Carla Ramos.
5. Carmina Almuzara Vilata
6. Eloy García Resa
7. Francisco J. Santos Comino
8. Gonzalo Nielfa Murcia
9. Helena Tobella Herena
10. Isabel López Arteche.
11. Joan Rodríguez Martín
12. Jorge De la Torre Edo
13. José Vicente Andreu Ruíz
14. José Vicente Baeza Alemán
15. Lorena Blasco
16. Manuel Barceló Iranzo
17. María Beltrán Beltrán
18. María Emilia Rodríguez Rodríguez
19. María José Corral
20. María Luisa Vidal Sánchez
21. María Teresa Miralles Pérez
22. Marina Gutiérrez Rodríguez
23. Marien Sánchez Martínez
24. Mercedes Asuero Lluesma
25. Miguel Hernández Viadel
26. Nacho González.
27. Pablo Cabeza
28. Palmira Muñoz Muñoz.
29. Patricia Llorens Rodríguez
30. Pilar Tomas Martínez.
31. Rafael Mora Mora.
32. Raquel Gómez Martínez
33. Silvia Catalán González
34. Sonia Alcover Giménez.
35. Vicente Elvira Gruañes.
36. Yolanda Román Ruiz

7. BIBLIOGRAFÍA

Al-Halabí S, et al. Validación de la versión en español de la *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2006;9(3):134-142. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>

Aliaga J, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Rev Investig Psicol*. 2006;9(1):69-79.

[Ankaya B](#), [Talbot NL](#), [Ward EA](#), [Duberstein PR](#). Parental sexual abuse and suicidal behaviour among women with major depressive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2012; 57(1):45-51, 2012

Ansean A. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Fundación Salud Mental. 2014

Baca E y Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*. 2014; 37 (5), 373-380.

Bobes J, Sáiz PA, Bascarán T, Bousoño M. Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Medica; 2004.

Boletín Oficial del Estado. Enjuiciamiento Criminal. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2010.

Calvo F, Giralt C, Calvet A, Carbonells X. Riesgo de Suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud*. 2016; 27, 89-96.

Carrasco Gómez JJ. Responsabilidad médica y psiquiatría. Madrid: Colex; 1990.

Código penal, Ley Orgánica 10/1995. Boletín Oficial del Estado, Nº 281, (24 de noviembre de 1995).

Commission of European Communities. The State of Mental Health in the European Union. Luxembourg: European Communities; 2004.

Consejo General de Colegios Médicos. Código de ética y deontología médica. Madrid: Organización Médica Colegial; 1999. Disponible en: <http://www.cgcom.org/deontologia>.

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana. Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/dgas/estrategia-de-salut-mental>.

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, Nº 311, (29 de diciembre de 1978)

Cooper J, Murphy E, Jordan R, Mackway-Jones K. Communication between secondary and primary care following self-harm: are National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidelines being met?. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;23(7):21.

Cuestión de inconstitucionalidad 4542-2001. Planteada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 8 de A Coruña en relación con los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Derecho a la libertad personal y reserva de ley orgánica: inconstitucionalidad de la previsión, en ley ordinaria, del internamiento forzoso en establecimiento de salud mental de quienes padezcan trastornos psíquicos. Pleno del Tribunal Constitucional, Sentencia 132/2010, de 2 de diciembre de 2010. Boletín Oficial del Estado, Nº 4, (1 de enero de 2011).

Defunciones según la causa de muerte 2007. Tasas de mortalidad por causas [Internet]. Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2007 [citado 22 ene 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2007/10/&file=01004.px&type=pcaxis&L=0>

Díaz-Ambrona Bardají MD, Serrano Gil A, Fuertes Rocañin JC, Hernández Díaz-Ambrona P. Introducción a la medicina legal. Barcelona: Díaz de Santos; 2007.

Dumon E, Potzky G. Universidad de Investigación sobre Suicidio. Universidad de Gante. Directrices Generales para la Prevención del Suicidio. Eurogenas; 2014

Fernández Liria, JA. Prevención y Promoción en Salud Mental. En: T. Palomo, Manual de Psiquiatría Madrid: ENE Publicidad S.A; 2012. p. 701-710.

Fuertes JC, Cabrera J. La Salud Mental en los Tribunales. Madrid: Arán Ediciones; 2007.

García-Caballero A, Recimil MJ, Touriño R, García-Lado I, Alonso MC, Werlang B, et al. Adaptación y validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPPA) en Español. Actas Esp Psiquiatr. 2010;38(6):332-9.

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. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS; 2012.

Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51.

Hoytema EM, Van Konijnenburg et al. New hospital-based policy for children whose parents present at the ER due to domestic [violence](#), substance abuse and/or a [suicide](#) attempt. Eur J Pediatr. 2012; 172 (2), 207-214.

Hooven C. Childhood [Violence](#) Exposure: Cumulative and Specific Effects on Adult Mental Health.. Journal of Family [Violence](#) 2012; 27 (6): 511-22.

Jané-Llopis E, Anderson P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005.

Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. J Am Board Fam Med. 2010;23(2):240-59.

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 41/2002. Boletín Oficial del Estado, N° 274, (15 de noviembre de 2002).

Ley general de sanidad, Ley 14/1986. Boletín Oficial del Estado, N° 102, (29 de abril de 1986).

Ley de enjuiciamiento civil, Ley 1/2000. Boletín Oficial del Estado, N° 7, (8 de enero de 2000).

Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Ley de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, Ley Orgánica 5/1992. Boletín Oficial del Estado, N° 262, (31 de octubre de 1992).

Lorente M, Sánchez de Lara C, Naredo C. Suicidio y violencia de género. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer, Federación Mujeres Progresistas. Rumagraf; 2006.

- McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med.* 2007;37(6):769-78
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo. Centro de Publicaciones; 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Víctimas mortales por violencia de género. Noviembre 2012.
- Miret M, Ayuso-Mateos JL, Sánchez-Moreno J, Vieta E. Depressive disorders and suicide: epidemiology, risk factors and burden. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2013; 37 (10), 2372-2374.
- Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2010;3(1):13-8.
- Moreno Toledo A. El suicidio en el anciano institucionalizado. *Revista Científica Electrónica de Psicología.* [revista en la Internet] s/f [citado 2012 Ene 26]; 10. Disponible en: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/15_-_No._10.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio: un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Oficina Regional para las Américas. Organización Panamericana de la Salud; 2014.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio: recurso para consejeros. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Trastornos Mentales y Cerebrales; 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; 2001.
- Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; 2000.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; 2000.
- Organización mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2011.
- Organización Mundial de la Salud. mhGAP. Programa de Acción para Superar Brechas en Salud Mental. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- Organización Mundial de la Salud. Basic documents 1. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506>.

Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Washington DC, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002.

Organización Mundial de la Salud .Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada [Internet]. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse; 2010. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/index.html

Pardo et al, Relación temporal entre el último contacto sanitario y el suicidio consumado, análisis de supervivencia 2015. XVIII Congreso nacional de Psiquiatría Santiago de Compostela; 2015

Posner K, Melvin GA, Stanley B. Identification and Monitoring of Suicide Risk in Primary Care Settings. *Primary Psychiatry*. 2007;14(12):50-5.

Robles Garcia R, Agraz Páez A, Ascencio Guirado M, Mercado Salcedo E, Hernández Muñoz L. Evaluation of suicide risk in children: psychometric properties of the Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ). *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33:292-97

Ros R, Pardo M, Hernández C, Mora R, Palmer R, Ventura M. Equipos de atención primaria: elementos claves de prevención. Poster. VI Encuentros en Psiquiatría. Sevilla; 2015.

Ros Montalbán S. La conducta suicida. Madrid: Arán; 1997.

Ruiz Pérez I, deLabriO, Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*. 2006; 20(Sup 1):25-31.

SAMHSA'S National Mental Health Information Center. National Suicide Prevention Efforts. Rockville (MD): SAMHSA Health Information Network; 2016. <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications>

Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Servicio Andaluz de Salud; 2010

Servicio Gallego de Salud. Protocolos de intervención en urgencias extrahospitalarias 061. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2008.

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.

Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS, Reynolds CF. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behavior in the elderly. *Drug Aging*. 2010; 22 (3): 11-24.

Thompson R .Suicidal ideation in adolescence: examining the role of recent adverse experiences. *Journal of Adolescence* 2012; 35(1):175-86.

8.ANEXOS

8.1 SEÑALES DE ALARMA DE RIESGO DE SUICIDIO

Las personas:

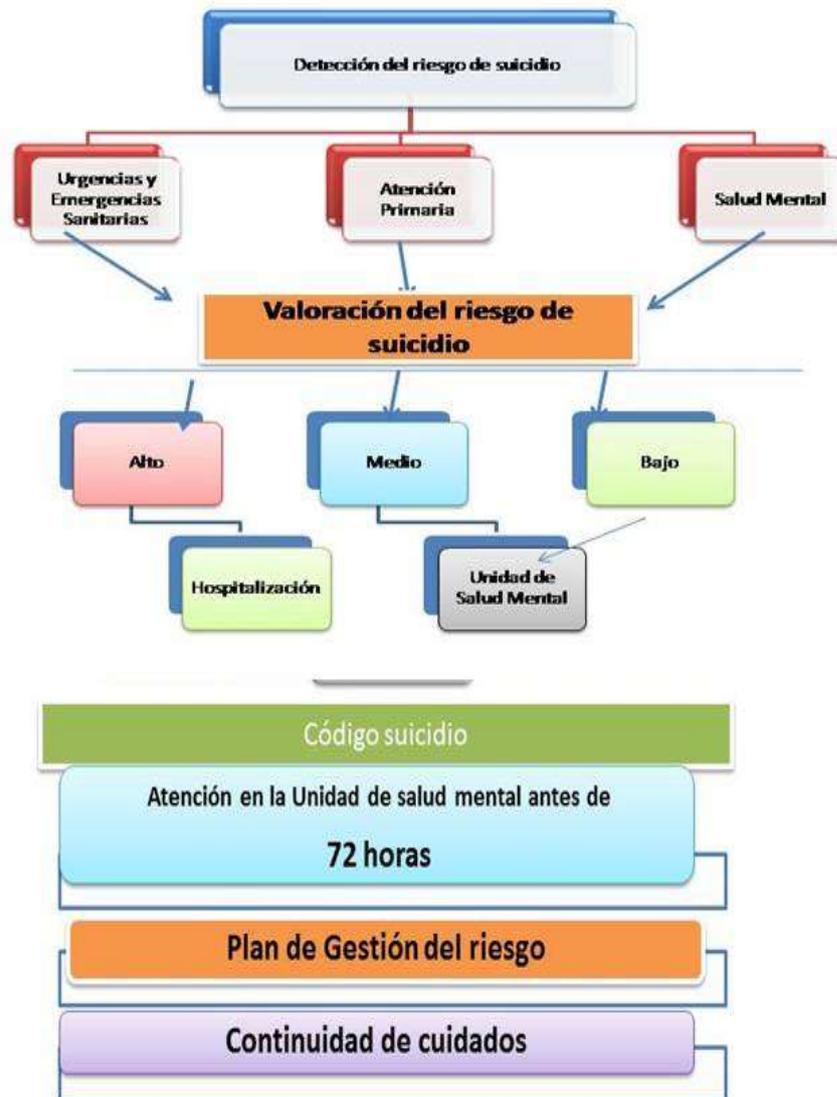
Refieren que piensa a menudo en el suicidio y no puede dejar de darle vueltas. Si esto ocurre, se requiere diferenciar la posibilidad de suicidarse con el miedo a perder el control en un problema de ansiedad u obsesión.

- Verbalizan directamente o indirectamente la idea o posibilidad de suicidarse, con frases como “ ya no hago nada en esta vida”, “quiero quitarme de en medio”, “la vida no merece la pena”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”. “esto no durará mucho”, “pronto aliviaré mi sufrimiento”, “dejaré de ser una carga”; así como las dirigidas hacia él mismo, el futuro o la vida tales como “no valgo para nada”, “estaríais mejor sin mi ”,“estoy cansado de luchar”, “quiero terminar con todo”, “las cosas no van a mejorar nunca”.
- Amenazan o se comenta a personas cercanas su amenaza, lo cual se podría entender como una petición de ayuda.
- Realizan comentarios a personas cercanas la insatisfacción y poca voluntad de vivir antes que al profesional sanitario, por lo que puede ser de gran utilidad obtener información del entorno personal.
- Desarrollan actividades compatibles con preparativos para quitarse la vida, como por ejemplo, arreglar documentos, cerrar asuntos, preparar el testamento, regalar objetos o bienes y despedirse.
- Expresan estar solos/as y/o aislados/as y se ven incapaces de sobrellevar la vida cotidiana.
- Expresa sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y especialmente desesperanza.
- Pierden interés por aficiones, obligaciones, familia, amistades, trabajo y apariencia personal y comienzan a aislarse personal y socialmente.
- Están deprimidos/as y mejora de forma repentina e inesperada, momento en el cual pueden sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo sus planes de suicidio.
- Experimentan cambios de conducta repentinos.
- Realizan acciones de recolección de información sobre autolesiones, métodos de suicidio.
- Adquieren de forma repentina de útiles que puedan ayudar al suicidio sin motivación aparente.

8.2 ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO

- Escalas de valoración del riesgo suicida de utilización más frecuente:
 - Escalas auto-aplicadas:
 - Escala de desesperanza de Beck.
 - Escala de depresión de Beck (ítem sobre conducta suicida).
 - Escala de riesgo suicida de Plutchick
 - Escalas hetero-aplicadas:
 - SAD PERSONS.
 - IS PATH WARM
 - Escala de intencionalidad suicida (Suicide Intent Scale, SIS)
 - Escala de depresión de Montgomery-Asberg

8.3 ALGORITMO DE ATENCIÓN AL RIESGO DE SUICIDIO





VIVIR ES LA SALIDA

**Plan de prevención del suicidio
y manejo de la conducta suicida**

 GENERALITAT VALENCIANA
INSTITUT VALENCIÀ DE SANITAT PÚBLICA I SALUT POPULAR