



VIURE ÉS L'EIXIDA

**Pla de prevenció del suïcidi
i maneig de la conducta suïcida**



GENERALITAT VALENCIANA

CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ
2. DADES EPIDEMIOLÒGIQUES I FONTS D'INFORMACIÓ
 - Dades epidemiològiques
 - Fonts d'informació i registre de dades
3. FACTORS DETERMINANTS I MITES SOBRE LA CONDUCTA SUÏCIDA.
4. PLA DE PREVENCIÓ DEL SUÏCIDI I MANEIG DE LA CONDUCTA SUÏCIDA
 - 4.1 MISSIÓ, VISIÓ I VALORS
 - 4.2 OBJECTIUS, ESTRATÈGIES I INTERVENCIIONS
 - ESTRATÈGIA CLAU 1. Promoció de la salut mental positiva i prevenció dels comportaments suïcides
 - ESTRATÈGIA CLAU 2. Detecció del risc de conducta suïcida
 - ESTRATÈGIA CLAU 3. Maneig de la conducta suïcida
 - ESTRATÈGIA CLAU 4. Formació
 - ESTRATÈGIA CLAU 5. Sistemes d'informació i investigació epidemiològica
 - 4.3.1 INTERVENCIIONS I INDICADORS D'AVAUACIÓ
5. MISSATGES CLAU
6. COMITÉ D'ELABORACIÓ
7. BIBLIOGRAFIA
8. ANNEXOS.
 - 8.1 SENYALS D'ALARMA DE RISC DE SUÏCIDI
 - 8.2 ESCALES DE VALORACIÓ DE RISC DE SUÏCIDI
 - 8.3 ALGORITME D'ATENCIÓ

1. INTRODUCCIÓ

El suïcidi és un greu problema de salut pública i es calcula que cada any se suïciden més de 800.000 persones i que, per cada una d'elles, es cometen molts més intents de suïcidi. A més a més, els suïcidis i els intents de suïcidi afecten, tant directament com indirectament, altres persones i generen un greu impacte sobre els que sobreviuen (*survivors*), com ara cònjuges, mares i pares, fills i filles, família, amistats, persones de l'àmbit laboral i coetànies, tant a curt com a llarg termini. S'estima que cada suïcidi afecta de forma directa de sis a catorze familiars o amistats (Jordan & McIntosh, 2011).

Les dades de què es disposa actualment confirmen que el suïcidi és prevenible i que fa falta un enfocament multisectorial per tal que les estratègies de prevenció siguin eficaces.

En l'any 2008, l'OMS, en el Programa d'acció per a superar les bretxes en salut mental, considera el suïcidi com una de les qüestions prioritàries i proporciona assessorament tècnic basat en dades científiques per a millorar i ampliar la prestació de servicis en els diferents països i el Pla d'Acció sobre Salut Mental de l'OMS 2013-2020 compromet els estats membres a treballar en pro de la meta mundial de reduir per al 2020 un 10% la taxa de suïcidi

L'any 2014, l'OMS publica l'informe “La prevenció del suïcidi, un imperatiu global”, on encoratja els països a assignar la prevenció del suïcidi com una prioritat alta en els seus programes, ja que per mitjà d'intervencions oportunes i eficaces (basades en dades científiques), tractament i suport, poden previndre's tant suïcidis com temptatives. D'altra banda, en l'informe es planteja que la càrrega del suïcidi no pesa només en el sector de la salut, sinó que té repercussions múltiples sobre molts sectors i sobre la societat en conjunt. Per això, per a previndre eficaçment el suïcidi, els països han d'emprar un enfocament multisectorial que aborde la magnitud d'este problema d'una manera integral, i són els ministeris de Salut els responsables de liderar la participació d'altres ministeris com a part d'un esforç integral.

El coneixement sobre el comportament suïcida ha augmentat enormement en els últims decennis. La recerca ha mostrat la importància de la interacció entre factors biològics, psicològics, socials, ambientals i culturals en la determinació dels comportaments suïcides. Al mateix temps, l'epidemiologia ha ajudat a identificar molts factors de risc i de protecció enfront del suïcidi, tant en la població general com en grups vulnerables. També s'ha observat variabilitat cultural quant al risc de suïcidi i com la cultura pot augmentar el risc de comportaments suïcides o protegir contra estos.

Les dades científiques avalen que molts suïcidis són evitables, però a pesar de l'augment d'investigacions i del coneixement que els suïcidis són prevenibles, no sempre s'ha reconegut la prioritat que té. D'altra banda,

l'estigma i el tabú persisteixen, per la qual cosa moltes persones no busquen ajuda i inclús quan la busquen, molts sistemes i serveis de salut no aconseguixen proporcionar una ajuda oportuna i eficaç (OMS 2014).

Quant a les polítiques, un total de 28 països tenen hui estratègies nacionals de prevenció del suïcidi, han establert el 10 de setembre com el Dia Mundial per a la Prevenció del Suïcidi, en el qual, organitzat per l'AIPS (Associació Internacional per a la Prevenció del Suïcidi) i copatrocinat per l'OMS, es vol reconèixer i remarcar la importància del problema. Este dia ha contribuït a conscienciar i reduir la càrrega d'estigma en tot el món.

En l'àmbit acadèmic també hi ha hagut un interès en l'estudi del problema, s'han creat diverses unitats d'investigació i cursos de capacitat per a diferents entorns, com ara escoles, ambients militars i presons.

A fi de millorar l'avaluació i el maneig de les conductes suïcides s'està recorrent a professionals de la salut no especialitzats amb l'objectiu de proporcionar ajuda pràctica en diferents entorns, a través de grups de suport mutu entre familiars i personal voluntari.

Un altre element clau en la prevenció del suïcidi és la restricció dels mitjans utilitzats per a la seua consecució. Per a poder dur a terme una política de restricció es requereix, d'una banda, un coneixement dels mètodes utilitzats en les diferents regions i grups socials i, d'una altra, una col·laboració entre diferents sectors.

A més a més, la prevenció del suïcidi requereix una visió, un conjunt d'estratègies i un lideratge sostingut perquè les metes de prevenció puguin assolir-se. En este sentit, l'Estratègia en Salut Mental del Sistema Nacional de Salut 2009-2013, arreplega la prioritització d'actuar en la prevenció i detecció precoç de la conducta suïcida.

Però per a donar resposta al suïcidi i que esta siga eficaç, és fonamental disposar d'un Pla de Prevenció del Suïcidi que reflectisca el compromís polític d'ocupar-se d'este problema, definida la prevenció com una prioritat multisectorial que inclou no sols el sector de la salut, sinó també els d'educació, ocupació, benestar social i justícia, entre altres.

Este Pla ha d'establir millors pràctiques i intervencions basades en dades científiques amb un abordatge integral i per a això, els serveis de salut han de preveure la prevenció del suïcidi com un component central i avaluar regularment els resultats perquè es tinguen en compte en la planificació futura. Identificar els grups vulnerables, detectar precoçment el risc de suïcidi, millorar l'accés als serveis, prestar una atenció protocol·litzada, entre altres, són metes del Pla.

L'elaboració del Pla de Prevenció del Suïcidi i Maneig de la Conducta Suïcida de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, s'engloba en els objectius de l'Estratègia Autònoma de Salut Mental de la Comunitat Valenciana 2016-2020, com una de les accions prioritàries per a dur a terme.

2. DADES EPIDEMIOLÒGIQUES I FONTS D'INFORMACIÓ

La vigilància de la prevalença, les característiques demogràfiques i els mètodes utilitzats subministren una informació important que ajuda a avaluar les estratègies de prevenció. Quan es combina la informació sobre les morts per suïcidi, per sexe, edat i mètode, esta informació ajuda a identificar dins de la comunitat els grups d'alt risc.

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

A nivell mundial, cada 40 segons se suïcida una persona, la qual cosa representa una taxa anual de suïcidi de l'11,4 per 100.000 habitants, amb unes taxes de 15,0 entre hòmens i 8,0 entre dones. En els països rics se suïciden tres vegades més hòmens que dones, però en els d'ingressos baixos i mitjans la raó home/dona és molt menor, d'1,5 hòmens per cada dona.

El suïcidi representa el 50% de totes les morts violentes registrades entre hòmens i el 71% entre dones. Respecte a l'edat, les taxes de suïcidi són més elevades entre les persones de 70 anys d'edat o més, tant en hòmens com en dones, en quasi totes les regions del món.

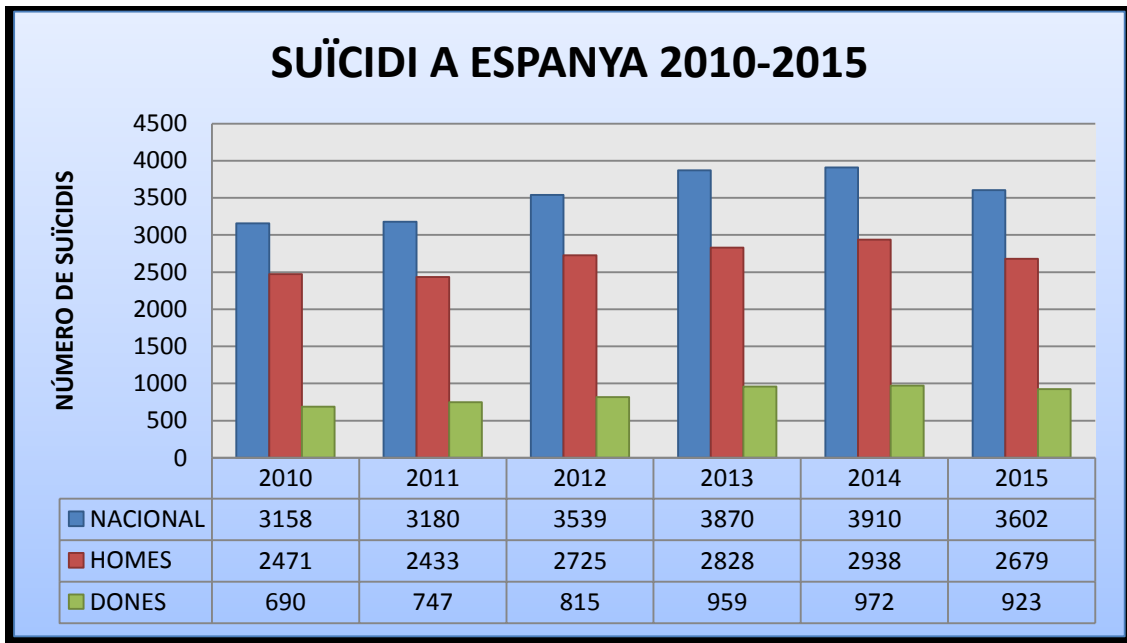
En alguns països, les taxes de suïcidi són més elevades entre jóvens, sent a nivell mundial, la segona causa principal de mort en el grup de 15 a 29 anys.

El 50% de les persones que se suïciden han presentat una temptativa prèvia, i este és el factor de risc més important en la població general, per la qual cosa és fonamental disposar d'un sistema d'informació que proporcione dades de qualitat i accessibilitat. S'estima que el risc en estes persones amb temptatives prèvies és 100 vegades superior a la població general i quatre vegades superior a persones amb un trastorn mental.

Quant a Europa, el suïcidi és un dels majors problemes de salut pública, se n'estima una prevalença d'11,8 per 100.000 habitants (Eurostat 2010) i afecta persones de qualsevol edat, cultura o grup poblacional.

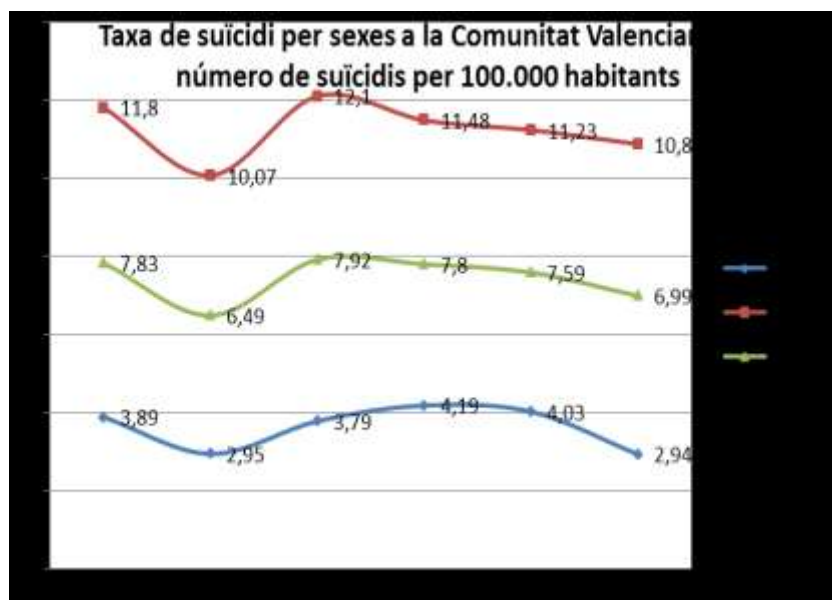
A Espanya, el suïcidi és la primera causa de mort per factors externs. Es produïxen 1,8 suïcidis per cada accident mortal, 11,7 suïcidis per cada homicidi i 68,1 suïcidis per cada mort per violència de gènere. Segons les dades de l'INE, les morts per suïcidi han augmentat considerablement en els últims 15 anys. L'any 1989,

van morir a Espanya 5.940 persones per accident de trànsit i, per suïcidi, van perdre la vida 2.987 persones. En 2015, les defuncions per accident de trànsit van ser 1.880, mentres que per suïcidi van perdre la vida 3.602 persones. En els últims 35 anys, la relació entre morts per accident de trànsit i per suïcidi pràcticament s'ha invertit (1:2-2:1).

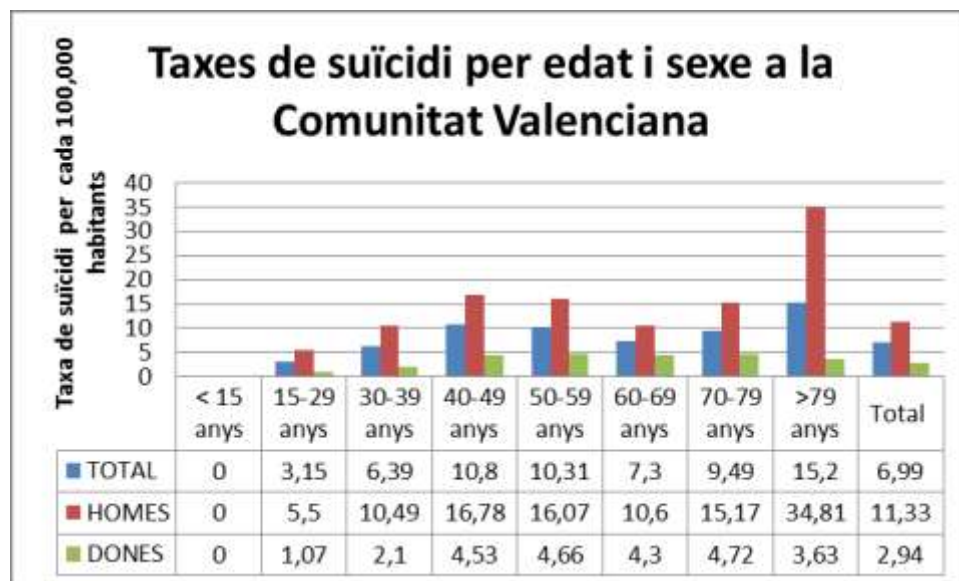


Evolució dels suïcidis a Espanya des de l'any 2010 al 2015.
Dades de l'Institut Nacional d'Estadística

La taxa de suïcidi a la Comunitat Valenciana ocupa el dotzè lloc entre les comunitats autònomes, amb 6,99 casos per cada 100.000 habitants, i va ser inferior a la mitjana d'Espanya, que en l'any 2015 va ser de 7,76 casos cada 100.000 habitants i el tercer quant al nombre de suïcidis (348 en 2015).



La relació de suïcidis entre hòmens i dones és de 3,7 a 1 a la Comunitat Valenciana, mentres que la mitjana estatal és de 2,9 a 1.

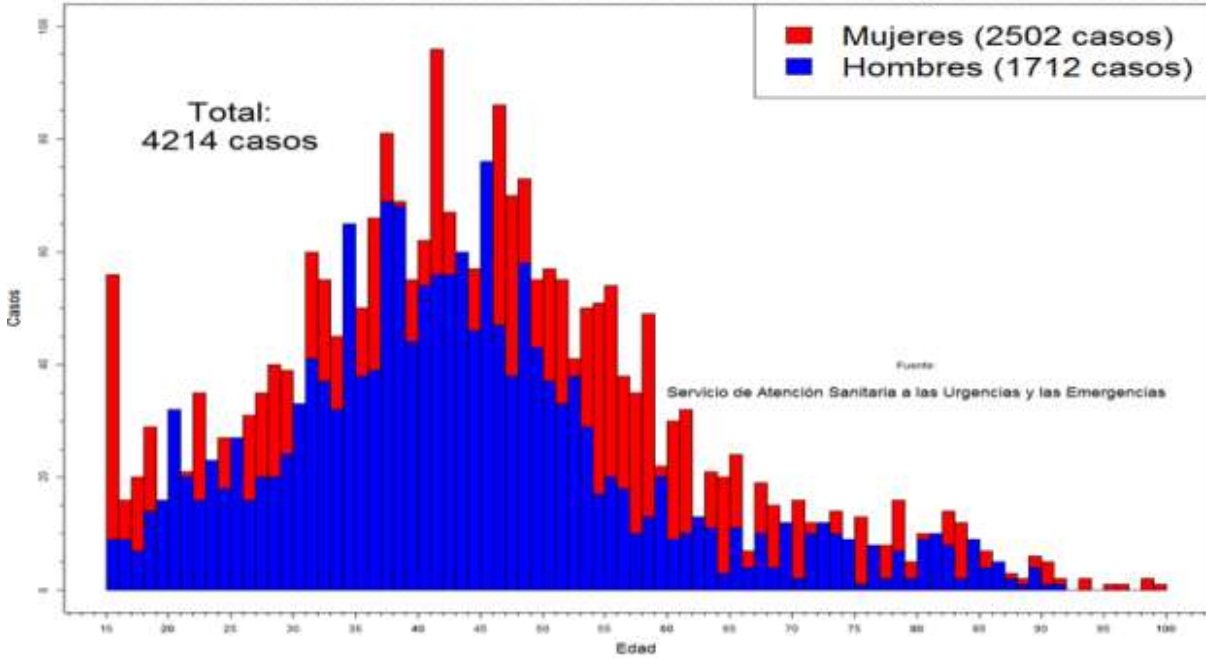


Taxa de suïcidis per grups d'edat i sexe a la Comunitat Valenciana des del 2015

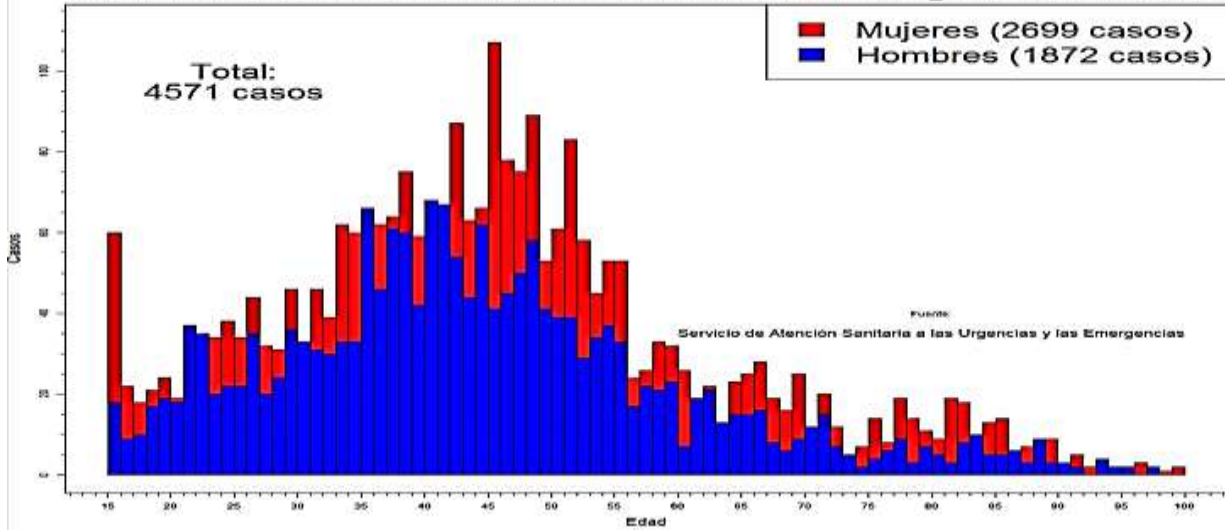
De les dades es conclou que el risc de suïcidi augmenta amb l'edat, sobretot en barons de més de 70 anys, i arriba a taxes per damunt de 30 suïcidis per cada 100.000 en edats avançades.

Respecte als intents de suïcidi, segons les dades del Servei d'Atenció Sanitària a les Urgències i Emergències de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, en els anys 2014 i 2015 va haver-hi un total de 4.214 i 4.571 temptatives respectivament. En analitzar estes dades, trobem que les dones fan quasi 1,5 temptatives de suïcidi més que els hòmens i que el grup de dones de 15 a 16 anys presenta un nombre de temptatives molt major respecte al grup d'edat entre 16 i 30 anys.

Distribución Intentos Suicidio 2014 Servicio de Emergencias Sanitarias



Distribución Intentos Suicidio 2015 Servicio de Emergencias Sanitarias



Les dades sobre temptatives de suïcidi es referixen exclusivament a les que arriben a les Unitats SAMU i SBV.

FONTS D'INFORMACIÓ I REGISTRE DE DADES

El sistema de registre, tant per a suïcidis consumats com per a temptatives, cal que siga millorat. En l'actualitat, les dades referents a suïcidis consumats s'obtenen a través de l'Institut Nacional d'Estadística en

l'apartat de “Defuncions per causa de mort – causes externes de mortalitat en el grup 098 Suïcidi i lesions autoinflingides amb els codis X60-X84.” Arreplegades a partir del certificat de defunció.

En la Comunitat Valenciana hi ha la possibilitat d'accedir a les dades sobre temptativa de suïcidi de persones ateses pel SAMU i el SVB que centralitza el Servei d'Atenció Sanitària a les Urgències i Emergències.

DEFINICIONS

Per a poder registrar les dades és imprescindible definir les conductes. A continuació es definixen els termes per a denominar les diferents situacions que poden tindre lloc en este àmbit, segons la terminologia internacional:

- Suïcidi: és l'acte deliberat de llevar-se la vida.
- Intent de suïcidi: és el comportament que no causa la mort i es referix a intoxicació autoinflingida, lesions o autoagressions intencionals, que poden o no tindre una intenció de resultat mortal.
- Conducta suïcida/comportament suïcida: engloba una diversitat de comportaments com ara pensar en el suïcidi (o ideació suïcida), planificar el suïcidi, intentar el suïcidi i cometre un suïcidi pròpiament dit.

3. FACTORS DETERMINANTS I MITES SOBRE LA CONDUCTA SUÏCIDA

Diferents investigacions han mostrat que la conducta suïcida constituïx un problema complex i multifactorial, que no es deu a una causa única, i en la qual intervenen factors psicològics, socials, biològics, culturals i ambientals.

La base de tota resposta eficaç de prevenció del suïcidi és la identificació i mitigació dels factors de risc per mitjà d'intervencions apropiades. El més freqüent és que estos factors actuen acumulativament, augmentant la vulnerabilitat de la persona al comportament suïcida. D'altra banda, igualment importants que els factors de risc, són els factors protectors, per la qual cosa l'enfortiment d'estos factors també és un objectiu essencial en la prevenció del suïcidi.

FACTORS DE RISC

La llista de factors de risc és exhaustiva, la importància de cada un dependrà en part del context, i poden contribuir directament molts d'ells a comportaments suïcides, però poden influir també indirectament en la sensibilitat individual als trastorns mentals.

Encara que la connexió entre el suïcidi i els trastorns mentals està ben establida, creixents dades científiques indiquen que el context és indispensable per a comprendre el risc de suïcidi.

Donats els múltiples factors que intervenen, les activitats de prevenció requereixen un enfocament multisectorial que aborde els diversos grups de població i de risc i els seus contextos al llarg de tot el cicle de vida.

SISTEMAS DE SALUD	Barreras para obtener acceso a la atención se salud
SOCIETAT	Accés a mitjans utilitzables per a suïcidar-se
	Notificació inapropiada pels mitjans de difusió
	Estigma associat a comportaments de busca d'ajudes
COMUNITAT	Desastres, guerres i conflictes
	Estrés per desplaçaments i aculturació
	Discriminació
RELACIONS	Traumes o abús
	Sentit d'aïllament i falta de suport social
	Conflictes en les relacions, disputes, pèrdues
INDIVIDU	Intent de suïcidi anterior
	Trastorns mentals
	Consum nociu d'alcohol
	Pèrdua de treball i financera
	Desesperança
	Dolor crònic
Antecedents familiars de suïcidi	
Factors genètics i biològics	

Principals factors de risc de suïcidi. Font: OMS 2014

FACTORS DE PROTECCIÓ

En contraposició als factors de risc estan els factors de protecció, i moltes intervencions de prevenció s'orienten a l'enfortiment d'estos factors. Es consideren factors de protecció:

Sòlides relacions personals.

El manteniment de relacions estretes sanes pot actuar com a protector. El cercle pròxim d'una persona pot tindre gran influència i pot ser una font significativa de suport social, emocional i financer que amortisca els factors externs estressants. Les relacions són especialment protectores per a adolescents i persones majors. També s'ha vist que este factor de suport disminúix el risc de suïcidi associat a traumes en la infància.

Creences religioses o espirituals.

Este factor genera moltes cauteles perquè la fe, encara que proporciona un sistema estructurat de creences, algunes vegades pot contribuir a l'estigma anul·lant la busca d'ajuda. El valor protector de la religió i l'espiritualitat està en relació a l'accés a una comunitat socialment cohesiva que compartix un conjunt de valors, però també cal tindre en compte que depén dels contextos culturals. Els estudis sobre això no són definitius (Anseán, 2014).

Estratègies pràctiques positives d'afrontament i benestar com a forma de vida.

El benestar es relaciona en part amb trets de personalitat que determinen la vulnerabilitat i la capacitat de recuperació enfront de l'estrés i els traumes. L'estabilitat emocional, l'optimisme i una identitat personal desenrotllada ajuden a fer front a les dificultats de la vida. Una bona autoestima, competència personal i capacitat de resoldre problemes (inclosa la capacitat de demanar ajuda) mitiguen la repercussió de les adversitats.

MITES SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

Hi ha molts conceptes erronis i prejudis respecte a la conducta suïcida, que es contradiuen amb l'evidència científica. A continuació es presenten alguns dels més comuns (OMS 2014).

MITE	FET
Els que parlen del suïcida no tenen la intenció de cometre'l	Els que parlen de suïcida poden estar demanant així ajuda o suport. Un nombre significatiu de persones que contempen el suïcida presenten ansietat, depressió i desesperança i poden considerar que no tenen cap altra opció
La majoria dels suïcidis succeïxen sobtadament sense advertència prèvia	La majoria dels suïcidis han anat precedits de signes d'advertència verbal o conductual. Per descomptat, alguns suïcidis és cometen sense advertència prèvia. Però és important conèixer els signes d'advertència i tindre present
La persona suïcida està decidida a morir	Al contrari, les persones suïcides solen ser ambivalents sobre la vida o la mort. L'accés al suport emocional en el moment propici pot previndre el suïcida
Qui haja sigut suïcida alguna vegada mai deixarà de ser-ho	El major risc de suïcida sol ser a curt termini i específic segons la situació. Encara que els pensaments suïcides poden tornar, no son permanents, i qui haja tingut pensaments i intents suïcides pot portar després una llarga vida
Només les persones amb trastorns mentals son suïcides	El comportament suïcida indica una infelicitat profunda, però no necessàriament un trastorn mental. Moltes persones que viuen amb trastorns mentals no estan afectades pel comportament suïcida i no totes les persones que es lleven la vida tenen un trastorn mental
Parlar del suïcida és una mala idea i pot interpretar-se com a estímul	Donat l'estigma generalitzat al voltant del suïcida, la majoria de les persones que contempen el suïcida no saben amb qui parlar. En compte de fomentar el comportament suïcida, parlar-ne obertament pot donar a una persona altres opcions o temps per a reflexionar sobre la seua decisió, i previndre així el suïcida.

4. PLA DE PREVENCIÓ DE SUÏCIDI. MISSIÓ, VISIÓ I VALORS

4.1 MISSIÓ, VISIÓ I VALORS

Missió

El Pla de Prevenció de Suïcidi i Maneig de la Conducta Suïcida té com a missió previndre les conductes suïcides i disminuir les taxes de suïcidi a la Comunitat Valenciana.

Visió

El pla de prevenció de suïcidi i maneig de la conducta suïcida serà la referència per al creixement de coneixements sobre la conducta suïcida, l'aplicació d'estratègies de promoció, prevenció, detecció precoç i el desenvolupament d'una xarxa d'atenció de qualitat, que compte amb la participació de tots els implicats des d'una perspectiva integral.

Valors

Els valors necessaris per al desenvolupament del Pla estan orientats a l'accessibilitat als serveis, el compromís de professionals, el respecte als drets de les persones, a la qualitat, a l'equitat en l'atenció, la integració de la perspectiva de gènere i a la responsabilitat social.

4.2 OBJECTIUS, ESTRATÈGIES I INTERVENCIIONS

Els suïcidis són prevenibles i hi ha mesures eficaces que es poden adoptar. Entre les mesures que proposa l'OMS, per a la prevenció del suïcidi, es troben: reduir l'accés a mitjans per a autolesionar-se o suïcidar-se, realitzar una praxi informativa responsable per part dels mitjans de comunicació, implementar la protecció de les persones amb elevat risc de suïcidi, detectar precoçment el risc suïcida i abordar i tractar adequadament les conductes suïcides.

En termes operatius, l'objectiu serà reduir la taxa de suïcidis i de temptatives, comparada amb la taxa mitjana anual dels últims 5 anys (7,36 casos per cada 100.000 habitants en el període 2011-2015), en el període 2016-2020.

Les estratègies i accions generals del Pla de Prevenció del Suïcidi i Maneig de la conducta suïcida:

Estratègies universals, selectives i indicades de promoció i prevenció.

- Potenciar la realització de tallers específics per a previndre la depressió en centres educatius.
- Millorar la informació de la població sobre el suïcidi
- Millorar la lluita contra l'estigma dels problemes de salut mental.
- Millorar l'atenció de *bullying* i *ciberbullying*

La millora en la detecció precoç del risc suïcida.

- Millorar la detecció del risc de suïcidi en les dones en situació de violència de gènere.
- Millorar la detecció de la violència de gènere en dones a les quals els ha sigut detectat risc de suïcidi
- Millorar la detecció de la depressió en població infantoadolescente en l'àmbit educatiu.
- Millorar la detecció del risc de suïcidi de fills i filles en edat infantoadolescente de víctimes de violència de gènere.

Les actuacions en l'àmbit sanitari davant de la conducta suïcida.

- Millorar l'atenció dels problemes de salut mental de les persones majors
- Millorar la detecció de la depressió en les persones majors
- Millorar l'atenció a les persones amb trastorns depressius
- Millorar l'atenció a les persones amb TLP
- Millorar l'atenció a les persones amb problemes de salut mental greus
- Millorar la detecció de les persones amb conductes suïcides

- Millorar l'atenció a les persones amb conductes suïcides.
- Millorar la continuïtat assistencial de les persones amb conductes suïcides.
- Millorar l'atenció a les persones supervivents del suïcidi

La coordinació amb altres sectors

- Limitar l'accés als mitjans utilitzats per al suïcidi en la comunitat
- Millorar la detecció de la depressió en persones de situació de compliment penitenciari
- Millorar la vinculació de les persones sense llar als servicis de salut mental

La formació de professionals

- Desplegar accions formatives per a professionals d'Atenció Primària, Urgències i Emergències dirigides a millorar la detecció del suïcidi.
- Desplegar accions formatives per a professionals de Salut Mental dirigides a la detecció i l'atenció de les persones amb conductes suïcides.
- Desplegar accions formatives per a professionals d'altres sectors (educació, servicis socials, policia...).

La investigació epidemiològica

- Millorar el coneixement sobre l'epidemiologia del suïcidi i la conducta suïcida.

ESTRATÈGIA 1: PROMOCIÓ DE LA SALUT MENTAL POSITIVA I PREVENCIÓ DEL SUÏCIDI

El concepte de salut mental positiva representa un canvi de paradigma en què la salut mental no és només l'absència de malaltia sinó un estat emocional positiu que suposa disfrutar d'una sèrie de capacitats i recursos que permeten a les persones resistir adversitats i crear condicions que possibiliten el seu màxim desenvolupament possible (resiliència). Esta perspectiva positiva concep la salut mental com un pilar fonamental per al benestar i el funcionament òptim de la persona i, per tant, defén que cal promoure les qualitats del ser humà i facilitar el seu màxim desenvolupament potencial.

La promoció de la salut mental positiva consistix en accions que creen entorns i condicions de vida individuals, socials i ambientals que propicien una bona salut mental i permeten a les persones adoptar i mantindre formes de vida saludables. Un ambient de respecte i protecció dels drets humans és fonamental per a la promoció de la salut mental. Sense la seguretat i la llibertat que proporcionen estos drets, resulta molt difícil mantindre un bon nivell de salut mental.

El foment de la salut mental inclou diverses estratègies, que poden ser instaurades tant a nivell individual, com a nivell comunitari, o en ambdós nivells (Alberto Fernández Liria, 2009):

- Des d'una perspectiva individual, les estratègies per a la promoció de la salut mental s'orienten cap a la promoció de l'autoestima, la resiliència, les capacitats de relació personal i les habilitats socials.
- Des d'un enfocament comunitari, els objectius s'orienten a la inclusió social, la participació activa en la comunitat, potenciar les xarxes socials, a la millora de la qualitat de vida i de les relacions interpersonals en l'escola, el treball i les entitats comunitàries que permeta desenvolupar un model de societat més inclusiu, participatiu i solidari.
- Aplicant una visió social més general, que afecta tant l'àmbit comunitari com individual, els objectius van dirigits a qüestions de major amplitud com ara l'estigma, la marginació o la discriminació, la integració educativa i laboral i tot allò que permeta desenvolupar un model de societat més inclusiu, participatiu i solidari.

Quant a la prevenció del suïcidi, per a assegurar l'eficàcia de les polítiques de prevenció és necessari plantejar el model Universal-Selectiva-Indicada, que definix tres nivells d'actuació:

- Universal, per a tota la població, com són la detecció precoç de problemes de salut mental com ara depressió en AP, augmentar l'accés a l'atenció de salut, reduir el consum nociu d'alcohol, limitar l'accés als mitjans utilitzables per a suïcidar-se o promoure una informació responsable per part dels mitjans de comunicació.
- Selectiva, dirigida a grups vulnerables, com són les ajudes prestades a través de les línies telefòniques o app.
- Indicada, dirigida a persones vulnerables específiques per mitjà del suport en la comunitat, el seguiment a les persones amb conductes suïcides prèvies, la capacitat del personal de salut i una millor identificació i maneig de les persones amb trastorns mentals, amb addiccions i/o amb temptatives prèvies de suïcidi.

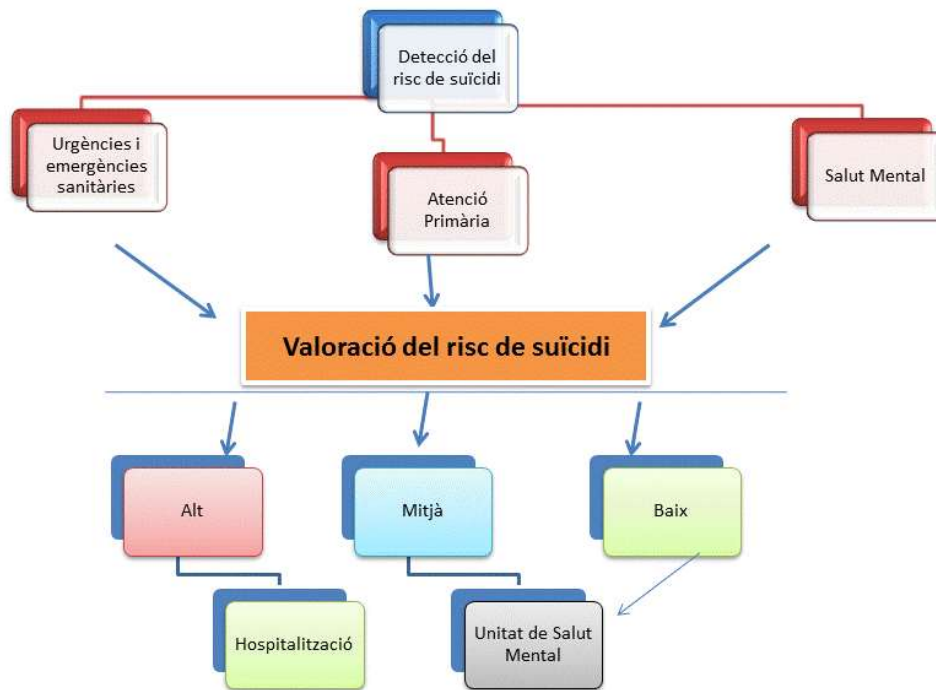
ESTRATÈGIA 2: DETECCIÓ DEL RISC DE CONDUCTA SUÏCIDA

És necessari establir accions concretes per a la detecció precoç de les persones amb risc de suïcidi, tant en la població general, com en els grups vulnerables i d'alt risc.

En la detecció precoç del risc, els servicis d'atenció primària juguen un paper primordial, i el metge o la metgessa d'atenció primària és, en molts casos, qui primer contacta amb una persona amb ideació suïcida.

Un estudi preliminar a la província de Castelló sobre suïcidi consumat, conclou que qui va atendre per última vegada pacients que van intentar un acte autolític va ser el personal mèdic d'atenció primària en més de la mitat dels casos (51,2%) i infermeria d'Atenció Primària en un 25% d'ells (Pardo et al., "Relació temporal entre l'últim contacte sanitari i el suïcidi consumat, anàlisi de supervivència", 2015)

Els servicis d'emergències sanitàries (SES), i els servicis d'urgències hospitalaris, constitueixen un altre nivell de contacte d'especial rellevància per a les persones que estan davant d'una situació de risc de suïcidi, i són atesos un percentatge important dels que en fan una temptativa.



Esquema de detecció del risc de suïcidi

Entre els grups de població vulnerable es troben adolescents, especialment els que han patit assetjament escolar, persones majors, dones víctimes de violència gènere, immigrants, persones amb addicció a l'alcohol o altres substàncies tòxiques, víctimes d'homofòbia, persones en compliment de condemna i persones en risc d'exclusió. La identificació d'estos col·lectius vulnerables no sols implica els dispositius sanitaris, sinó també servicis socials, centres educatius, institucions penitenciàries, residències de majors, etc., i són necessaris programes de conscienciació i formació per a professionals de l'ensenyança, de servicis socials i altres agents comunitaris.

Sabem també que un percentatge majoritari dels suïcidis s'associen a problemes de salut mental, i són majoritàriament els trastorns afectius els de major risc, constitueixen el 60% dels casos de suïcidi i amb un risc entre 15 i 20 vegades superior a la població general.

Infància i adolescència

L'adolescència és un factor de risc per a l'aparició de comportaments suïcides i en les últimes dècades s'ha observat un augment en esta edat i en la infància.

Hi ha el mite o la tendència a minimitzar tant els intents com els suïcidis, la qual cosa ha pogut dificultar la realització d'estudis, per la qual cosa les xifres reals del problema podrien ser diferents de les publicades.

La conducta suïcida té la mateixa definició en la infància que en l'edat adulta. L'objectiu de la ideació o acció suïcida és la mort, amb independència que en la infància es tinga un concepte madur de la finalitat de la mort.

Són importants les consideracions de caràcter evolutiu en l'avaluació del risc, ja que en la infància pot no comprendre's la gravetat o intensitat del mètode usat. El o la professional ha de valorar la letalitat que és percebuda i considerar-lo un cas d'alt risc encara que la letalitat objectiva siga baixa.

En este grup d'edat presentar un trastorn mental és el principal factor de risc (Haro i cols., APA, 2004). La depressió és un factor de risc clau per al suïcidi i els intents de suïcidi per part de jòvens, encara que moltes vegades no es troben en tractament. Conèixer que la depressió pot presentar-se de diferents formes en la infància i l'adolescència, com ara irritabilitat, comportaments disfuncionals com ara violència o promiscuïtat, o somatitzacions com ara mal de cap, dolor abdominal o síncope, és fonamental a l'hora de valorar el risc.

El consum de substàncies afavorix la impulsivitat, la violència i la desinhibició que poden donar el valor necessari per a realitzar temptatives de suïcidi en algunes situacions. El consum també pot precipitar situacions com ara ruptures dramàtiques o discussions que són desencadenants, al seu torn, de conductes suïcides.

Com en qualsevol grup d'edat, les temptatives de suïcidi són un dels predictors més potents de posteriors temptatives i de suïcidi consumat, per la qual cosa s'han de tindre sempre en compte, sobretot en barons i si el mètode utilitzat ha sigut violent.

A més dels problemes de salut mental i de les temptatives prèvies, altres factors de risc en la població infantoadolescent són:

- Les famílies disfuncionals amb conflictes i pobra comunicació.

- La malaltia mental i els comportaments suïcides dins de la família.
- L'exposició a comportaments suïcides en el seu entorn.
- Experimentar estats de desesperació i/o comportaments impulsius, incloent-hi agressions.
- Baix concepte de si mateix.
- Víctima d'abusos sexuals recents en la família o en la infància.
- Víctima de maltractament físic i psicològic recent o en la infància.

Quant als factors de protecció en la infància i l'adolescència estan:

- Famílies estructurades amb cohesió, bona relació amb els membres de la família, i que compten amb suports significatius del grup familiar.
- Autoestima que permeta un sentiment satisfactori de si mateix.
- Habilitats socials, busca d'ajuda quan sorgixen dificultats per a resolució de problemes.
- Bona vinculació amb l'escola, mantenint una relació adequada amb professors.
- Sentiment de pertinença al seu entorn, bones relacions amb altres companys de l'escola.
- Participació social en activitats comunitàries.

Dones víctimes de violència de gènere

Les dones que patixen violència produïda per la parella tenen quasi el doble de probabilitats de patir depressió posterior i, de la mateixa manera, les dones que tenen depressió, mantenen quasi el doble de probabilitats de ser víctimes de violència de gènere. En l'estudi de Karen Devries (2013) van arribar a estes conclusions, examinant variables com ara violència domèstica, depressió i intents de suïcidi.

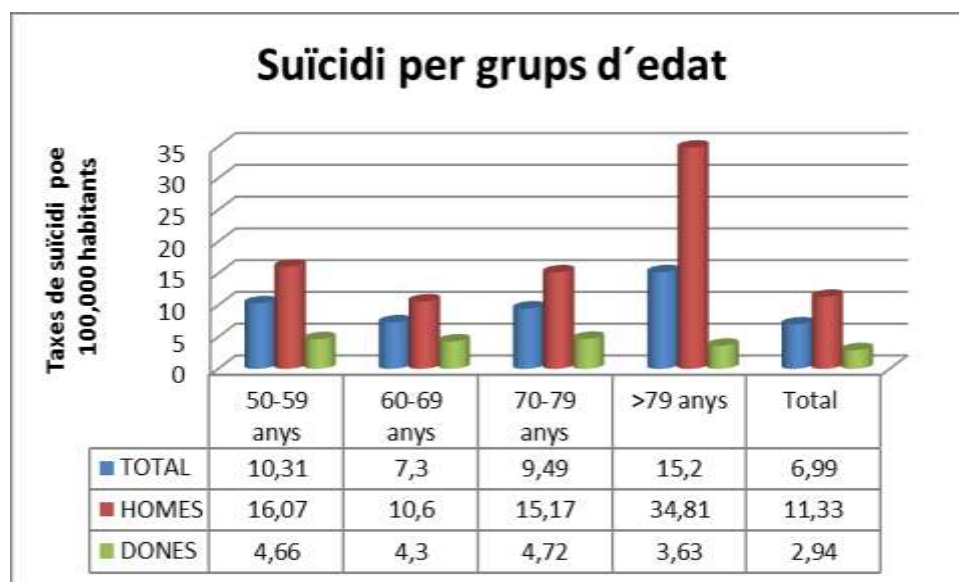
El comportament suïcida pot associar-se a dones que estan patint la violència de gènere, que no troben una altra eixida, sumides en la desesperança i en l'angoixa, i açò afecta també els seus fills i filles que patixen l'exposició a la violència de gènere. Esta exposició a la violència en la infància s'associa significativament amb problemes de salut mental en la vida adulta, per la qual cosa és fonamental preguntar pels seus fills i filles a totes les persones adultes que acudixen a urgències per violència de gènere i/o intent de suïcidi.

En este sentit, és necessari incorporar, associada a la violència de gènere, la detecció precoç per a la prevenció del suïcidi i maneig de la conducta suïcida, focalitzant en tres direccions:

- Dones en què es detecte risc de suïcidi, especialment si tenen associat el factor de risc de tindre algun tipus de depressió (valorar la possibilitat que puguen ser víctimes de violència de gènere).
- Dones que han sigut detectades com ara víctimes de violència de gènere (valorar la possibilitat que tinguen risc de suïcidi i/o depressió).
- Fills i filles de les dones víctimes de violència de gènere.

Persones majors.

Les persones majors de 60 anys tenen un especial risc associat al suïcidi que augmenta a mesura que va augmentant l'edat. Els factors de risc que s'associen al suïcidi en les persones majors tenen a veure amb les malalties cròniques, terminals, amb la discapacitat, les hospitalitzacions prolongades, el deteriorament cognitiu i la demència, la soledat, la inactivitat, l'absència de projectes vitals i la carència de relacions socials. La depressió és el principal factor de risc en este grup d'edat, i és el 15-20% de les persones majors amb depressió les que consumen el suïcidi (Yeates & col 2012).



Dades de taxes de suïcidi per grups d'edat i sexe en població adulta any 2015.

Dades de l'Institut Nacional d'Estadística

Les taxes de suïcidis d'hòmens d'edat superior a 79 anys té una especial consideració ja que augmenten considerablement i arriben a xifres que poden triplicar les taxes totals.

Persones en situació de compliment penitenciari.

Les persones que estan en situació de compliment de penes en establiments penitenciaris poden ser més vulnerables per esta situació a determinats factors de risc, i per tant, cal preveure de forma especial:

L'impacte que pot produir el mateix ingrés a la presó de les persones.

La possibilitat d'haver comés delictes greus contra les persones.

L'existència d'antecedents de conductes autolesives.

Tindre alguna malaltia greu.

Pèrdues familiars i/o ruptures.

L'aïllament social que suposa l'ingrés a la presó.

Problemes de salut mental de la població penitenciària.

En els centres penitenciaris hi ha un protocol de prevenció de suïcidi des de 2005. En els últims anys la incidència de suïcidis consumats ha augmentat, per la qual cosa al març de 2014 s'ha revisat el protocol proposant la intensificació de la vigilància dels factors de risc, així com de les possibles situacions desencadenants de la conducta suïcida des de l'ingrés de l'intern.

Persones sense llar

Una de les poblacions més afectades per l'acumulació dels esmentats factors de risc la constitueixen les persones sense llar, ja que presenten taxes significativament superiors a la població general en problemes de salut mental i addiccions (Ball, Cobb-Richardson, Conolly, Bujosa i O2005; Glasser i Zywiak, 2003; NCH, 2007).

En un estudi recent realitzat a la ciutat de Girona en 2015, es va observar que dos de cada tres d'estes persones presentaven risc de suïcidi, i que una de cada quatre s'havia intentat suïcidar alguna vegada en la seua vida. Les persones amb addicció a l'alcohol i les dones van ser les que van presentar un major risc de suïcidi en este col·lectiu. D'altra banda, els que consumien drogues injectades o estaven infectades pel VIH o l'hepatitis-C, havien intentat suïcidar-se com a mínim una vegada en la seua vida amb major freqüència.

Les persones sense llar requereixen, doncs, intervencions preventives específiques comunitàries per a facilitar i adaptar, tant la detecció del risc de suïcidi, com l'accés als servicis de salut mental a través d'un marc de coordinació entre els servicis socials i els servicis sanitaris que puguen generar accions de vinculació per a l'atenció d'este grup de població.

Classificació de la conducta suïcida.

Dins de la conducta/comportament suïcida s'inclouen:

1. Ideació suïcida
2. Pla suïcida
3. Intents de suïcidi
4. Suïcidi consumat

Avaluació del risc suïcida

Quan s'avalua cal tindre en compte que els factors de risc associats a la conducta suïcida actuen, la gran majoria de vegades, de forma acumulativa, augmentant la vulnerabilitat al comportament suïcida, per la qual cosa fa falta d'una bona avaluació de la persona i del seu context per a poder mesurar el risc.

La responsabilitat de la prevenció del suïcidi correspon a tota la societat i, dins del sistema sanitari públic, a la totalitat de professionals de tots els àmbits (ambulatori, hospitalari, urgències i emergències) i de tots els nivells (equips d'atenció primària, salut mental i altres especialitats), hi ha senyals d'alarma que ens poden dirigir cap a la possibilitat que hi haja un risc de suïcidi. ANNEX 8.1

Per tant, el personal sanitari ha d'estar preparat i conèixer els algoritmes d'actuació en els distints nivells d'atenció, per a avaluar el risc de suïcidi i posar precoçment en marxa les accions necessàries. ANNEX 8.3

Les dos ferramentes bàsiques per a l'avaluació del risc de suïcidi són l'entrevista clínica i les escales d'avaluació, encara que estes no substituïxen el juí clínic, sinó que són un suport o complement (Guia Pràctica Clínica de Prevenció i Tractament de la Conducta Suïcida 2012).

Entrevista clínica

No hi ha cap factor de risc o combinació d'ells que tinguen una sensibilitat o especificitat suficients per a predir el pas a l'acte, però l'avaluació, en el seu conjunt, pot ajudar a previndre el suïcidi.

L'entrevista clínica és l'instrument essencial en la valoració del risc, que ha d'assolir els objectius següents:

- Establir una aliança terapèutica amb el o la pacient potencialment suïcida
- Obtindre informació sobre:
 - Estat psicopatològic,
 - Característiques de les idees de suïcidi
 - Factors de risc, edat, sexe, esdeveniments vitals estressants, intents autolítics previs, problemes de salut mental, addiccions, malalties cròniques incapacitants, antecedents familiars i situacions personals.
 - Factors de protecció, valors, creences, suports socials i ambientals
 - Avaluar idees de culpa, desesperança, plans de futur.
 - Si hi ha temptativa de suïcidi, mètode emprat, gravetat, característiques, intencionalitat.
 - Contindre el risc de forma immediata.
 - Contrastar la informació amb membres de la família, i
 - Valorar el suport familiar i social

Escales d'avaluació

Com complementari a l'entrevista clínica hi ha una gran diversitat d'instruments psicomètrics dissenyats per a avaluar el risc de suïcidi que solen basar-se, bé en la valoració directa d'idees/conductes suïcides i factors de risc, bé en símptomes o síndromes associats al suïcidi, com la desesperança o la depressió, i poden ser auto o heteroaplicades. ANNEX 8.2

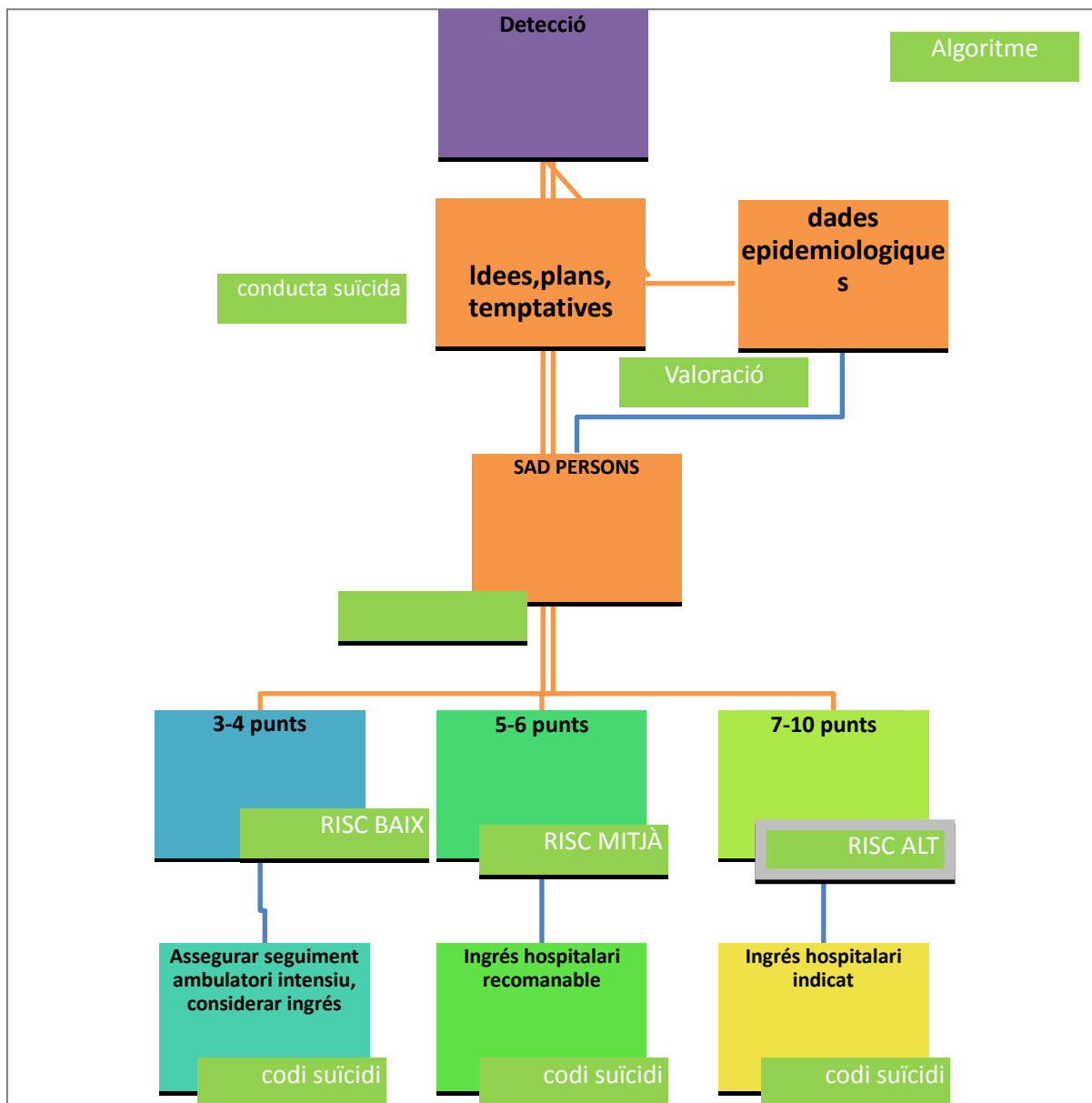
Estos instruments poden ser una ajuda a l'entrevista i al juí clínic, però mai han de substituir-los.

A partir de la valoració clínica s'establixen diferents perfils de risc i les accions a dur a terme en cada perfil.

RISC	Perfil	Accions
Baix	Ha tingut alguns pensaments de mort, com “no puc seguir avant”, “desitjaria estar mort”, però no te cap pla.	<ul style="list-style-type: none"> •Ofertir suport emocional. Derivar a Atenció Primària o Salut Mental. •Mantindre un seguiment continuat.
Mitjà	Té pensaments i plans suïcides, però no immediats	<ul style="list-style-type: none"> •Ofertir suport emocional, Remetre a Salut Mental i concertar una cita abans de 72 hores. •Mantindre un seguiment continuat.
Alt	Té un pla definit, mitjans per a dur-lo a terme, i planeja fer-lo immediatament	<ul style="list-style-type: none"> •Estar amb la persona. No deixar-la mai sola. Mantindre conversació i allunyar els mitjans potencials de suïcidi. Posar en marxa la derivació immediata del pacient a urgències per tal que el valore salut mental.

Graduació del risc adaptada de la Guia Pràctica Clínica. Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat (2012)

Després de la detecció del risc de suïcidi, és necessari establir una resposta que garantisca l'atenció pels professionals pertinents, bé siga la detecció en Atenció Primària, en un Servei d'Emergències Sanitàries, Urgències Hospitalàries o Atenció Especialitzada. El que comporta codificar el risc per a assegurar l'atenció immediata, programada i la continuïtat d'atenció.



Algoritme de prioritziació, després de la detecció d'una conducta compatible amb el suïcida.

Atenció a les persones que han fet una temptativa suïcida

Els que han fet una temptativa de suïcida sempre s'han d'avaluar en els servicis d'urgència hospitalaris per professionals de salut mental, els quals, en funció de la gravetat de la temptativa, incorporaran les mesures oportunes de tractament tant psicològic com farmacològic. Les persones que intenten suïcidar-se patixen tant que creuen que no hi ha cap altra eixida als seus problemes, en eixos moments tenen el que s'anomena “visió túnel”. No és que no hi haja cap altra eixida, és que el seu dolor és tan gran i tan intens que creuen que eixa és l'única via per a eliminar-lo. Per tant, el suïcida és més una escapatòria del patiment, que un desig de mort.

És necessari crear un model d'intervenció multidisciplinària eficaç que guie i ajude el pacient suïcida a buscar altres alternatives, que previnga el suïcidi i sobretot que alleuge el dolor i la desesperació tan intensa a la que se sotmeten. Alleujant eixe dolor i eixos sentiments de frustració, autodespreci, desesperança, desesperació i angoixa podrem també reduir el desig suïcida i, per tant, el risc d'atemptar contra la pròpia vida.

D'esta manera, es considera la intervenció en conducta suïcida com una tècnica de resolució de problemes que inclou tres etapes dins de la intervenció:

Estabilització i seguretat del pacient

És habitual que, en el primer contacte, les persones tinguen un alt nivell d'angoixa, sumides en una crisi on el seu conflicte intern es basa en l'ambivalència davant de la conducta suïcida. Per això, en estos primers moments hem de centrar-nos a estabilitzar-la emocionalment i oferir-li una seguretat immediata a fi de reduir el risc de cometre l'acte suïcida que, de vegades, requerirà l'ingrés hospitalari.

Avaluació dels factors de risc

Una vegada se l'estabilitza, procedim a intentar saber i, sobretot, comprendre els motius pels quals ha arribat a plantejar-se la pròpia mort com l'única opció vàlida al cessament del seu patiment. És ací on avaluem, per mitjà de tècniques com l'entrevista, els distints factors de risc que estan influint, (personals, laborals, emocionals, presència de problemes de salut mental, antecedents familiars de suïcidi, etc.).

Iniciació de la gestió i solució efectiva de problemes dels factors contribuents.

En esta fase és on iniciem una teràpia més específica per a la busca de manera activa d'altres alternatives als seus problemes i per a augmentar les habilitats d'afrontament. L'abordatge de les persones que han tingut una temptativa de suïcidi ha de ser interdisciplinari, basades en un Pla d'Atenció Individual que arreplegue el projecte terapèutic i les intervencions farmacològiques, psicoterapèutiques i psicosocials que s'han de dur a terme.

Elaboració del pla de gestió del risc i contracte terapèutic

És essencial garantir la seguretat de les persones amb risc suïcida en diferents moments de la seua atenció i en el seu procés terapèutic i de recuperació. El pla de gestió del risc és una ferramenta que ajuda les persones i els professionals a abordar les situacions de risc i afavorix l'apoderament de la persona en la recuperació del seu pla de vida.

La forma més estructurada, eficaç i que tinga en compte tots els elements a posar en marxa per a garantir la seguretat de la persona usuària és elaborar un **Pla de gestió del risc** en què s'implica la mateixa persona, família i/o persones del seu entorn (amistats, companys i companyes de treball, veïns i veïnes, altres persones significatives) i professionals. El pla de gestió del risc ha de ser realitzat per membres de l'equip multidisciplinari de la Unitat de Salut Mental (a proposta del personal facultatiu referent) i la persona usuària, encara que la gestió del risc es fa en tots els àmbits de la xarxa (dispositius de la xarxa de salut mental, Atenció Primària, etc.).

S'han de proposar i definir accions de suport i control a les persones amb risc suïcida i s'ha d'establir basant-se en el nivell de risc.

Un Pla de gestió del risc ha d'identificar les persones, llocs, idees o accions que faciliten la superació de la crisi d'ideació suïcida. En el pla podem incloure:

1. Persones a qui acudir: professionals, familiars, amistats o altres contactes.
2. Llocs on acudir: centres d'atenció especialitzada (USM, urgències...). altres llocs que el/la distrauen i el/la facen sentir bé.
3. Pensar i fer coses que l'ajuden, evitar pensar i fer coses que no l'ajuden.
4. Elaborar una llista de les raons que puga tindre per a viure tant sobre si mateix com sobre els altres.
5. Pot inclús fer un àlbum amb fotos sobre totes estes qüestions anteriors, de manera que, visualitzant-lo, el seu efecte siga encara més encoratjador i més tranquil·litzador.
6. Elaboració d'una "Targeta tallafocs" per a les persones amb risc de suïcidi en què s'indiquen les accions concretes que s'han de fer en les dites situacions, inclosa una llista de missatges positius, elaborats per endavant amb la persona en risc.
7. Finalment, portar també en el mòbil els telèfons de referència que pugen ser d'ajuda, salut mental,

telèfon de l'esperança o d'altres recursos d'atenció urgent i en cas d'emergència posar-se en contacte amb el Servei d'Emergències Sanitàries a través del 112.

8. Elaboració d'un “contracte de no-suïcidi”, que es decidix de forma consensuada entre l'equip de professionals i les persones usuàries que es comprometen complir-lo.

Intervenció postsuïcidi

El fet de comunicar la notícia del suïcidi d'un familiar és probablement una de les situacions més difícils per les quals podem passar. Fer-ho amb tacte, delicadesa, proximitat i calidesa ajudarà a fer que la càrrega emocional siga menys intensa del que per si ja és, i ajudarà a atenuar l'impacte psicològic.

Davant de la notícia d'un fet així, el familiar pot experimentar les reaccions següents: negació, estupor, atordiment, bloqueig, xoc emocional, crisi de pànic, incredulitat, irrealitat, impotència, dolor, abandó i culpa.

Intervencions de seguiment a familiars i persones acostades

El dol per suïcidi té unes característiques especials que el diferencien del dol per la pèrdua d'un ser volgut que succeïx per causes naturals, per això, en la seua intervenció s'han de considerar alguns aspectes.

A causa de l'estigma que encara perdura en la nostra societat i unit a l'aparició de pensaments i creences irracionals de no haver sigut capaços de detectar els signes d'alarma, sorgixen sentiments de culpa, vergonya, tristesa, xoc i una sensació d'irrealitat sobre el que està succeint. Sentiments i emocions en si que, a més i per por de la dita estigmatització social, es patix en silenci.

Segons l'OMS el que més diferencia un dol per suïcidi d'un altre per causes naturals és la vergonya i l'estigma.

El dol per suïcidi pot passar per diferents fases: atordiment i xoc, la fase de protecció, la fase de connexió i integració i la fase de creixement i transformació.

En la valoració del dol és necessari avaluar:

- El funcionament previ del familiar.
- El suport sociofamiliar.
- Si hi ha antecedents de patir dol complicat.
- Si hi ha factors de risc com ara consum de tòxics, problemes de salut mental, conductes suïcides prèvies, etc.

Pautes generals en la intervenció postsuïcidi.

- Intervindre com més prompte millor per a possibilitar el treball sobre els pensaments irracionals.
- El dol és un procés, llarg, dolorós i natural.
- Cada dol és distint i cada persona el viu d'una manera.
- Establir un pla individualitzat d'atenció.

Algoritme d'atenció

(Annex 8.3)

ESTRATÈGIA 4: FORMACIÓ

Les accions formatives del *Pla de prevenció de suïcidi i maneig de la conducta suïcida de la Comunitat Valenciana* tenen per objecte desenrotllar programes formatius destinats a la prevenció del suïcidi i al maneig de la conducta suïcida, tant per a professionals sanitaris com no sanitaris (bombers, policia, servicis cuidadors de persones majors, professionals d'institucions penitenciàries, periodistes i professionals de l'educació).

La formació de professionals com ara professors, educadors, orientadors, sanitaris i professionals d'atenció a persones majors, pot tindre un paper important en la detecció de persones en risc i la seua millor derivació als servicis sanitaris.

Formar el personal facultatiu d'atenció primària en el reconeixement i el tractament dels trastorns depressius i de la ideació i la conducta suïcida és una de les estratègies més eficaces per a la prevenció del suïcidi (Van Der Feltz, Cornelis et al., 2011). Esta formació consistix, bàsicament, a proporcionar documents de consulta, guies, apps informatives de referència i la millora de coneixements i competències en la detecció precoç i de l'abordatge de la conducta suïcida.

Una de les accions que requerix un especial interès se centra en la manera de proporcionar la informació a la població general sobre el suïcidi.

Informar sobre el suïcidi en els mitjans de comunicació de forma inadequada pot provocar conductes suïcides d'imitació, especialment quan s'informa sobre el mètode utilitzat o sobre el suïcidi d'alguna persona famosa. No obstant això, quan s'informa de forma responsable acompanyant les notícies amb enllaços d'ajuda i missatges positius pot causar l'efecte totalment contrari. Per este motiu, molts països han elaborat guies i programes de formació per a periodistes, amb l'objecte d'incrementar la conscienciació sobre el paper tan crucial que tenen els mitjans de comunicació en la prevenció del suïcidi i la importància d'informar de forma responsable sobre el tema. En este sentit, és necessari acordar amb els mitjans de comunicació un espai de col·laboració que incloga la iniciativa per a desplegar accions que milloren la informació que sobre el suïcidi es dona en els mitjans, en consonància amb les recomanacions de l'OMS i de la Unió Europea.

ESTRATÈGIA 5: SISTEMES D'INFORMACIÓ I INVESTIGACIÓ EPIDEMIOLÒGICA

En els processos d'atenció al suïcidi i a la conducta suïcida intervenen diversos nivells assistencials, per la qual cosa és necessari estructurar ferramentes de coordinació i coneixement de la informació a través de la història clínica que puguen facilitar l'accés a un conjunt de dades específiques sobre l'epidemiologia del suïcidi i de la conducta suïcida. Conèixer la freqüència, la distribució, l'edat, el gènere, la temporalitat i els factors associats, tant de risc com protectors, facilitarà el desenvolupament d'una atenció de qualitat i el posterior estudi de la fenomenologia del suïcidi. La història clínica incorporarà els elements facilitadors de l'atenció proposats, com els plans de gestió del risc, els contractes de no-suïcidi i els codis de suïcidi.

Tindre un sistema d'informació de qualitat que continga les variables específiques del suïcidi i la conducta suïcida serà determinant per a realitzar el seguiment de les accions proposades en el pla i la seua posterior avaluació.

Quant a la investigació, els sistemes d'informació també tindran un paper clau per al desplegament de noves línies que puguen anar encaminades a potenciar el coneixement de variables com la freqüència de temptatives de suïcidi i de suïcidis consumats, els factors de risc i protectors associats en la població general, en grups vulnerables i en grups de risc ja identificats, així com l'estudi i identificació d'altres possibles grups i altres situacions assistencials que puguen ser rellevants en l'estudi del suïcidi i en el maneig de la conducta suïcida.

4.3 INTERVENCIONS I INDICADORS D'AVUACIÓ

POBLACIÓ GENERAL

<i>Intervenció</i>	<i>Accions</i>	<i>Indicadors</i>
Millorar la informació a la població sobre el suïcidi	Crear un espai en la web de prevenció del suïcidi i maneig de la conducta suïcida en la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública que continga informació i els itineraris assistencials d'ajuda.	Creació espai en de la pàgina web.
	Seleccionar i posar a disposició eines d'informació, apps, xarxes socials, que siguin referents per a la informació en suïcidi.	Nom de eines posades a disposició de la població.
	Crear activitats de difusió d'informació sobre el suïcidi i maneig de la conducta suïcida per a la població general	Nom d'activitats exercides en la Comunitat Valenciana per a donar visibilitat al problema del suïcidi
Millorar el coneixement sobre l'epidemiologia del suïcidi i la conducta suïcida.	Elaborar un acord amb els mitjans de comunicació sobre el tracte responsable de la informació en els mitjans de comunicació	Existència d'acord amb els mitjans de comunicació.
	Crear un observatori del suïcidi i la conducta suïcida.	Existència de l'observatori sobre el suïcidi i la conducta suïcida.
	Desenrotllar sistemes de registre amb l'especificitat del suïcidi i la conducta suïcida	Existència de sistema de registre.
	Identificar els punts negres de suïcidi utilitzats per la població de la Comunitat Valenciana a través d'una línia d'investigació	Existència de línies d'investigació sobre mètodes utilitzats per al suïcidi. Nom de punts negres de suïcidi identificats.
Dificultar l'accés als mitjans utilitzats per al suïcidi en la comunitat	Proposar accions per a la limitació d'accés a punts identificats com a punts negres als administracions competents	Nom de punts negres a què s'ha limitat l'accés.
Millorar la lluita contra l'estigma dels problemes de salut mental.	Crear la mesa de lluita per a l'eradicació de l'estigma dels problemes de salut mental.	Existència de la mesa de lluita contra l'estigma. Nom d'accions realitzades per a l'eradicació de l'estigma.

GRUPS VULNERABLES I DE RISC

Dones víctimes de la violència de gènere

<i>Intervenció</i>	<i>Accions</i>	<i>Indicadors</i>
Millorar la detecció del risc de suïcidi en les dones en situació de violència de gènere.	Incorporar en SIVIO preguntes relacionades amb el risc de suïcidi per a dones en situació de violència de gènere.	Existència de valoració específica de risc de suïcidi en SIVIO.

	Realitzar cribatge de risc de suïcidi a totes les dones que donen positiu en violència de gènere en SIVIO.	Nom de dones que donen positiu de risc de suïcidi /Nom de dones que han donat positiu en el cribatge de violència de gènere.
Millorar la detecció de la violència de gènere en dones a qui els ha sigut detectat risc de suïcidi.	Realitzar cribatge de violència de gènere (SIVIO) a totes les dones a qui s'haja detectat risc de suïcidi.	Nom de dones que donen positiu a violència de gènere/Nom de dones que han donat positiu al cribatge de risc de suïcidi.

Infància adolescència

<i>Intervenció</i>	<i>Accions</i>	<i>Indicadors</i>
Millorar la detecció de la depressió en població infantoadolescent.	Desenrotllar activitats formatives dirigides a professionals d'Atenció Primària per a la millora de la detecció de problemes de depressió en la població infantoadolescent. Crear espais de col·laboració Educació Salut Mental que incloguen protocols de detecció	Nom d'activitats formatives per departament. Nombre de reunions celebrades amb esta finalitat per departament.
Millorar la detecció del risc de suïcide en fills i filles en edat infantoadolescent de víctimes de violència de gènere.	Valorar risc de suïcide dels fills i filles de dones víctimes de violència de gènere	Nom de fills i filles de dones víctimes de violència de gènere a les quals és valora risc de suïcidi.
Potenciar la realització de tallers específics previndre la depressió en centres educatius	Crear comissions de coordinació entre educació i Salut Mental que incloguen l'elaboració de tallers específics per a la prevenció de la depressió.	Existència de comissions de coordinació
Millorar l'atenció de <i>Bullying</i> i <i>Cyberbullying</i>	Desenrotllar protocols d'actuació sobre <i>Bullying</i> i <i>Cyberbullying</i>	Existència de protocol

Persones majors

<i>Intervenció</i>	<i>Accions</i>	<i>Indicadors</i>
Millorar la detecció de la depressió en les persones majors.	Realitzar cribatge de depressió dins del programa de l'ancià.	Nom de persones incloses en el programa de l'ancià/Nom de persones a qui se'ls ha fet cribatge de depressió de la població inclosa en el programa de l'ancià.
Millorar l'atenció dels problemes de salut mental de les persones majors	Protocol·litzar l'actuació sobre persones majors en salut mental amb problemes de salut mental	Existència de protocol. Implantació de protocol en cada departament.

Persones en situació de compliment penitenciari

<i>Intervenció</i>	<i>Accions</i>	<i>Indicadors</i>
Millorar la detecció de la depressió en persones en situació de compliment penitenciari	Col·laborar el seguiment i continuïtat del PAIEM	Nom d'espais de col·laboració SM institucions penitenciàries de seguiment de persones amb problemes de salut mental.

Persones sense llar

<i>Intervenció</i>	<i>Accions</i>	<i>Indicadors</i>
Millorar la vinculació de les persones sense llar als serveis de salut mental	Crear un protocol de coordinació amb serveis socials i o equips d'atenció de carrer per a la millora de l'atenció a les persones sense llar.	Existència de protocol de coordinació

Persones amb problemes de salut mental.

<i>Intervenció</i>	<i>Accions</i>	<i>Indicadors</i>
Millorar l'atenció a les persones amb trastorns depressius	Crear un protocol d'atenció per a les persones amb trastorns depressius	Existència de protocol
	Implantar el protocol d'atenció per a les persones amb trastorns depressius	Nom de departaments que han implantat el protocol
Millorar l'atenció als persones amb TLP	Crear un protocol d'atenció per a les persones amb TLP	Existència de protocol
	Implantar el protocol d'atenció per a les persones amb TLP	Nom de departaments que han implantat el protocol
Millorar l'atenció a les persones amb problemes de salut mental greus	Crear un pla d'atenció a les persones amb problemes de salut mental greu	Existència del Pla
	Implantar el pla d'atenció integral per a les persones amb problemes de salut mental greus	Nom de departaments que han implantat el Pla

POBLACIÓ AMB CONDUCTES SUÏCIDES.

<i>Intervenció</i>	<i>Accions</i>	<i>Indicadors</i>
Millorar la detecció de les persones amb conductes suïcides	Desenrotllar accions formatives per a professionals d'Atenció primària, Emergències i Urgències Hospitalàries dirigides a millorar la detecció del suïcidi.	Nom d'accions formatives dirigides a millorar la detecció de la conducta suïcida.
Millorar l'atenció a les persones amb conductes suïcides.	Identificar les persones per mitjà d'un codi de suïcidi que generarà una atenció en els serveis de salut mental abans de 72 hores, a través de la història clínica	Existència de ferrament informàtica per a identificació de codi suïcidi. Resposta mitjana d'atenció a l'activació de codi de suïcidi.
	Implantar protocols d'atenció per a les persones amb conducta suïcida en els Unitats de Salut Mental i Unitats de Salut Mental Infantoadolescent.	Existència de programes específics d'atenció en cada departament.
	Desenrotllar accions formatives per a professionals de Salut mental dirigides a la detecció i l'atenció de les persones amb conductes suïcides.	
Millorar la continuïtat assistencial de les persones amb conductes suïcides.	Desenrotllar un registre específic per a l'elaboració d'un pla de gestió del risc per a les persones amb conductes suïcides.	Existència del registre informàtic. Codis CIM

Elaborar un pla de seguretat per a les persones amb conductes suïcides inclòs en la història clínica informatitzada d'accés per a tots els nivells d'atenció sanitària.

Nom de plans de seguretat elaborats

Millorar l'atenció a les persones supervivents del suïcidi

Implantar protocols d'atenció en els Unitats de Salut Mental per a l'atenció als persones supervivents del suïcidi

Existència de programes específics d'atenció en cada departament

ACCIONS	2017		2018		2019	
	Primer semestre	Segon semestre	Primer semestre	Segon semestre	Primer semestre	Segon semestre
Crear espai en la pagina web de prevenció del suïcida i maneig de la conducta suïcida en la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, que continga informació i els itineraris assistencials d'ajuda.						
Seleccionar i posar a disposició ferramentes d'informació apps, xarxes socials, que segueixen referents per a la informació en suïcida.						
Crear activitats de difusió d'informació sobre el suïcida i maneig de la conducta suïcida per a la població general						
Desenrotllar un acord amb els mitjans de comunicació sobre el tracte responsable en els mitjans de comunicació						
Elaborar un observatori del suïcida i la conducta suïcida.						
Desenrotllar sistemes de registre amb l'especificitat del suïcida i la conducta suïcida						
Identificar els punts negres de suïcida utilitzats per la població de la Comunitat Valenciana a través d'una línia d'investigació						
Proposar accions per a la limitació d'accés a punts identificats com negres a les administracions competents						
Crear la mesa de lluita per a l'eradicació de l'estigma dels problemes de salut mental.						
Realitzar cribatge de risc de suïcida a totes les dones que donen positiu en violència de gènere en SIVIO.						
Incorporar en el SIVIO preguntes relacionades amb el risc de suïcida per a dones en situació de violència de gènere. Realitzar cribatge de violència de gènere (SIVIO) a totes les dones a les quals s'haja detectat risc de suïcida.						
Desenrotllar activitats formatives dirigides a professionals d'Atenció Primària per a la millora de la detecció de problemes de depressió en la població infantoadolescent.						
Valorar risc de suïcida dels fills i filles de dones víctimes de violència de gènere						
Crear comissions de coordinació Educació-Salut Mental que incloguen l'elaboració de tallers específics per a la prevenció de la depressió.						
Desplegar protocols d'actuació sobre <i>bullying</i> i <i>ciberbullying</i>						
Elaborar espais de col·laboració Educació-Salut Mental que incloguen protocols de detecció de risc suïcida.						
Realitzar cribatge dels trastorns depressius dins del programa de l'ancià.						
Protocol·litzar l'actuació de persones majors en salut mental amb problemes de salut mental						
Elaborar un protocol de coordinació amb servicis socials i/o equips d'atenció de carrer per a la millora d'atenció de les persones sense llar.						
Col·laborar en el seguiment i continuïtat del PAIEM						
Desenrotllar accions formatives per a professionals d'Atenció Primària, Emergències dirigides a millorar la detecció del suïcida.						
Elaborar un protocol d'atenció per a les persones amb trastorns depressius						
Implantar el protocol d'atenció per a les persones amb trastorns depressius						
Elaborar un protocol d'atenció per a les persones amb TLP						
Implantar el protocol d'atenció per a les persones amb TLP						
Elaborar un pla d'atenció per a les persones amb problemes de salut mental greu						
Implantar el pla d'atenció integral per a les persones amb problemes de salut mental greus						
Identificar les persones per mitjà d'un codi de suïcida, que generarà una atenció en els servicis de salut mental abans de 72 hores a través de la història clínica						
Implantar protocols d'atenció per a les persones amb conducta suïcida en les Unitats de Salut Mental i Unitats de Salut Mental Infantoadolescent.						
Desenrotllar accions formatives per a professionals de Salut mental dirigides a la detecció i l'atenció de les persones amb conductes suïcides.						
Desenrotllar un registre específic per a l'elaboració d'un pla de seguretat per a les persones amb conductes suïcides.						
Elaborar un pla de seguretat per a les persones amb conductes suïcides inclòs en la història clínica informatitzada d'accés per a tots els nivells d'atenció sanitari.						
Implantar protocols d'atenció en les Unitats de Salut Mental per a l'atenció a les persones supervivents del suïcida						

5. MISSATGES CLAU SOBRE SUÏCIDI



6. COMITÉ D'ELABORACIÓ

Direcció: Rafael Sotoca Covalada, Director General de Assistència Sanitària.

Membres del comitè d'elaboració i redacció:

Coordinació: José A. López Cócera. Oficina Autònoma de Salut Mental

Begoña Frades García. Oficina Autònoma de Salut Mental

Josep Pena Garijo. Oficina Autònoma de Salut Mental

Araceli Oltra Ponzoda. Oficina Autònoma de Salut Mental

Asunción Font Villasclara. Oficina Autònoma de Salut Mental

Membres del grup de treball:

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 Arteché.
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 Gímenez.
35. Vicente Elvira Gruaños.
36. Yolanda Román Ruiz

7. BIBLIOGRAFIA

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, N° 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, N° 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 (avalía-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, Nº 274, (15 de noviembre de 2002).

Ley general de sanidad, Ley 14/1986. Boletín Oficial del Estado, Nº 102, (29 de abril de 1986).

Ley de enjuiciamiento civil, Ley 1/2000. Boletín Oficial del Estado, Nº 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, Nº 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.ANNEXOS

8.1 SENYALS D'ALARMA DE RISC DE SUÏCIDI

Les persones:

Referixen que pensa sovint en el suïcidi i no pot deixar de donar-li voltes. Si açò ocorre, es requerix diferenciar la possibilitat de suïcidar-se amb la por de perdre el control en un problema d'ansietat o obsessió.

- Verbalitzen directament o indirectament la idea o possibilitat de suïcidar-se, amb frases com “ja no faig res en esta vida”, “vull anar-me'n per sempre”, “la vida no val la pena”, “el que volguera és morir-me”, “per a viure d'esta manera el millor és estar mort”. “açò no durarà molt”, “prompte alleujaré el meu patiment”, “deixaré de ser una càrrega”; així com les dirigides cap a ell mateix, el futur o la vida com ara “no valc per a res”, “estariu millor sense mon ”, “estic cansat de lluitar”, “vull posar fi a tot”, “les coses no milloraran mai”.
- Amenacen o es comenta a persones pròximes la seua amenaça, la qual cosa es podria entendre com una petició d'ajuda.
- Realitzen comentaris a persones pròximes la insatisfacció i poca voluntat de viure abans que al professional sanitari, per la qual cosa pot ser de gran utilitat obtindre informació de l'entorn personal.
- Exercixen activitats compatibles amb preparatius per a llevar-se la vida, com per exemple, arreglar documents, tancar assumptes, preparar el testament, regalar objectes o béns i despedir-se.
- Expressen estar sols/es i/o aïllats/des i es veuen incapaços de suportar la vida quotidiana.
- Expressa sentiments d'impotència, indefensió, depressió i especialment desesperança.
- Perden interès per aficions, obligacions, família, amistats, treball i aparença personal i comencen a aïllar-se personalment i socialment.
- Estan deprimits/des i millora de forma sobtada i inesperada, moment en el qual poden sentir-se amb forces suficients per a dur a terme els seus plans de suïcidi.
- Experimenten canvis de conducta sobtats.
- Realitzen accions de recol·lecció d'informació sobre autolesions, mètodes de suïcidi.
- Adquirixen de forma sobtada instruments que puguen ajudar al suïcidi sense cap motivació aparent.

■ 8.2 ESCALES DE VALORACIÓ DE RISC DE SUÏCIDI

Escala de valoració del risc suïcida d'utilització més freqüent:

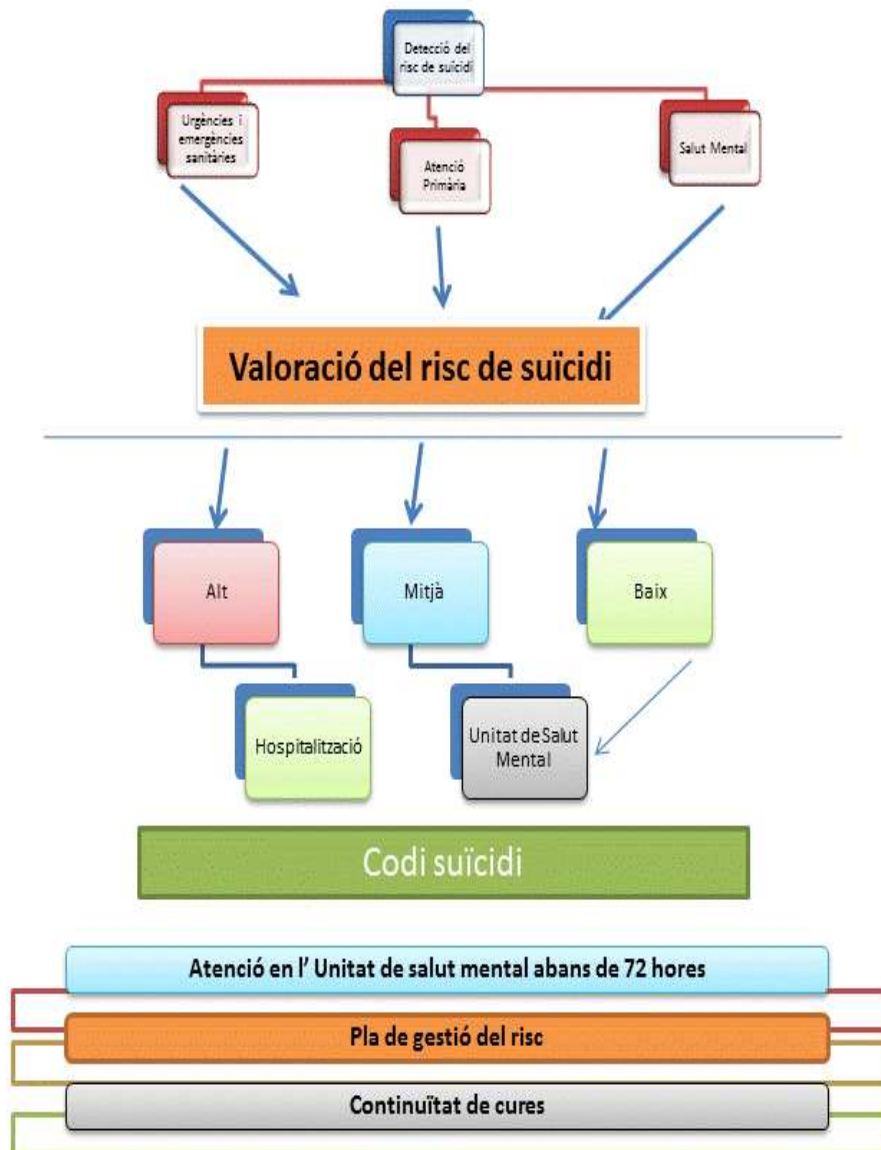
ESCALES AUTOAPLICADES:

- Escala de desesperança de Beck.
- Escala de depressió de Beck (ítem sobre conducta suïcida).
- Escala de risc suïcida de Plutchick

ESCALES HETEROAPLICADES:

- SAD PERSONS.
- IS PATH WARM
- Escala d'intencionalitat suïcida (Suicide Intent Scale, SIS)
- Escala de depressió de Montgomery-Asberg

8.3 ALGORITME D'ATENCIÓ AL RISC DE SUÏCIDI





VIURE ÉS L'EIXIDA

**Pla de prevenció del suïcidi
i maneig de la conducta suïcida**