



Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja

Índice de contenidos

1. Presentación

- 1.1. Objetivos
- 1.2. Principios
- 1.3. Metodología
- 1.4. Impulsores del Plan de Prevención del Suicidio de La Rioja
- 1.5. Grupo de expertos redactores del plan de prevención del suicidio
- 1.6. Expertos colaboradores
- 1.7. Marco normativo

2. Terminología

- 2.1. Factores predisponentes, precipitantes y protectores.
- 2.2. Mitos y prejuicios
- 2.3. Etiología de la conducta suicida. Modelos explicativos

3. Revisión epidemiológica y descripción del abordaje actual

- 3.1. Datos internacionales
- 3.2. Datos nacionales
- 3.3. Datos autonómicos - La Rioja
- 3.4. La conducta suicida en la adolescencia
- 3.5. Teléfono de la Esperanza
- 3.6. Descripción del abordaje actual de la conducta suicida en La Rioja

- 3.6.1. Prevención del suicidio en el ámbito sanitario
- 3.6.2. Prevención del suicidio en las urgencias sanitarias
- 3.6.3. Prevención del suicidio en el ámbito educativo
- 3.6.4. Prevención del suicidio en el ámbito penitenciario
- 3.6.5. Prevención del suicidio en centros de menores
- 3.6.6. Prevención del suicidio en centros de ancianos
- 3.6.7. Prevención del suicidio en el Teléfono de la Esperanza
- 3.6.8. Prevención del suicidio en el ámbito de la medicina forense

3.7. Descripción del abordaje deseable para la prevención de la conducta suicida en La Rioja

- 3.7.1. Atención Primaria
- 3.7.2. Salud Mental comunitaria
- 3.7.3. Servicio de Urgencias Hospitalarias
- 3.7.4. Seguimiento telefónico en el programa de intervención intensiva

4. Líneas y acciones

Línea estratégica 1: Detección, abordaje y prevención de la conducta suicida e intervención con personas que han perdido a un ser querido por suicidios.

Línea estratégica 2: Formación a profesionales e investigación.

Línea estratégica 3: Información y comunicación para visibilizar la conducta suicida y reducir el estigma social.

Línea estratégica 4: Líneas de colaboración y coordinación.

5. Indicadores

6. Comisión interdepartamental de coordinación para la prevención y atención de las conductas suicidas

7. Bibliografía

1. Presentación

La OMS, en su documento “Public health action for the prevention of suicide” (2012), estima que cada año cerca de un millón de personas se suicidan en el mundo. Este documento señala que el suicidio es un problema de salud pública de primera magnitud y ha alertado sobre el aumento significativo de la mortalidad por suicidio en todo el mundo. A nivel mundial el suicidio es una de las tres causas principales de muerte entre las personas que se encuentran en los grupos de edad más productivos (15-44 años) y la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años. En España el suicidio es una de las primeras causas de muerte por factores externos. Entre el 15 y el 30% de personas que realizan un intento de suicidio lo repiten al cabo de un año y hasta el 2% de ellos realizarán un suicidio consumado en los siguientes 5 años tras la tentativa. El 80% de los que realizaron un suicidio consumado lo habían avisado previamente. En la Rioja la tasa de suicidios se sitúa cercana a la del índice nacional.

A estas cifras añadimos también lo que esta realidad supone para las personas que mantenían una relación próxima con la persona que consumó el suicidio, para su entorno. Se estima que por cada muerte por suicidio hay, al menos, seis “supervivientes”. Sólo en la Comunidad de La Rioja hay cada año 200 personas nuevas afectadas directamente por la pérdida de una persona querida por suicidio, y cientos más sufriendo la difícil experiencia de convivir con alguien que realiza tentativas o que no quiere seguir viviendo.

En 2008 la OMS señaló el suicidio por como una acción prioritaria dentro del “Mental health gap action programme”. Señala que, al tratarse de un problema de salud pública con posibilidades ciertas de prevención, resulta imperativo para los gobiernos de los distintos países dedicar recursos financieros y humanos para la prevención del suicidio. Con fecha 12 de marzo de 2014 la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, por unanimidad de todos los grupos, una proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias, educativas y sociales españolas de acuerdo a las directivas de la Unión Europea y organismos internacionales. Se pretende así mejorar las medidas de prevención del suicidio mediante la “redefinición” de los objetivos y acciones contempladas dentro de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013.

El Programa de Prevención del Suicidio en La Rioja se desarrolla con un doble objetivo, el de reducir la tasa de suicidio mejorando la identificación y seguimiento de esta conducta, y el de establecer medidas para disminuir el sufrimiento de las personas que presentan un intento de suicidio, y el de sus familiares. Este programa establece un fuerte compromiso del Gobierno de La Rioja en relación a esta problemática de salud pública, dando una respuesta integral de las instituciones para su prevención. Con este programa se pretenden concienciar de este problema global, y priorizar acciones preventivas en las agendas de la atención a la salud mental; y en línea con la estrategia nacional, ir más allá de la atención en el ámbito sanitario, implementando medidas desde ámbitos como el educativo y social.

1.1. Objetivos

El objetivo general del Programa de Prevención del Suicidio en La Rioja es reducir la incidencia y prevalencia de la conducta suicida.

Como objetivos específicos destacan:

1. Sensibilizar a la población sobre la conducta suicida como un problema de salud.
2. Mejorar la coordinación entre agentes sociales e instituciones implicadas en la prevención de la conducta suicida.
3. Incrementar la detección de pacientes en riesgo de suicidio.
4. Mejorar el seguimiento y la asistencia específica de estos pacientes y sus familias.
5. Fomentar la formación e investigación respecto a la conducta de suicidio en La Rioja.

1.2. Principios

El Programa de Prevención del Suicidio en La Rioja responde a los siguientes principios:

- La prevención de la conducta suicida es una responsabilidad global y compartida de por toda la comunidad, familias, amigos, profesionales e instituciones. Implica el compromiso de todas las instituciones públicas y agentes implicados en el abordaje, así como una corresponsabilización global, individual y social. El programa de prevención del suicidio en La Rioja se concibe como una estrategia permanente y revisable, que permita una continuidad a largo plazo de sus acciones, con el objeto último de dar respuesta a las necesidades de las personas con conducta suicida y a sus familias, utilizando los recursos profesionales, técnicos y materiales existentes con eficiencia y coordinación.
- Todos los profesionales implicados en la atención a la conducta suicida trabajarán por el empoderamiento de los pacientes y de sus allegados, promoviendo la autonomía, la autosuficiencia y el desarrollo de sus capacidades.
- Los servicios que estructuran la red de atención del suicidio en La Rioja deben estar organizados y coordinados para proporcionar de forma eficiente tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo a pacientes y familiares, garantizando una continuidad de atención entre los servicios que la componen, especialmente en los sistemas sanitario, social y educativo.
- El programa de prevención del suicidio en La Rioja se marca como objetivo potenciar la accesibilidad de los servicios públicos a las personas en riesgo suicida y sus allegados. En el programa preventivo se establecerán diagramas de flujo con el objeto del seguimiento proactivo de las personas afectadas a fin de garantizar la continuidad asistencial durante el proceso.
- Para dar una respuesta eficiente y homogénea a toda la población, se facilitará en la Comunidad Autónoma de La Rioja, la implantación de guías de buenas prácticas, guías clínicas y protocolos de actuación, basados en evidencia científica, que orientarán a los profesionales en la toma de decisiones. Se establece como un principio prioritario la formación de los profesionales implicados en la atención directa de pacientes y allegados; así como acciones relacionadas con la investigación en este campo.

1.3. Metodología

Proceso de elaboración del Plan de Prevención de Conducta Suicida

El proceso de elaboración del Plan de Prevención de la Conducta Suicida de La Rioja se desarrolla en línea de los objetivos marcados en el III Plan de Salud de La Rioja y en el III Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad. Todo ello atendiendo a la priorización, a la identificación de los problemas de salud relevantes y al diagnóstico de situación en la Comunidad Autónoma de La Rioja; así como a la previsión de la asignación de recursos, y a la propuesta de indicadores de seguimiento y evaluación. El Plan se ha realizado mediante un proceso interactivo en que se combinan diferentes estrategias metodológicas, realizándose tras el análisis de la situación actual, el estudio de la evidencia científica disponible, y con un trabajo de puesta en común con expertos para llegar a un consenso sobre las actuaciones a desarrollar con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Metodológicamente se han seguido las siguientes fases:

Fase 1. Creación del grupo de trabajo y análisis de la situación

Para la elaboración del Plan de Prevención de la Conducta Suicida en nuestra Comunidad se crea un grupo de trabajo técnico encargado del estudio situacional y de la redacción del mismo, en el que se encuentran representados expertos relevantes de las distintas instituciones implicadas. El grupo de trabajo está coordinado por la Dirección del Servicio Riojano de Salud.

La metodología de trabajo del grupo se estructura en sesiones, que se desarrollan a lo largo del año 2017 y 2018. Tras la presentación, en la sesión de apertura, de las coordenadas estratégicas y objetivos del programa, el grupo de trabajo establece la metodología y agenda de trabajo. En las sesiones de trabajo posteriores, en el grupo se aporta información al análisis de situación, se formulan objetivos y acciones y se discuten e integran las propuestas de acción.

Fase 2. Redacción del borrador del Plan Preventivo

Los distintos borradores se han realizado mediante la integración de las perspectivas de los agentes implicados. Durante el proceso de elaboración se remite borrador del programa a distintos profesionales y expertos involucrados en el mismo con el objeto del desarrollo de propuestas.

Se utilizan básicamente dos técnicas de producción y análisis:

- a) Revisión documental y análisis de datos:
 - Revisión de documentos marco de políticas de salud mental, informes de la OMS, Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki, 2005, Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Planes de Salud Mental en vigor de otras Comunidades Autónomas, así como programas específicos.
 - Estudio y análisis de datos de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
 - Revisión de principios y contenidos de los planes de salud mental previos y del III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019.
 - Revisión de bases bibliográficas.
 - Propuestas de asociaciones, instituciones y profesionales.
- b) Sistematización y triangulación de la información debatida en las sesiones del grupo de trabajo.

El grupo de trabajo estructura las distintas líneas de intervención preferentes, establece los objetivos generales y específicos, y la definición de acciones a realizar para el logro de los mismos. Se proponen indicadores de seguimiento y evaluación de cada uno de los objetivos.

El Programa de Prevención de la Conducta Suicida de La Rioja, es elevado por el grupo de trabajo técnico, a la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja para su aprobación.

Fase 3. Difusión y puesta en marcha del Plan

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

- ▾ Presentación del programa.
- ▾ Plan de difusión.
- ▾ Puesta en marcha del Plan de Prevención de la Conducta Suicida en La Rioja.

Fase 4. Seguimiento y evaluación

Para el seguimiento y evaluación del Programa de Prevención de la Conducta Suicida en La Rioja se creará una comisión específica de control y seguimiento.

1.4. Impulsores del Plan de Prevención del Suicidio de La Rioja

Martín Diez de Baldeón, María

Consejera de Salud de La Rioja

Acitores Augusto, Jose Miguel

Director del Area de Salud de La Rioja

Ortega Esteban, Miguel Angel

Jefe Departamento de Salud Mental. Servicio Riojano de Salud.

1.5. Grupo de expertos redactores del plan de prevención del suicidio

Piserra Bolaños, Carlos José

Coordinador del equipo redactor del plan
Dirección - Servicio Riojano de Salud

Campos Burgui, M^a Soledad

Psiquiatra. Coordinadora de Salud Mental Comunitaria
Servicio Riojano de Salud

Cestafe Martínez, Carmen.

Supervisora de enfermería. Unidad Corta Estancia Psiquiátrica
Servicio Riojano de Salud

Fonseca Pedrero, Eduardo.

Psicólogo. Profesor titular Universidad de La Rioja
Universidad de La Rioja

Pérez Trenado, Magdalena.

Psicóloga especialista en psicología clínica
Presidenta del Teléfono de la Esperanza de La Rioja

Santolalla Arnedo, Iván

Supervisor de enfermería. Hospital de La Rioja
Servicio Riojano de Salud

Vaquero Huguet, Eva

Periodista
Gabinete prensa del Servicio Riojano de Salud

1.6. Expertos Colaboradores

Adan Palacios, Nieves

Centro Penitenciario de Logroño

Anguiano Ladrón, Inmaculada

Consejería de Educación, Formación y Empleo

Arceiz Campos, Carmen

Servicio Riojano de Salud

Caro Berguilla, Yolanda

Servicio Riojano de Salud

Fernández Maestu, Olga

Delegación del Gobierno

García Tree, M^a Inmaculada

Servicio Riojano de Salud

Gonzalez Cosgaya, Javier

Centro Penitenciario de Logroño

González Fernández, Jorge

Instituto de medicina Legal y Ciencias Forenses de La Rioja

Gonzalez Matallana, Belén

Centro Penitenciario de Logroño

Iglesias Martínez, Javier

Consejería de Política Social, Familia, Igualdad y Justicia

Jalón López, Jose Luis

Servicio Riojano de Salud

Montenegro Prieto, Yolanda

Servicio Riojano de Salud

Rodríguez Maimón Aguirre, Jose Ignacio

CECOP SOS Rioja

Sánchez González, Esperanza

Consejería de Política Social, Familia, Igualdad y Justicia

Santa María Egurrola, Valvanera

Servicio Riojano de Salud

Soria Ladrón, Ana Isabel

Consejería de Política Social, Familia, Igualdad y Justicia

Tamayo Lacalle, Carmen

Ayuntamiento de Logroño

Teja Ruiz, Basilio

Servicio Riojano de Salud

Valgañón García, Amaya

Consejería de Política Social, Familia, Igualdad y Justicia

1.7. Marco normativo

- Constitución Española. 1978.
- Ley Orgánica 3/1982, Estatuto de Autonomía de La Rioja.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental.
- Resolución de Naciones Unidas 4/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales.
- Carta Europea de Derechos del Niño del Parlamento Europeo. 1992.
- Convenio de la Haya sobre la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional.1993.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de marzo, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor. 1996.
- Convenio Europeo para la protección de los derechos y dignidad del ser humano de 1997 con respecto a las aplicaciones y limitaciones sobre las personas de la biología y la medicina.
- Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental.2000.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.
- Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de La Rioja de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

- ▾ Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones.
- ▾ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- ▾ Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud.
- ▾ Conferencia Europea sobre la Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa, celebrada en Atenas en 2003.
- ▾ Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- ▾ La Declaración de Helsinki y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental.2005.
- ▾ Organización Mundial de la Salud. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future: Geneva. 2005.
- ▾ Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería.
- ▾ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- ▾ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- ▾ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- ▾ Decreto 13/2009, de 27 de febrero, por el que se regula la estructura, organización y régimen de funcionamiento del Centro Asistencial Albelda de Iregua
- ▾ Ley 7/2009, de 22 de diciembre de Servicios Sociales de La Rioja.
- ▾ II Plan de Salud de La Rioja 2009 - 2013
- ▾ II Plan de Salud Mental de La Rioja 2010 - 2015
- ▾ Decreto 56/2010, de 3 de diciembre, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento de acceso al Servicio de Centro de Día y de Centro Ocupacional, para personas con discapacidad del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia.
- ▾ Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de Servicios y Prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.
- ▾ Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social.
- ▾ III Plan de Salud de La Rioja 2015 - 2019
- ▾ III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016 - 2020
- ▾ IV Plan de Infancia y adolescencia de La Rioja 2018-2021

2. Terminología

Ser exhaustivo y concreto con el uso de nomenclatura en Suicidología es complejo. La nomenclatura abarca diferentes términos que van desde las ideas de muerte hasta el propio suicidio, pasando por situaciones intermedias como la planificación suicida o el intento suicida (figura 1).



Figura 1. Conductas suicidas.

Estos conceptos respecto a la conducta suicida pueden ser ordenados según su potencial riesgo (figura 2).

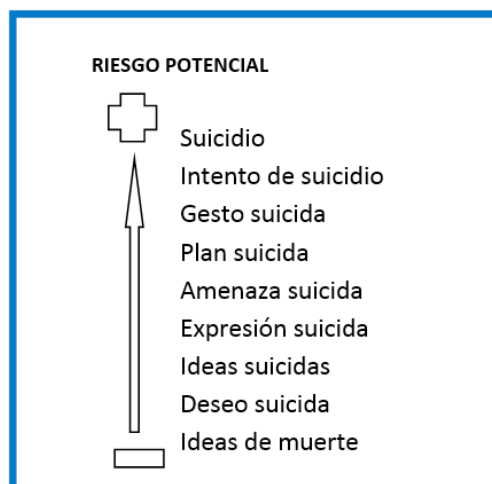


Figura 2. Potencial de riesgo y terminología.

Una de las mayores controversias a la hora de concretar esta terminología, gira alrededor de la intencionalidad o no de algunos de los actos autolíticos. Si bien en muchos casos se opta por excluir de la conducta suicida las lesiones autoinfligidas sin intencionalidad suicida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) opta, por lo contrario, incluyendo en la definición “intento de suicidio” la “lesión autoinfligida no mortal sin intención suicida”, ateniéndose a que la intención suicida puede ser difícil de evaluar porque puede estar rodeada de ambivalencia (figura 3).

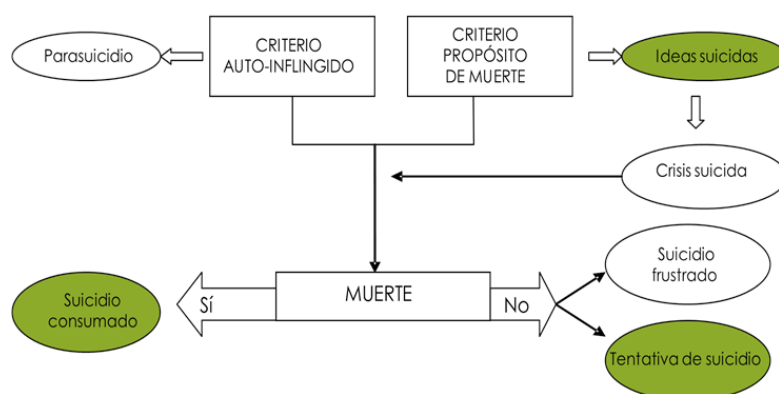


Figura 3. Diagrama terminológico.

Tabla 1. Nomenclatura de la conducta suicida.

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

2.1. Factores predisponentes, precipitantes y protectores

El suicidio se entiende como consecuencia de una compleja interacción entre factores predisponentes, precipitantes y protectores, entre la vulnerabilidad individual y los estresores a los que cada individuo se enfrenta a lo largo de la vida o en determinados momentos de ella. A lo largo del desarrollo del acto, la persona en riesgo suicida puede disponer de factores cognitivos, familiares o sociales que le protegen de ese riesgo, pero también puede ser ayudada, “rescatada”, a través del desarrollo de habilidades personales o de su puesta en tratamiento.

Es prioritario potenciar los factores de protección, minimizar la influencia de los factores estresantes y evitar o amortiguar los factores precipitantes, además de, obviamente, practicar el tratamiento clínico que corresponda.

Factores predisponentes

Con la acumulación de factores predisponentes, más riesgo acumula una persona. Estos factores pueden ser internos o externos; individuales o sociales; modificables en la práctica clínica o no modificables; proximales (coyuntural) o distales (a lo largo de la vida). Entre los factores individuales se consideran principalmente los intentos de suicidio previos y los trastornos mentales. Así, los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida, especialmente durante el primer año después del intento. Respecto a los trastornos mentales están presentes en aproximadamente el 90% de las personas que se suicidan y contribuyen en un 47- 74% al riesgo de suicidio de la población; los trastornos afectivos, seguidos de los trastornos por consumo de sustancias (especialmente el alcohol) y la esquizofrenia, son los trastornos más relacionados con esta conducta, y la comorbilidad incrementa considerablemente el riesgo de suicidio. Los factores vinculados a la comunidad incluyen las guerras y los desastres, la discriminación, el aislamiento, la violencia, etc. Entre los factores predisponentes asociados con el sistema de salud, destacan las dificultades para obtener acceso y asistencia adecuada.

Factores precipitantes

Existen una serie de eventos o situaciones que pueden provocar un estrés intenso en un determinado momento y precipitar una conducta suicida. Algunos son comunes en los distintos grupos de edad y otros son más frecuentes en unas etapas de la vida o en otras. En la adolescencia los conflictos familiares y con el grupo de iguales pueden ser un factor precipitante común. En la etapa adulta los factores precipitantes suelen estar relacionados con la pérdida del bienestar socio-económico, y en la ancianidad principalmente suelen asociarse a soledad y cambios negativos en el estado físico y de salud.

Factores protectores

Los factores protectores pueden ser internos o externos. Entre los factores internos se incluyen las habilidades sociales, la capacidad de resolución de problemas, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la capacidad de resiliencia (capacidad de adaptación frente a situaciones adversas). También se consideran importantes los valores y normas, como el valor de la propia vida, la esperanza y el optimismo. Entre los factores externos destacan la accesibilidad a los sistemas sanitarios, la existencia de una red sociofamiliar apropiada, la participación social y la restricción a métodos letales de suicidio.

La identificación de ciertos signos y síntomas (señales de alarma), pueden ayudar en la detección de un posible riesgo suicida. Estos signos pueden ser verbales y/o no verbales. Las señales de alerta más frecuentemente identificadas incluyen pensamientos de suicidio o autolesiones, obsesiones con la muerte, cambios repentinos en los patrones de personalidad y comportamiento, cambios en la alimentación o el sueño, sentimientos de culpa y disminución del rendimiento académico o en el trabajo, entre otras.

2.2. Mitos y prejuicios

Hay muchos mitos o concepciones erróneas en torno al suicidio, basados en creencias y juicios de valor equivocados. Entre los consideramos más relevantes podemos enunciar:

“Hay muy pocas personas que se suicidan. No es un problema importante.”

En el mundo, se suicida una persona cada 40 segundos y se calcula que otra lo intenta cada 2, lo que suponen del orden de 800.000 de muertes y 16.000.000 de intentos anuales. Cada acto suicida afecta a otras 6 personas de su entorno. Hay más muertes en el mundo por suicidios que por homicidios y por guerras juntos. Ante estos datos no se puede seguir afirmando que la conducta suicida no es un problema prioritario y un drama personal y colectivo sobre el que se puede y, sobre todo, se debe actuar.

“La persona que se suicida quiere morir.”

La persona que se suicida quiere dejar de sufrir. No desea morir, y mucho menos matarse, sino vivir en una situación diferente de la que vive, sin los problemas ni sufrimientos que padece. Lo que no quiere es seguir viviendo en la misma situación que lo hace, valorando la muerte como la única forma de superarla. La persona que quiere suicidarse es una persona que necesita ayuda para ver otras alternativas a la solución o, al menos, la disminución de esos problemas.

“El suicidio no se puede prevenir.”

Es cierto que no sabemos exactamente los porqués de cada suicidio en particular y, en consecuencia, la forma concreta de predecirlos o prevenirlos; pero sí conocemos ciertas características que, en general, pueden ayudar a disminuirlos. Sabemos cuáles son los factores de predisponentes, los protectores y los precipitantes.

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

2.3. Etiología de la conducta suicida. Modelos explicativos

Modelo de Diátesis-Estrés. Modelo de Mann

Este modelo consta de dos componentes:

1. El componente de diátesis (predisposición genética, abusos, agresión y/o impulsividad, pesimismo, desesperanza, incapacidad de resolver problemas o rigidez cognitiva).
2. El componente de estrés (crisis psicosociales y trastornos psiquiátricos).

Según el autor la combinación de ambos componentes es más importante para determinar el riesgo de conducta suicida que la mera acumulación de factores de riesgo. La predisposición genética, las alteraciones neuroanatómicas, fisiológicas y genómicas, la serotonina y otros neurotransmisores, se correlacionan con componentes de la diátesis; evidenciados en los cambios estructurales y funcionales en el cerebro de los individuos con antecedentes de conducta suicida. Recientes estudios sugieren que la diátesis del comportamiento suicida es continua. El suicidio frecuentemente es precedido de intentos suicidas no fatales, que suelen repetirse con un creciente grado en la letalidad del método. Cada vez que la conducta suicida se activa, se hace más accesible en la memoria y requiere menos estímulos desencadenantes para que se active la próxima vez. En el componente estresor, es difícil separar las crisis psicosociales de los trastornos psiquiátricos, estos últimos pueden generar la pérdida de empleo o el fracaso para establecer relaciones sociales. Juntas, pueden combinarse para aumentar la presión sobre una persona. La exposición repetida a los factores de estrés puede disminuir gradualmente la capacidad de resiliencia, por lo que factores estresores de gravedad relativamente menor pueden conducir al aumento de la intención de la conducta de suicidio.

La teoría psicológica interpersonal del comportamiento suicida. Modelo de Thomas Joiner

La innovadora teoría de Joiner sostiene que quienes se suicidan, no sólo quieren morir, sino que han aprendido a superar el instinto de autoconservación.

La base teórica de esta aproximación tiene tres componentes principales (figura 4).

1. Sentido de pertenencia frustrado. El primer elemento de la teoría es un sentido de pertenencia frustrado; y es que la evidencia indica que, cuando las personas mueren por suicidio, en su mayoría se sienten desconectadas de los demás, originando una idea y sentir por parte de los individuos de que nadie realmente se preocupa por ellos.
2. La carga percibida. Las personas que experimentan elevaciones en esta variable tienen la sensación de que no hacen contribuciones valiosas al mundo que les rodea. Pueden verse inundadas por pensamientos de inutilidad y minusvalía, en consecuencia llegan a estar seguros de que la vidas de los demás mejorarían si desaparecieran o no habría diferencia alguna acerca de la existencia propia.
3. La capacidad adquirida. El tercer elemento, la capacidad adquirida, revalida el proceso que ocurre cuando los centros cerebrales responsables de la motivación y el aprendizaje interactúan y el estado de ánimo cambia la intensidad percibida del dolor. Así es como el dolor físico se vuelve menos pronunciado con el tiempo a medida que el cuerpo se acostumbra a la experiencia. De este modo, las personas que se autolesionan van desarrollando la valentía ante el dolor y lesión.

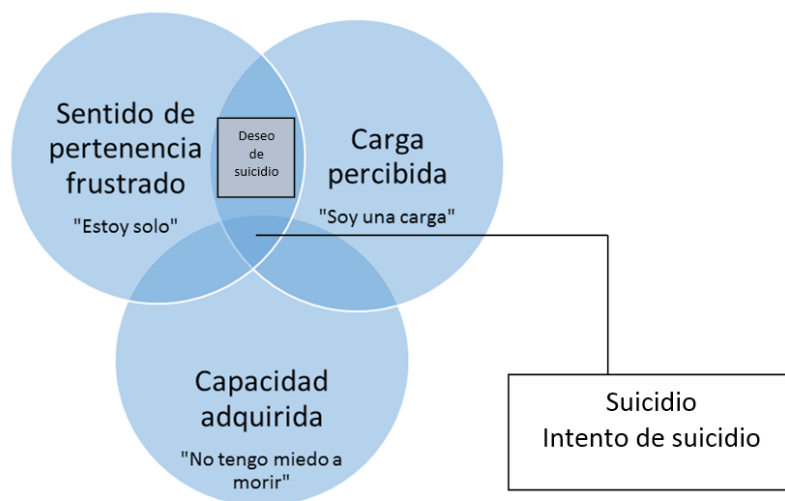


Figura 4. Teoría de suicidio. Modelo de Thomas Joiner

3. Revisión epidemiológica

3.1 Datos internacionales

La OMS, en su documento “Public health action for the prevention of suicide” (2012), estima que cada año cerca de un millón de personas se suicidan en el mundo, en el año 2012 el suicidio representó el 1,4% del total de defunciones mundial, situándose entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. Este documento señala que el suicidio es un problema de salud pública de primera magnitud y ha alertado sobre el aumento significativo de la mortalidad por suicidio en todo el mundo.

En el último medio siglo, el número de suicidios ha aumentado un 50% y se estima que en 2020 superen el millón y medio de muertes. Sin embargo, los diferentes procedimientos de registro, así como los valores socioculturales de cada país probablemente tienen un efecto en el registro de defunciones y pueden conducir a errores en la cuantificación de las tasas.

Existen diferencias según el género, la tasa de los hombres a nivel mundial casi duplica la de las mujeres y la proporción de suicidio es mayor en los países con ingresos altos (1,7%).

Respecto a los métodos, en los países de ingresos altos el ahorcamiento es el método utilizado en más del 50% de los suicidios y las armas de fuego son el segundo método más frecuente, especialmente en países donde su uso está legalizado en la población general como EEUU.

Al considerar el suicidio en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), este constituye una causa significativa de muerte en muchos países miembros. En 2016, se registraron valores máximos en países como Lituania, Corea del Sur, Rusia, Hungría, Eslovenia o Japón, con 18 muertes o más por cada 100.000 habitantes. Por el contrario, los valores mínimos se registraron en países como Grecia, Italia, España o Reino Unido, con tasas de 7 muertes o menos por cada 100.000 habitantes (figura 5).

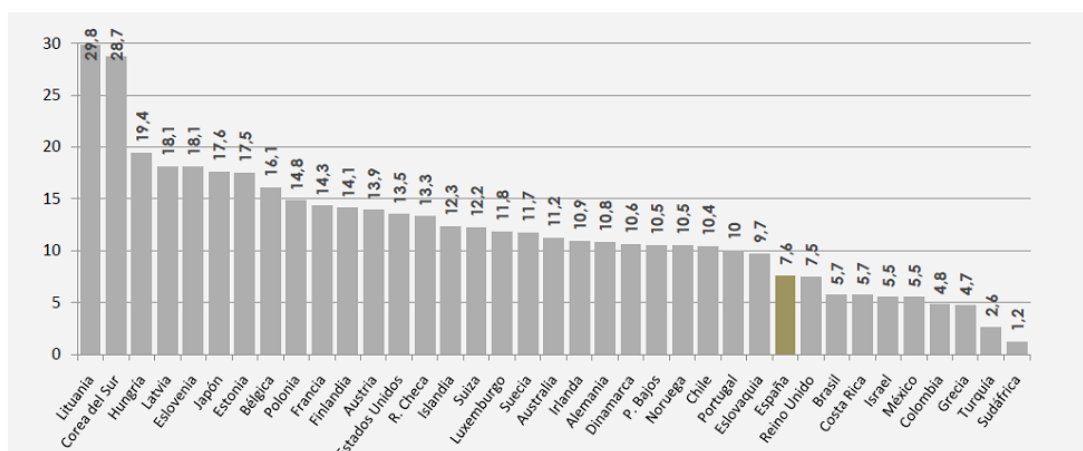


Figura 5. Tasas de suicidios en 2.016 por 100.000 habitantes en algunos países de la OCDE.
Fuente: OCDE, 2018.

Al analizar el entorno europeo, el suicidio es considerado un grave problema de salud pública, estimándose que el promedio de la tasa de prevalencia es aproximadamente un 13,9 por 100.000 habitantes. En general, los países del sur, como Italia, Grecia, Chipre y España, muestran las tasas más bajas. Si bien las tasas de suicidio son mayores en edades más adultas, el suicidio se ha convertido en una de las principales causas de muerte entre los jóvenes europeos. España está por debajo de la media europea en suicidios en jóvenes (que se sitúa en 4,5), registrando en 2013 una tasa de 2,5 por 100.000 habitantes.

Si los suicidios consumados representan alrededor de un millón de casos al año, los intentos de suicidio podrían ser 10 o 20 veces más numerosos. Respecto a la edad y al sexo existen importantes diferencias entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio. Así, mientras el primero se produce más en hombres, los intentos son más habituales entre las mujeres jóvenes.

3.1. Datos nacionales - España

En España el suicidio sigue siendo la primera causa de muerte por factores externos, a continuación se sitúan las caídas accidentales, el ahogamiento, sumersión y sofocación accidental y las muertes por accidente de tráfico. El número total de fallecidos por suicidio dobla el número de fallecidos por accidentes de tráfico y multiplica por 80 el número de víctimas de violencia de género (figura 6). Los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística de 2016 señalan que en España se quitaron la vida 3.569 personas, una cifra que ha ido en aumento hasta 2.014 y que ha sufrido un descenso en 2.015 y 2.016. Los datos del INE sitúan la tasa media estatal de suicidios por 100.000 habitantes en 7,76.

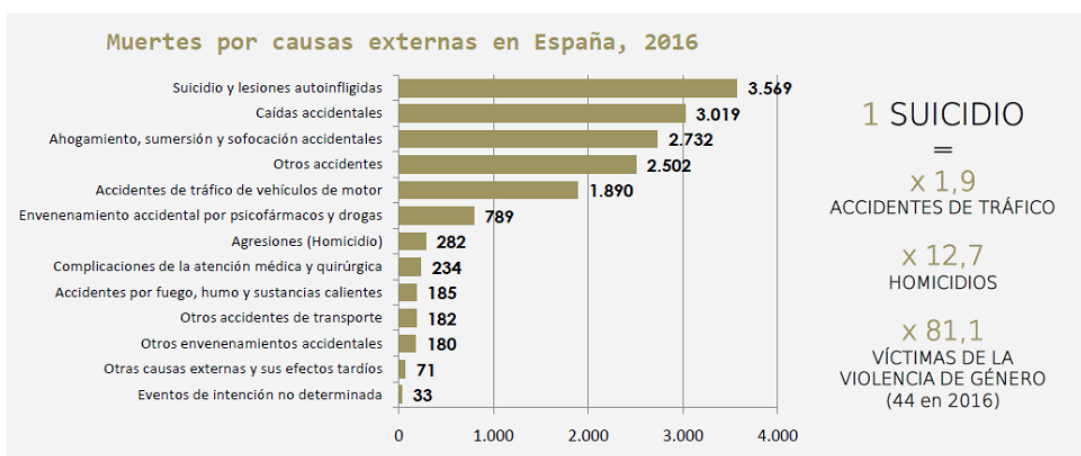


Figura 6. Muertes por causas externas en España (2016)
 Fuente: Estadísticas de Defunción por causa de muerte 2.016. INE 2.017
 Gráfico Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio en España, 2017.

Valorando los datos por sexo, para el periodo 2000-2016 la mayor tasa en hombres se alcanzó en el año 2000 (12,89 fallecimientos por 100.000 habitantes) seguida de la del año 2004 (12,78 defunciones por 100.000 habitantes), y en el grupo de mujeres la mayor tasa fue en el año 2014 en el que la tasa alcanza el valor de 4,09.

En el año 2016, la tasa bruta de suicidio ha descendido ligeramente tanto de forma global (7,46 fallecimientos por suicidio por 100.000 habitantes) como desagregada por sexo (figura 7).

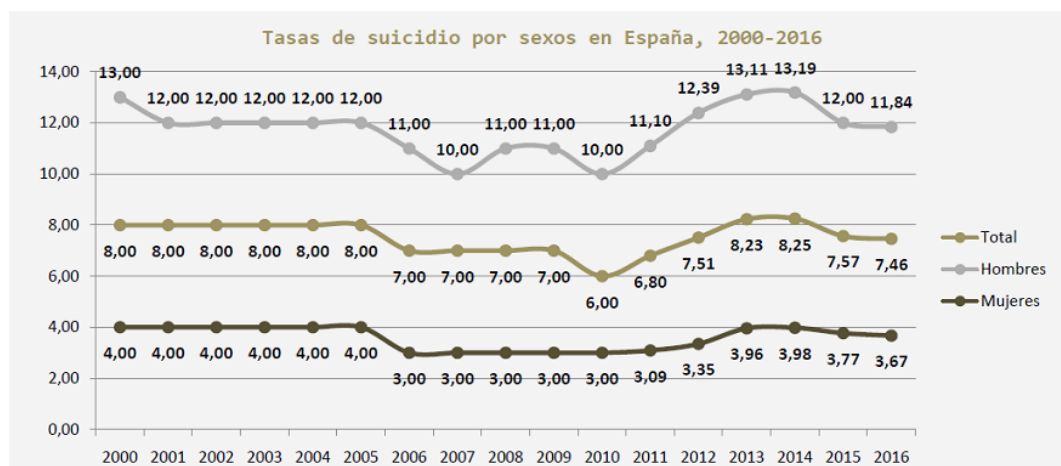


Figura 7. Tasas de suicidios / 100.000 habitantes por sexos en España, 2000-2016
 Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017.
 Gráfico Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio en España, 2017.

Analizando las tasas por subgrupos en función de la edad se observa que en las edades más avanzadas las tasas de suicidio aumentan, sobre todo en varones, siendo hasta siete veces superiores a las de las edades más tempranas en hombres y el triple en mujeres (figura 8).

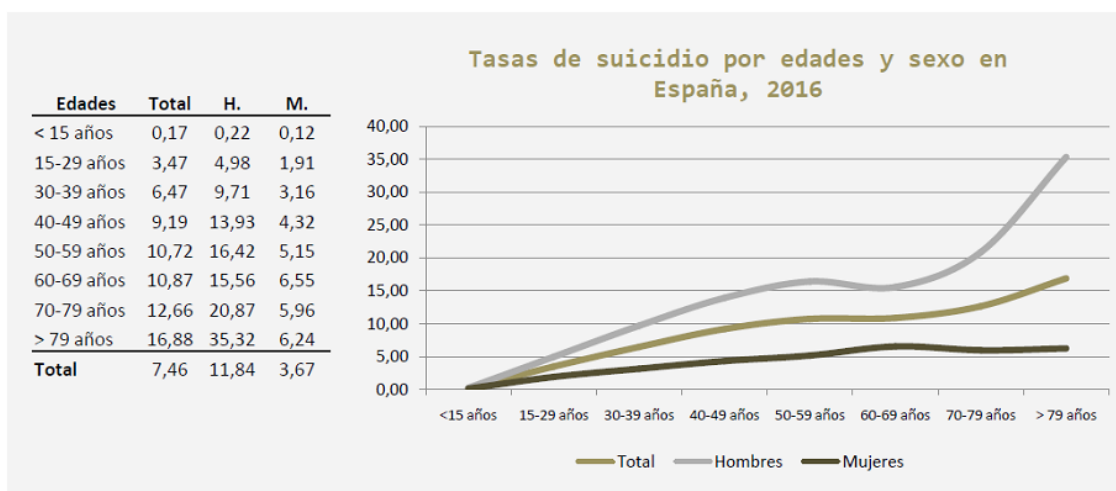


Figura 8. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes, por edad y sexo en España, 2016. Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte 2,016 INE 2.017. Gráfico Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio en España, 2017.

En relación con los medios utilizados para el desarrollo de la conducta suicida, el ahorcamiento es el medio utilizado en casi la mitad de los suicidios, los hombres lo eligen más que las mujeres, cuyo método principal es saltar desde un lugar elevado. Otras diferencias en la elección del método según el género, son que la ingesta de fármacos y los envenenamientos son más usados por las mujeres, mientras que las armas de fuego lo son por los hombres (figura 9).

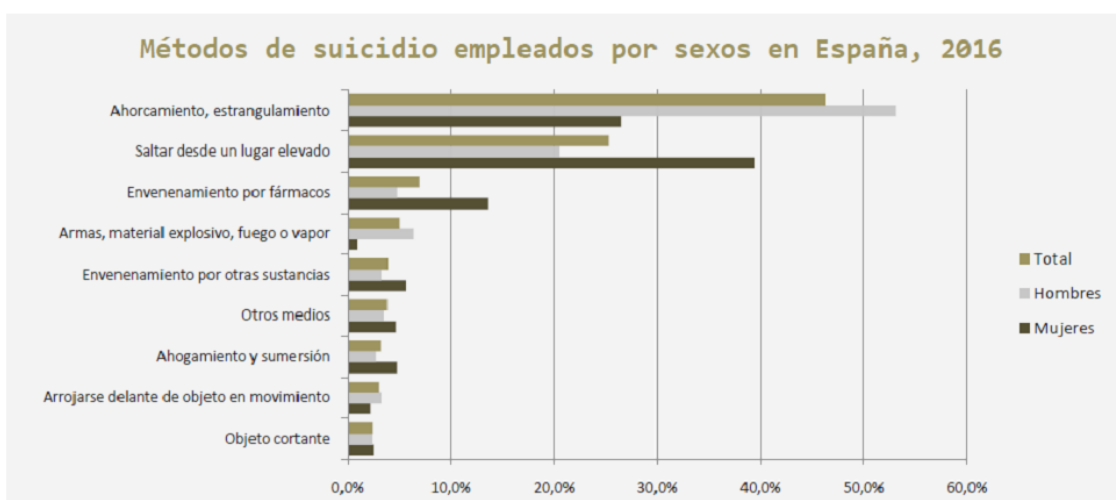


Figura 9. Porcentaje de suicidios según método utilizado en España, 2015. Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017. Gráfico Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio en España, 2017.

Por comunidades autónomas, en 2016, Asturias y Galicia poseen las mayores tasas de suicidio por 100.000 habitantes, mientras que las menores las registran Cantabria, la Comunidad de Madrid y la ciudad autónoma de Ceuta y Melilla (figura 10).

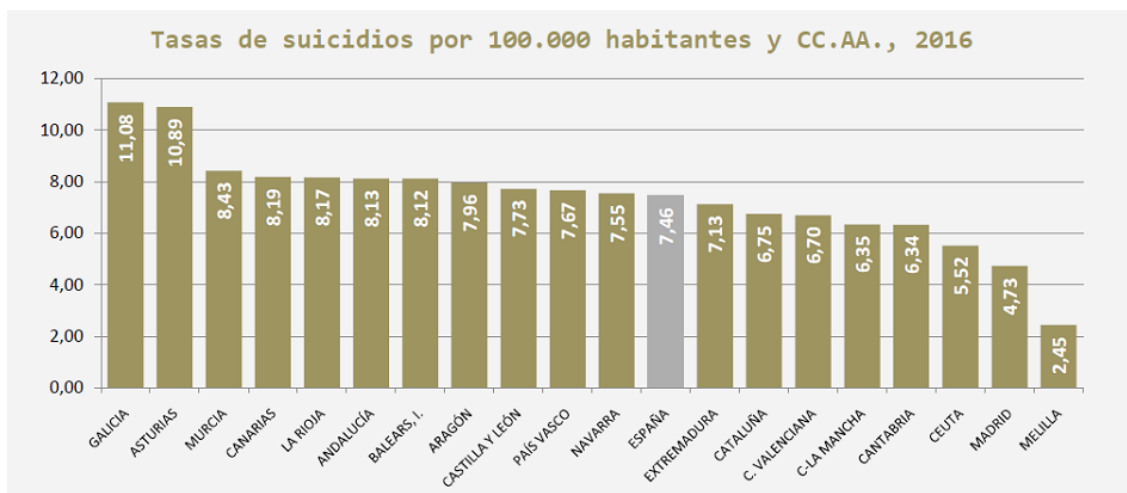


Figura 10. Tasa de suicidios por 100.000 habitantes y CC. AA 2016.

Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017.

Gráfico Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio en España, 2017.

En general, los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres y los suicidios consumados más frecuentes en los varones que suelen utilizar métodos más letales. Alrededor del 75% de las personas que han intentado suicidarse presentan diagnósticos psiquiátricos, los más habituales son los trastornos afectivos, trastornos de tipo psicótico, trastornos de personalidad y dependencias de tóxicos.

Las estadísticas no registran muchos suicidios consumados que son contabilizados como muertes naturales o por accidente. Las razones son múltiples, pero sin duda el tabú y el oscurantismo que rodea a estos fallecimientos tienen mucho que ver.

Tampoco registran en nuestro país, las estadísticas las tentativas autolíticas, pero se estima que existe una razón de 1 a 20. Es decir, que hay 20 tentativas por cada suicidio consumado. Entre el 15 y el 30% de personas que realizan un intento de suicidio lo repiten al cabo de un año y hasta el 2% de ellos realizarán un suicidio consumado en los siguientes 5 años tras la tentativa. El 80% de los que realizaron un suicidio consumado lo habían avisado previamente. El 50% de los suicidas habían comunicado esta ideación a un médico en el mes anterior; y el 25% de ellos acudieron a una consulta médica en la semana previa.

A estas cifras añadimos también lo que esta realidad supone para las personas que mantenían una relación próxima con la persona que consumó el suicidio, para su entorno. Se estima que por cada muerte por suicidio hay, al menos, seis "supervivientes". Y es que el suicidio supone un auténtico drama humano y social, tanto para el que lo lleva a cabo como para su entorno más cercano, y en muchos casos puede prevenirse y evitarse.

3.3 Datos autonómicos – LA RIOJA

En La Rioja, en el año 2016, la tasa recogida es del 8,17 casos por cada 100.000 hab, con 28 personas fallecidas ese año por suicidio consumado en la Comunidad Autónoma. La tasa se sitúa por encima de la del índice nacional, 7,46 casos por cada 100.000 habitantes.

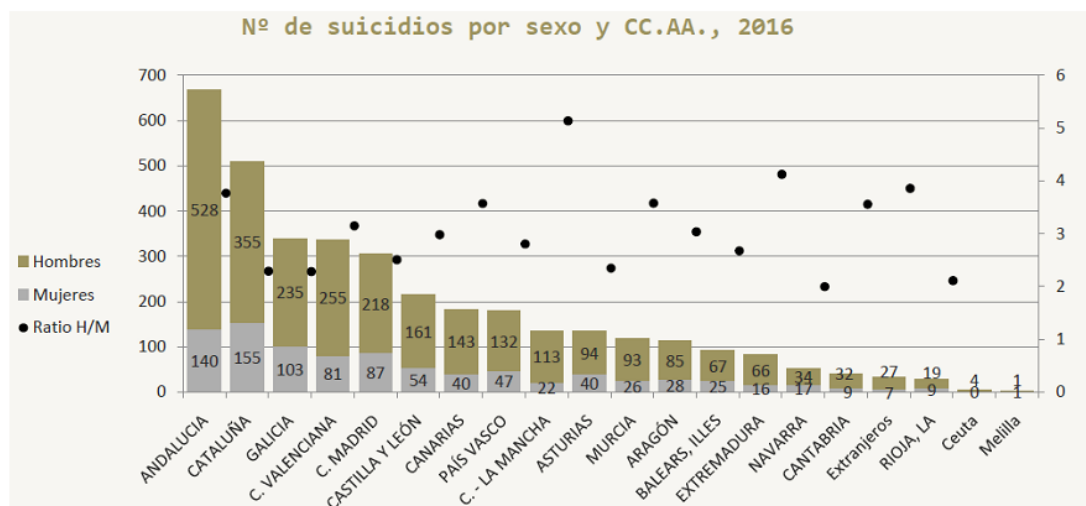


Figura 11. Número de suicidios por sexo y CC. AA 2016.

Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017.

Gráfico Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio en España, 2017.

De los 28 suicidios en La Rioja en 2.016 fueron hombres 19 (67,9%) y 9 mujeres (32,1%).



Figura 12. *Suicidios en La Rioja 2016.*
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017.
Gráfico Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio en España, 2017.

En 2.016 se produjeron 3 suicidios más que en 2.015 (aumenta 12%) pero con comportamiento desigual entre sexos. En hombres se registra 1 suicidio menos mientras que en mujeres aumenta en 4 más. (Figura 13). Los suicidios de varones han ido disminuyendo durante los dos últimos años al mismo tiempo que aumentaban los de mujeres hasta alcanzar el máximo histórico de 9 defunciones en 2.016. En 2.007 no se registró ninguno (Figura 14).

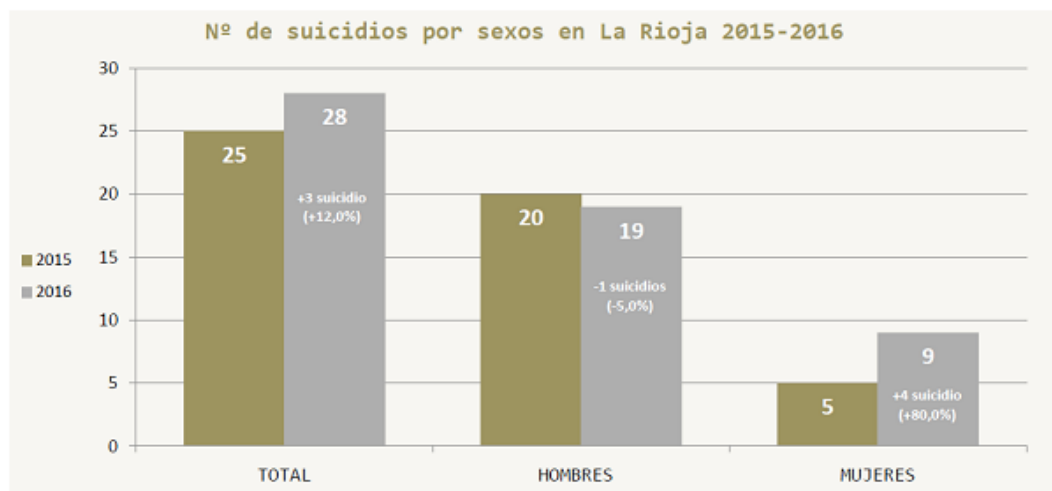


Figura 13. *Nº de suicidios por sexos en la Rioja en 2015-2016.*
Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017.
Gráfico Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio en España, 2017.

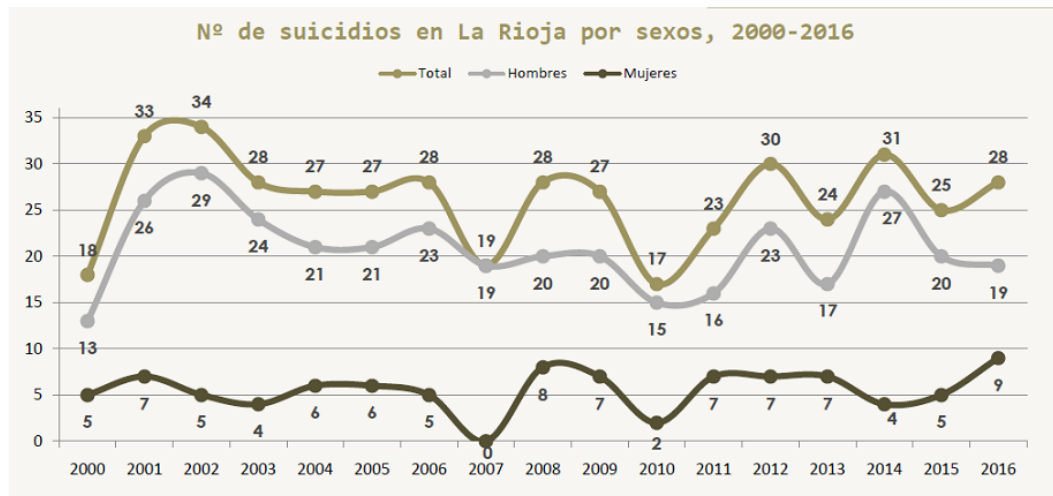


Figura 14. Nº de suicidios por sexos en la Rioja entre 2000-2016.
 Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017.
 Gráfico Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio en España, 2017.

En las figuras 15 y 16 podemos observar que más de la mitad de los suicidios masculinos se producen entre los 40 y los 59 años, de hecho hasta los 39 no se registran ninguno en 2016. En mujeres el rango de edades es menos variable, destacando un repunte a partir de los 79 años, donde se producen un tercio del total de suicidios.

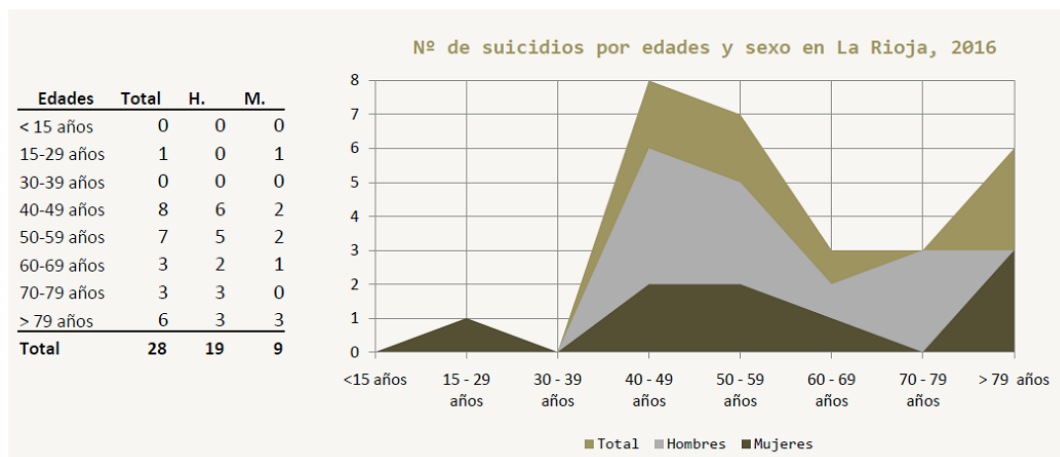


Figura 15. Nº de suicidios por edades y sexo en la Rioja, 2016.
 Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017.
 Gráfico Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio en España, 2017.

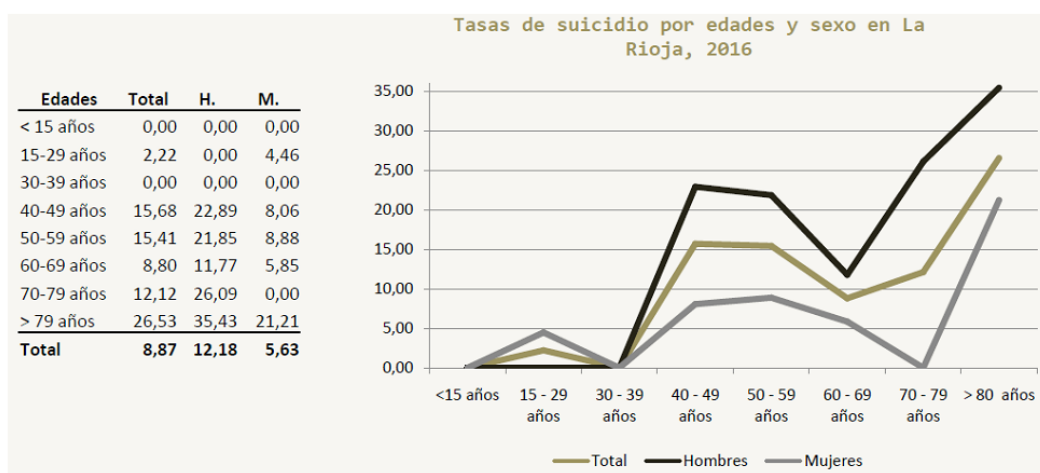


Figura 16. Tasas de suicidios por edades y sexo en la Rioja, 1016.

Fuente: Estadísticas de defunción por causa de muerte. INEbase, 2017.

Gráfico Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio en España, 2017.

Los datos recogidos en las estadísticas analizadas están recogidos de la INEbase 2.017 sobre datos de 2.016. No obstante, en La Rioja contamos también con datos recogidos del Instituto de Medicina Legal y Forense de esta Comunidad Autónoma y que a menudo difieren de los datos recogidos en el INE. Esta diferencia de datos, que en tasas afecta significativamente a los datos recogidos en La Rioja, nos empuja a seguir trabajando en la mejora de los procedimientos de registros y tramitación estadística de las defunciones por suicidio en esta Comunidad.

Año	IMLF	INE
2004	29	27
2005	32	27
2006	27	28
2007	21	19
2008	27	28
2009	29	27
2010	17	17
2011	24	23
2012	32	30
2013	30	24
2014	30	31
2015	25	25
2016	29	28
2017	22	

Tabla 2: Número de suicidios registrados por IMLF/INE en La Rioja entre 2004-2017
Fuente: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de La Rioja / INE 2004-2017

Aunque a fecha de la edición de este Plan no tenemos aún estadísticas recogidas por el INE para 2.017 tenemos los datos de los fallecimientos por suicidio en La Rioja en 2.017 recogidos por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de La Rioja .

Según el INMF durante 2.017 se registraron 22 fallecimientos por etiología médico/legal suicida, lo que representa una tasa global de 6,97 casos/100.000 habitantes en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Por sexos 18 fueron varones (tasa 11,57), y 4 mujeres (tasa 2,5), siendo las proporciones de 81,8% casos en hombres por 18,1% en mujeres.

La edad media fue de 56,13 años, con una distribución por edades según tabla A:

15-24	25-44	45-64	65-84	<85
1	7	5	7	2

La distribución estacional muestra un predominio en los meses de inviernos según tabla B:

Primavera	Verano	Otoño	Invierno
5	6	3	8

En cuanto a la distribución geográfica en el año 2017, en el partido judicial de Calahorra se produjeron 9 de los casos, en el partido judicial de Haro 2, y en el partido judicial de Logroño 11, de ellos 6 en la capital y otros 5 en su entorno (Nalda, Villamediana, Albelda y Lumbreras).

Por etiología el método de elección es la asfixia mecánica por compresión cervical con 12 casos de ahorcamiento y 1 de estrangulación a lazo. De estos 13 casos 11 corresponden a varones y 2 a mujeres.

El segundo mecanismo, en importancia, es la precipitación con 6 casos -4 varones y 2 mujeres- 1 sumersión, 1 intoxicación, por metanol y 1 arrollamiento por vehículo de trayecto obligado completan los mecanismos suicidas en 2.017.

Los métodos de ahorcamiento y precipitación, al igual que reflejan los datos nacionales, son los medios más utilizados en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Disponemos de una tabla de métodos utilizados entre 2004-2015 (tabla 4).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	29	32	27	21	27	29	17	24	32	29	30	24
:	4:1	3'6:1	4'4:1	20:1	2:1	4'6:1	6'5:1	2:1	3'5:1	2'6:1	5:1	11:1
n:n		24:7	22:5	20:1	18:9	23:5	13:2	16:8	25:7	21:8	25:5	22:2
Tren	4	3	1	--	--	--	1	--	--	3	3	--
Precipitación	8	7	8	4	6	7	5	6	12	7	6	7
Ahorcadura	7	13	11	12	13	11	2	9	12	8	10	11
Tóxicos	6	6	3	4	1	5	3	6	3	4	5	3
Arma blanca	1	--	--	--	2	--	--	1	--	--	--	--
Arma fuego	1	1	3	1	1	1	2	1	1	--	2	--
Sumersión	1	1	1	--	4	--	3	1	3	4	3	3
NC	1						1					
Vehículo						5			1			
Sofocación						1						
Otros										3	1	
Decapitación												

Tabla 4. Método utilizado en La Rioja (2004-2015)

Fuente: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de La Rioja

Con las estimaciones actuales (20 tentativas / suicidio consumado) podemos valorar que en el año 2016 en nuestra Comunidad Autónoma 580 personas se vieron afectadas por conductas suicidas. Así mismo podemos estimar que 174 personas se vieron afectados por el fallecimiento por suicidio de una persona querida en La Rioja y 3480 personas por el intento de suicidio de ser querido (6 afectados / acto). A estos datos hay que añadir todos los suicidios e intentos no registrados, así como la ideación suicida, objeto de gran interés para la intervención preventiva.

3.4. La conducta suicida en la adolescencia

Además del mayor impacto y calado social al estar frente a una población más vulnerable y con menos recursos psicológicos y herramientas de afrontamiento ante situaciones traumáticas, en estos casos se acentúan aún más las inquietudes acerca de qué variables podrían estar influenciando este tipo de prácticas y qué podemos hacer para evitar las mismas. En cualquier caso, el suicidio, como escape extremo de una situación vital angustiada, no es sino producto de la confluencia de múltiples factores, reflejo no sólo de la idiosincrasia e historia de cada individuo (historial familiar de suicidio, de abuso, trastornos emocionales, pérdida de seres queridos, conflictos, estigma, . . .), sino también de factores sociológicos propios del contexto en el que este desarrolla su vida, así como el abuso de sustancias que propician la ausencia de control sobre afectos y actos.

El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edad de entre los 15 a los 29 años, superado sólo por las causas externas de mortalidad y los tumores, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística. En los últimos datos disponibles se pone de manifiesto que del total de víctimas del suicidio, un 7,7% eran menores de 30 años. Se discuten las causas que pueden desembocar en este tipo de actos, señalándose la presencia de trastornos psicológicos, variables concretas de personalidad, la alta carga de estrés emocional y, especialmente, el bullying, últimamente desplazado por nuevas vertientes como el bullying electrónico o el sexting.

El suicidio es un problema socio-sanitario de primer orden entre adolescentes/jóvenes (14-19 años). En relación con la prevalencia de ideación suicida en adolescentes españoles un 4% informó haber intentado quitarse la vida en el último año. En 2013 La Rioja figura como la tercera Comunidad con tasa más alta de suicidios en rango de edad de 15-19 años (figura 13).

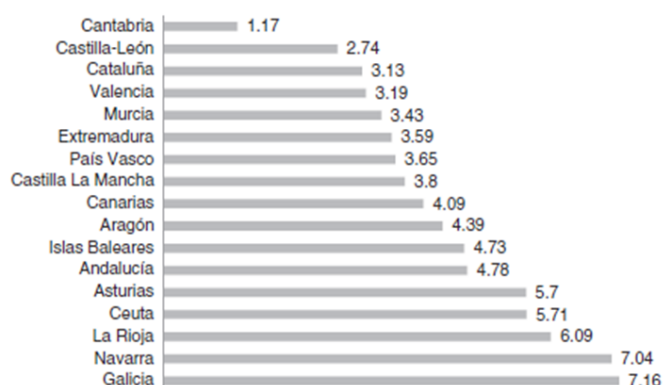


Figura 13. Distribución de los suicidios por comunidades autónomas en el rango de edad 15-29 años.

Fuente: Estadísticas INEbase, 2013

3.5. Teléfono de la Esperanza de La Rioja

Un recurso en la Comunidad Autónoma de La Rioja que detecta y atiende a un número significativo de personas con ideación y/o conducta suicida es el Teléfono de la Esperanza. La atención a estas personas se realiza a través del servicio de Intervención en Crisis por teléfono y mediante la atención personal en entrevistas con profesionales.

Servicio de Intervención en Crisis por teléfono.

Orientación telefónica permanente 24 horas, urgente, anónima, gratuita y esozializada.

En 2017, se atendieron en total 5.620 llamadas, de las cuales 351 fueron llamadas de temática suicida. En 2 de ellas el llamante declara que el acto suicida está en curso. El 45% de las llamadas las realizaron hombres y el 55% mujeres. La duración media de cada llamada fue de 43 minutos.

	2017	2016	2015	2014
Crisis Proyecto Vital	218	124	54	39
Ideas suicidas	111	47	24	27
Crisis suicidas	20	8	8	5
Acto suicida en curso	2	1	2	0
TOTAL	351	180	88	71

Tabla 5. Número de llamadas de contenido suicida entre 2014-2017

Fuente: Teléfono de la Esperanza de La Rioja

CONDUCTA SUICIDA		
Hasta 18 años	8	2,27%
De 19 a 25	9	2,56%
De 26 a 35	51	14,5%
De 36 a 45	78	22,2%
De 46 a 55	49	13,9%
De 56 a 65	73	20,7%
De 66 a 75	8	2,27%
76 y más.	1	0.2%

Tabla 6. Edades de personas que realizan llamadas con contenido suicida entre 2014-2017

Fuente: Teléfono de la Esperanza de La Rioja

Se atendieron también 683 llamadas consideradas preventivas dada la situación de riesgo de los llamantes.

PREVENCIÓN SUICIDIO	2017	2016	2015	2014
Crisis Proyecto Vital	218	124	54	39
Crisis depresiva	465	258	137	136
TOTAL	683	382	191	175

Servicio de intervención en crisis mediante la atención personal en entrevistas con profesionales.

El Teléfono de la Esperanza ofrece un servicio de atención profesional a personas en crisis con posibilidad de citas profesionales con psicólogos, trabajadores sociales y abogados.

En 2017 se realizaron 125 intervenciones psicoterapéuticas con personas con crisis suicidas.

Ideación suicida en entrevistas psico-terapéuticas	2017	2016	2015	2014
Ideas vagas frente a la muerte/suicidio	63	41	11	2
Ambivalencia	42	47	-	-
Fijación idea suicida	11	8	15	-
Intentos previos con suicidio frustrado	9	7	15	11
TOTAL	125	103	41	13

Además de estas llamadas directas en 2017 el Servicio de urgencias SOS Rioja derivó al Teléfono de la Esperanza entre agosto y diciembre 52 llamadas en directo y 93 llamadas en diferido de las cuales 127 fueron de personas con ideación suicida, en crisis suicida o familiar de persona con ideas autolíticas.

3.6. Descripción del abordaje actual de la conducta suicida en La Rioja

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

3.6.1. Prevención del suicidio en el ámbito sanitario

En La Rioja al ser una comunidad autónoma pequeña se centraliza la atención psiquiátrica de urgencia en el Hospital San Pedro (HSP).

Cualquier conducta suicida detectada en Rioja Alta o en la comarca de Logroño es atendida en el HSP, mientras que la conducta suicida en Rioja Baja el primer punto de asistencia se lleva a cabo en el Hospital Fundación de Calahorra (HFC) y posteriormente se deriva al HSP para una valoración psiquiátrica.

Una vez realizada una valoración psiquiátrica en función de la gravedad clínica del episodio, la planificación y letalidad del plan, el riesgo suicida inmediato del paciente, la patología psiquiátrica de base o la presencia de comorbilidades y la existencia o no de apoyo familiar o social se decide si el paciente precisa un ingreso psiquiátrico o puede llevar a cabo un seguimiento ambulatorio. En este último caso se deriva de forma preferente a la USM correspondiente para que se inicie un seguimiento en salud mental.

En el caso de que se detecte en el servicio de urgencias que la conducta suicida puede estar mediatizada por factores sociales se realiza una interconsulta a los Servicios Sociales (SS.SS.) desde el mismo HSP.

Si en AP se detectan planes de suicidio estructurados o una conducta suicida, se aconseja contactar con un profesional de salud mental para valoración urgente. Si se estima que precisa vigilancia se contacta con un familiar o amigo a fin de que acuda a un dispositivo de urgencias hospitalarias para valoración psiquiátrica urgente. Si tras la valoración el paciente no se queda ingresado en el HSP, hasta que sea atendido en la USM, se hace un seguimiento frecuente de contención. Por otro lado, si en AP se detectan ideas de muerte o autolíticas no estructuradas, se recomienda una valoración psiquiátrica en las USM de forma preferente. Si en estos casos el paciente no acepta acudir a las USM o a una valoración psiquiátrica, se acuerden visitas de seguimiento en AP para contención, y hasta que se resuelva la situación de crisis, con frecuencia, como mínimo, semanal.

3.6.2. Prevención suicidio en las Urgencias Sanitarias: 112, SOS Rioja

El 112 es el número al que cualquier usuario de la Comunidad Autónoma de La Rioja puede llamar ante cualquier problema de salud urgente. Supone la puerta de entrada al sistema, especialmente en situaciones de emergencia y de urgencia.

El personal que realiza la asistencia telefónica se pone en contacto tanto con las Fuerzas de Orden Público del lugar de los hechos como con el médico regulador del 061. La actuación de este sanitario es variable dependiendo de las circunstancias de la llamada y de la situación. En las amenazas de suicidio, el médico puede actuar según la situación (a veces podrá hablar con el paciente pero en otras no): puede enviar a un equipo médico para valoración, puede aconsejar a familiares su traslado a un centro sanitario, enviar una UVI móvil, enviar ambulancia para traslado o cualquier otro recurso que considere oportuno a fin de preservar la vida de la persona en riesgo.

El SOS Rioja tiene un Convenio con el Teléfono de la Esperanza (TE) por el que se procede a derivar llamadas “en caliente” o en “diferido” según se valore el caso. Ese mismo Convenio establece la ayuda recíproca ya que

si es el TE el que detecta una urgencia, moviliza a SOS Rioja para que se envíen los recursos necesarios. La opción del “diferido” se pone en marcha al considerar que desde SOS Rioja es posible dar un paso más en la ayuda a estas personas y no “cerrar el caso” con la simple asistencia sanitaria puntual.

Los intentos autolíticos son generalmente trasladados en ambulancia a los Servicios de Urgencias hospitalarios. Habitualmente tras su asistencia in situ y estabilización clínica, se trasladan en UVI móvil del 061 (o en ambulancia con médico de AP) al Hospital San Pedro (HSP) para una valoración psiquiátrica urgente.

3.6.3. Prevención del suicidio en el ámbito educativo

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

Actualmente, en nuestra comunidad autónoma, las actuaciones que se llevan a cabo en el ámbito educativo, tanto en primaria como en secundaria, son dos: Preventivas y de derivación.

En las intervenciones de tipo PREVENTIVO se trabajan temas relacionados con la salud emocional de los alumnos tales como:

- Autoestima - autoconfianza
- Autodeterminación
- Control de las emociones
- Habilidades Sociales y de resolución de conflictos
- Flexibilidad Cognitiva
- Sexualidad
- Exclusión social

En la Educación Secundaria se tratan todos estos temas, en las sesiones específicas, directamente con los alumnos a través del PLAN DE ACCIÓN TUTORIAL. Sin embargo, en Educación Infantil y Primaria en sesiones a criterio del maestro tutor. Este documento es obligatorio para todos los centros aunque la selección de temas y la temporalización de las intervenciones dependen de las necesidades que previamente han sido valoradas por el equipo docente y los responsables de los servicios de orientación. No obstante, específicamente en el tema del suicidio, no se hace una intervención “oficial” aunque puede que algún centro lo esté llevando a cabo por su casuística concreta.

Por otra parte, también se llevan a cabo actuaciones de DERIVACIÓN a servicios médicos especializados cuando se ha detectado algún indicador de riesgo en el alumno, bien por sus conductas, sus comentarios o los de sus compañeros. Cuando esto ocurre el centro se pone en contacto con la familia, informa e inicia la derivación.

Los orientadores no cuentan con unos indicadores de riesgo “oficiales”. Como consecuencia de esto, queda a criterio del orientador y del equipo docente del centro tanto la interpretación de estos signos como la coordinación de los servicios clínicos externos. Además hay que tener en cuenta que también depende de si la familia permite o no ponerse en contacto con el facultativo que lleve el caso.

3.6.4. Prevención del suicidio en el ámbito penitenciario

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

Los objetivos de programa son:

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

En el Establecimiento Penitenciario de Logroño, se aplica un “Protocolo de Asistencia en el Programa de Prevención de Suicidio” que incluye todas las acciones encaminadas a la detección precoz y prevención de conductas suicidas llevadas a cabo por todo el personal en la institución penitenciaria, especialmente en los momentos más vulnerables del internamiento de los reclusos: al ingreso en prisión, ante limitaciones regimenterales, situaciones de aislamiento, situaciones familiares graves, problemas de salud, etc.

- Ingreso en el establecimiento

En el protocolo de ingreso de un interno se cumplimenta entre otros la escala de valoración “Determinación del Riesgo de Suicidio” en función del valor obtenido se determina la aplicación de medidas provisionales de prevención de suicidios y la propuesta de inclusión del paciente en el programa de prevención de suicidios.

- Durante el internamiento

Durante la estancia en prisión del interno, en cualquier momento en que se detecte riesgo de suicidio y sea comunicado al personal sanitario, se realizará una evaluación del riesgo de suicidio mediante la escala Plutchick y se emitirá un informe de dicha valoración y de las enfermedades mentales, si las tuviera. Se propondrá o no la inclusión del paciente en el programa de prevención de suicidios y se actuará como en el caso anterior.

- Seguimiento de Internos Incluidos en Plan de Prevención de Suicidios

El personal sanitario implicado en el seguimiento de dichos internos, realiza semanalmente un breve informe sobre el desarrollo de las actividades e intervenciones realizadas con el interno, el comportamiento observado y si procede, proponer cambios en las medidas aplicadas o propuesta de baja o supresión de las mismas, que es remitido al Director, que lo expone en la Junta de Tratamiento que se realiza semanalmente y está formada por Director, Psicólogo, Trabajadora Social, Educador y Jefe de Servicios Médicos. Cada uno de los profesionales aporta el informe de su campo.

- Traslados y Tránsitos

En los traslados y tránsitos entre establecimientos, la condición de inclusión en Programa de Prevención de Suicidios figurará de forma clara y visible en el informe médico de traslado.

3.6.5. Prevención del suicidio en centros de menores

Los adolescentes internados en centros de menores (tanto de protección como de reeducación) tienen un riesgo de suicidio 4,6 veces mayor que la de sus pares en la población general. En La Rioja, Fundación Diagrama gestiona centros de protección de menores (Residencia "Iregua" y 6 pisos) y el centro educativo "Virgen de Valvanera" donde menores infractores cumplen medidas judiciales de internamiento. Dicha Entidad tiene protocolos de prevención de suicidio para ambos tipos de centros, adaptados a la idiosincrasia de cada uno de ellos.

El Protocolo de Prevención de Suicidios (en adelante PPS), se establece para prevenir situaciones que impliquen riesgo autolítico por parte de los menores acogidos en Centros de Acogida.

Se expone a continuación el PPS para prevenir situaciones que impliquen riesgo autolítico por parte de los menores acogidos en los Centros de Protección.

El objetivo general del PPS es prevenir la aparición de conductas suicidas en los menores del Centro.

Entre los objetivos específicos se destacan los siguientes:

- Identificar conductas de riesgo en los menores ante una actitud suicida.
- Programar medidas preventivas con cada menor según su situación.
- Facilitar a través de la prevención, la integración del menor en la vida del Centro.
- Realizar un seguimiento continuo de los menores que se encuentran en situación de riesgo ante el suicidio.
- Favorecer la adquisición de habilidades y recursos que permitan al menor poner en práctica soluciones no autolíticas ni suicidas, aprendiendo a encontrar alternativas adaptativas a sus problemas.
- Involucrar a la familia u otras redes o apoyos sociales en la situación del menor.

La propuesta de aplicación del PPS puede surgir bien del equipo de Dirección, del equipo técnico o de cualquier persona que desarrolle su labor en el Centro o bien por información facilitada por parte de la entidad que ordena el ingreso.

Una vez que la Dirección del Centro ha activado la aplicación del PPS, podrá adoptar medidas provisionales (designación de acompañante y comunicación al personal educativo de especial observación), comunicándolo igualmente al psicólogo.

La detección de casos para dar comienzo a la aplicación del PPS se realizará bien por ingreso o bien por derivación interior en el caso de que se detecte cualquier incidencia que pueda abocar al menor a una conducta suicida.

Una vez que el psicólogo active la aplicación del PPS se informa a la Dirección del Centro, a la Sección de Acogimiento Residencial del Servicio de Protección de Menores, Mujer y Familia, y a la familia del menor en aquellos casos que la medida administrativa sea de Guarda.

El seguimiento del PPS se hace diariamente. Para tal caso el coordinador reúne la información del personal educativo respecto al menor y si hubiese alguna novedad la trasladará a la Dirección del Centro para que se tomen las medidas oportunas. Asimismo el personal educativo recogerá diariamente en un Registro de Observación Diaria y Aplicación de Medidas Adoptadas, todas aquellas conductas del menor susceptibles de ser conocidas por el psicólogo del Centro, quien visitará al menor con la periodicidad establecida para observar su evolución, proponiendo si procediera los cambios que consideren oportunos en las medidas adoptadas previamente.

Se dará de baja del PPS al menor cuando el psicólogo del centro considere que han cesado los motivos de aplicación del PP e inmediatamente el Director del Centro lo comunicará al técnico competente de la Sección de Acogimiento Residencial del Servicio de Protección de Menores, Mujer y Familia, y a la familia del menor en aquellos casos que la medida administrativa sea de Guarda.

En cualquier fase de la aplicación del PPS es clave la entrevista clínica con el psicólogo del Centro para la valoración del riesgo de suicidio. En este contexto será de gran importancia tanto la actitud del profesional, como aportar una explicación clara de los objetivos de la entrevista y conseguir la implicación del menor en la toma de decisiones sobre el tratamiento. Para ello se tiene en cuenta la recogida de datos personales, factores de riesgo, factores de protección, características de la ideación suicida, características del intento de suicidio, evaluación clínica y tipo de conducta suicida. Asimismo, para evaluar el riesgo de suicidio de un menor nos valdremos de las ESCALAS E INSTRUMENTOS más frecuentemente utilizadas como son: la Escala de Ideación Suicida (Suicidal Ideation Scale) o la escala de Evaluación de Riesgo Suicida (SBQ-R), la Massachusetts Youth Screening Instrument-Version 2 (MAYSI-2) [Escala 5 Ideación suicida (SI)], el 16PF, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS).

De acuerdo con la evaluación realizada, los factores de riesgo observados y la ponderación de ellos, clasificaremos el nivel de riesgo de suicidio y llevaremos a cabo una serie de acciones que se incluyen en las medidas a seguir en el PPS.

Entre otras intervenciones, en casos de riesgo bajo el tratamiento y el seguimiento se realizará por parte del psicólogo del centro; cuando el riesgo sea medio se solicitará la derivación a la Unidad de Salud Mental y si el riesgo es elevado se acudiría al Servicio de Urgencias.

Toda la intervención llevada a cabo en el PPS se reflejará en unos informes y documentos que se generarán en el procedimiento de aplicación del PPS y se reunirán en una carpeta que lleve la rúbrica de "Protocolo de Prevención de Suicidios" y quedarán archivados en el expediente personal del menor.

FAIM (Fundación para la atención integral del menor) gestiona el centro de atención inmediata de menores y tiene establecido su protocolo de prevención de suicidios.

3.6.6. Prevención del suicidio en centros de ancianos

Es sabido que la tasa de suicidio aumenta con la edad.

El suicidio es más frecuente en ancianos que en cualquier otra población, sobre todo en varones mayores de 75 años y que viven solos.

La mayoría de estos tienen un trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente el trastorno depresivo mayor. Las enfermedades físicas suelen ser la causa precipitante más frecuente, sobre todo las que provocan dolor crónico y limitación funcional. En la población de más de 75 años el suicidio es tres veces superior a la del grupo de 15 a 24 años.

En nuestra comunidad no existe un protocolo de actuación en las residencias de personas mayores. No obstante, cuando se detecta una problemática sociosanitaria que afecta a su vida se suele hablar con el usuario para delimitar la situación y ofrecer un plan de intervención.

Si se niega, presenta deterioro de tipo cognitivo, alguna patología que afecte su capacidad de juicio o su conducta altera la normal convivencia en el Centro, se procede a localizar a un familiar o persona de su entorno para ponerlo en su conocimiento.

En el caso de que no haya un familiar se contacta con el Centro de Salud y/o Centro Social Municipal de referencia por si conocen a dicho usuario y su problemática y a fin de actuar en consecuencia.

3.6.7. Prevención del suicidio en el Teléfono de la Esperanza

El Teléfono de la Esperanza es un recurso psico-social en La Rioja desde 2004. Entre sus programas ha desarrollado uno específico de prevención de suicidio cuyos objetivos son:

Objetivos generales

- Reducir la tasa de suicidios en la Comunidad Autónoma de La Rioja
- Establecer medidas para disminuir el sufrimiento de las personas que presentan riesgo de suicidio y de sus familias.

Objetivos específicos

- Fomentar la coordinación entre Instituciones y agentes implicados en la prevención de la conducta suicida.
- Aumentar la sensibilización y concienciación de la sociedad sobre el suicidio como un problema de salud pública realizando una labor continuada de prevención de situaciones de riesgo.
- Complementar y mejorar la atención que desde la organización sanitaria se presta tanto a las personas que presentan conducta suicida como a sus allegados atendiendo, acompañando y orientando a personas, familias y colectivos en los que se detecte riesgo de conducta suicida.
- Ofrecer a la persona que demanda nuestros servicios una atención completa tanto en nuestro espacio como en otros que sean adecuados para su situación conociendo y colaborando con otros recursos comunitarios.
- Funcionar como termómetro social real del estado de la población y de sus necesidades. Detectar y analizar la realidad de la conducta suicida en la población riojana y trabajar para desarrollar recursos que permitan atender esta realidad.
- Fomentar la investigación y el conocimiento de la conducta suicida en La Rioja.

Estos objetivos se realizan a través de diferentes áreas de intervención:

1. Intervención en conducta suicida

En el Teléfono de la Esperanza desde el área de Intervención en Crisis se proporciona de manera anónima, especializada y no remunerada, un servicio permanente de ayuda de urgencia por teléfono y personalmente atendiendo, protegiendo, acompañando y orientando a personas, familias y colectivos que se encuentren en situaciones de vivencia de conducta suicida.

Se realiza a través de tres líneas de actuación:

- Orientación por teléfono. Asistencia 24 horas.
- Atención profesional. Marco de referencia: terapia breve, sistémica
- Programa de grupos de apoyo para afectados y supervivientes.

2. Sensibilización. Prevención del suicidio

- Se realiza un trabajo para sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención, y para ello de la información y de la formación.
- Potenciamos la capacitación de los profesionales y voluntarios internos para que puedan evaluar e intervenir en situaciones de conducta suicida en nuestro contexto.
- Potenciamos la capacitación de grupos externos para que puedan evaluar e intervenir en situaciones de conducta suicida en sus contextos.

Todo esto mediante campañas de información y sensibilización sobre prevención del suicidio, con actividades el 10 de septiembre, Día Mundial para la prevención del suicidio y participando activamente en la elaboración del III Plan de Salud Mental de La Rioja.

3. Formación. Prevención del suicidio

Potenciamos la capacitación de los profesionales y voluntarios internos para que puedan evaluar e intervenir en situaciones de conducta suicida en nuestro contexto.

Potenciamos la capacitación de grupos externos para que puedan evaluar e intervenir en situaciones de conducta suicida en sus contextos.

Usuarios de los servicios

- Personas con ideación suicida y personas que están en crisis suicida.
- Familiares y allegados de personas que presentan ideación y conducta suicida
- Supervivientes. Familiares y allegados de personas que se han suicidado.
- Profesionales del ámbito de la salud, los servicios sociales, el contexto educativo, medios de comunicación y cuerpos de seguridad de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Voluntarios del Teléfono de la Esperanza de La Rioja.
- Población en general.

3.6.8. Prevención del suicidio en el ámbito de la medicina forense

Desde el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses es relativamente frecuente la intervención con personas en riesgo de suicidio, en el contexto de los denominados internamientos involuntarios.

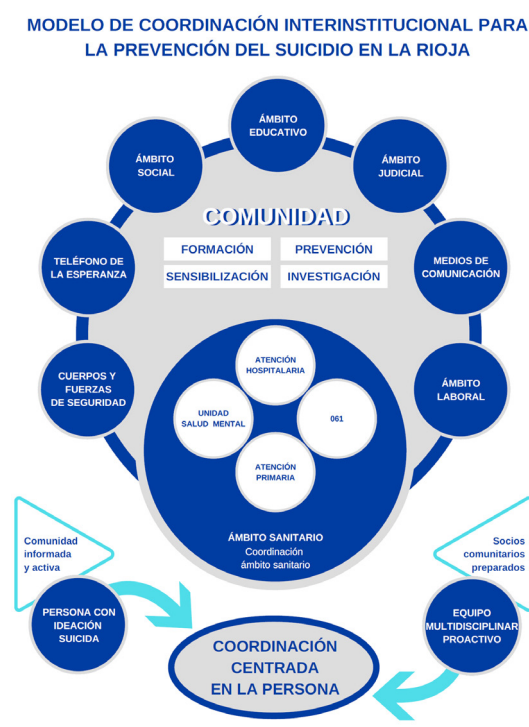
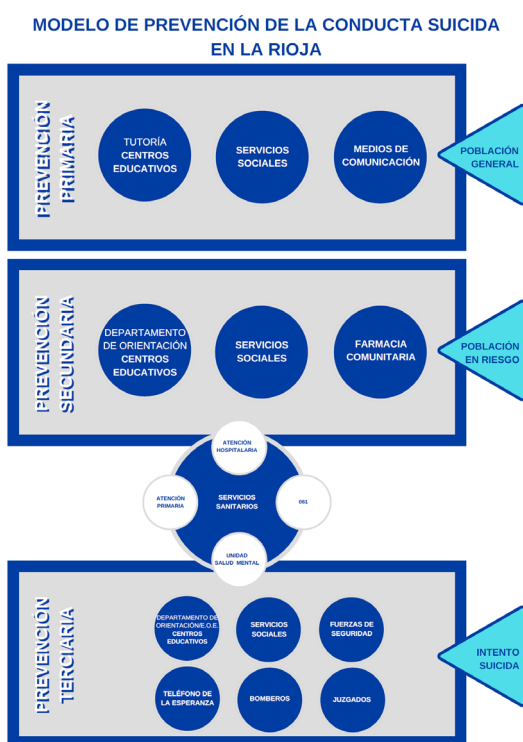
El internamiento psiquiátrico involuntario es una medida terapéutica excepcional que implica una pérdida de libertad personal, razón por la que se requiere un control judicial, que estará basada en criterios terapéuticos.

El control judicial viene determinado por la Ley 1/2000 que en su artículo 763 regula los internamientos involuntarios por razón de trastorno psíquico, especificando en su punto 3 que el tribunal deberá *oír el dictamen de un facultativo por él designado*, habitualmente un Médico Forense de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Entre los criterios terapéuticos que hacen necesario el internamiento psiquiátrico involuntario se encuentran las situaciones de peligrosidad evidente para el paciente o para los demás, incluyéndose entre las primeras el *riesgo de autolesiones y el riesgo de suicidio*.

Generalmente la evaluación pericial en los casos de internamiento psiquiátrico involuntario se realiza en un contexto hospitalario, tras haber procedido el médico asistencial a promover el *ingreso urgente*, atendiendo posteriormente a la obligación legal de comunicar la situación al juez competente en el plazo de 24 horas.

Pero, en otras ocasiones, el Médico Forense es requerido por la autoridad judicial con carácter previo al ingreso, con el fin de evaluar la posible pertinencia de un internamiento. En estas situaciones, el profesional del IMLyCF de La Rioja desplazado hasta el lugar en el que se encuentra la persona, hará constar en el preceptivo dictamen la necesidad del internamiento involuntario en centro psiquiátrico, siguiendo los criterios establecidos desde el ámbito médico-legal, entre los que se encuentra el riesgo que la enfermedad determina para la propia persona ante posibles autolesiones o suicidio. En base a este informe Forense el Juez autorizará el traslado e ingreso del paciente al centro sanitario, que deberá facilitarse a través de los servicios sanitarios establecidos para ello.



3.7. Descripción del abordaje deseable para la Prevención de la conducta suicida en La Rioja

El suicidio es un problema de salud pública que puede prevenirse. Tanto la estimación del riesgo como la intervención apropiadas resultan vitales.

El diagnóstico temprano, que depende de una correcta evaluación, tal vez sea la mejor medida de prevención.

Evaluar al paciente suicida en urgencias, Atención Primaria o en la consulta del especialista es una de las intervenciones más importantes a las que debe enfrentarse un profesional. Esto es debido a la potencial gravedad del fenómeno, a la responsabilidad que conlleva y al aumento de frecuencia de este tipo de comportamientos. Una adecuada evaluación puede ser vital para llevar a cabo un Programa de Intervención Intensiva (PII).

El PII en conducta suicida en La Rioja se está diseñando e implementando con los siguientes objetivos:

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

A modo de resumen exponemos a continuación cómo se desea implementar la activación del PII ante una conducta suicida.

En el servicio de urgencias del HSP tras la valoración psiquiátrica se determina si se activa o no el PII. Tras la entrevista psiquiátrica, el psiquiatra de urgencias, emite un informe clínico en el que se deja constancia al profesional al que se deriva (DUE, psiquiatra, psicólogo, trabajadora social) y el plazo en el que tiene que ser valorado el paciente. Se decide si se activa o no el seguimiento telefónico. Para poder activar el seguimiento telefónico, el paciente debe facilitar el consentimiento verbal y un número de contacto, este seguimiento puede ser activado por el psiquiatra de urgencias, o el psiquiatra y/o psicólogo de la Unidad de Salud Mental. Una vez activado, se enviará una notificación electrónica a un buzón al que tienen acceso todas las enfermeras de salud mental y la administrativa de la USM Espartero. En la notificación se incluyen los datos sociodemográficos de la persona que ha acudido con una conducta suicida al servicio de urgencias. En el caso de que esta persona no solicite una cita en el plazo de 24 horas se contactará con ella a fin de facilitarle la cita en el plazo que se había pactado al alta del dispositivo de urgencias.

La duración del PII se estima que es de entre seis y doce meses, en función de las necesidades del paciente. Hay dos tipos de consultas, las presenciales con enfermería, psiquiatría, psicología clínica y trabajadora social, y las consultas telefónicas realizadas por enfermería entre las sesiones presenciales. Dado que uno de los objetivos del PII es aumentar la adherencia y minimizar los abandonos, en los casos que se estime oportuno, se realizará una llamada telefónica informando de las citas correponsientes.

En los meses previos al inicio del PII se está llevando a cabo una formación en prevención e intervención precoz en la conducta suicida para profesionales de salud mental, del servicio de urgencias y Atención Primaria. Asimismo, se ha formado un grupo de trabajo para incorporar herramientas de valoración de riesgo de suici-

dio en el historial clínico electrónico con el fin de mejorar las habilidades de los profesionales para evaluar el riesgo de suicidio y evitar la variabilidad clínica.

Además, se ha implementado un procedimiento a seguir en el servicio de urgencias en la derivación al psiquiatra de urgencias una vez que se detecte a un paciente con conducta suicida. Asimismo, se están organizando las vías de derivación al PII, el tipo y modo de intervención por parte de la enfermera, del psiquiatra y psicólogo clínico y de la forma de registro de los pacientes incluidos en el programa.

A nivel asistencial en el PII, el objetivo es que se lleve a cabo la evaluación de riesgo suicida e intervención en crisis, asegurando la valoración, tratamiento y seguimiento de pacientes con riesgo autolítico mediante:

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

Según el ámbito en el que nos encontremos se realizará la evaluación de un modo u otro. A continuación se detalla como sería deseable realizar la valoración según el ámbito asistencial.

3.7.1. Atención Primaria

En la detección, evaluación y manejo de la conducta suicida, los profesionales de Atención Primaria (AP) tienen una gran importancia ya que la mayoría de sus pacientes establecen una relación de confianza y complicidad con ellos. Muchas personas que han llevado a cabo un intento de suicidio o lo han consumado han estado en contacto previamente con servicios de salud, en concreto con el médico de familia. Se estima que el 75% de las personas que se suicidan han contactado con su médico en el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior, mientras que sólo uno de cada tres lo han hecho con su servicio de salud mental en el año anterior y uno de cada cinco en el mes anterior. Por tanto, el médico de AP es en muchos casos el primer profesional que contacta con una persona con ideación suicida, siendo su papel clave en la detección y prevención de la conducta suicida. Ninguna estrategia va a resultar útil sino se ha detectado o evaluado previamente el grado de intencionalidad suicida.

Según la recomendación de U.S. Preventive Services Task Force de mayo de 2014 sobre riesgo de suicidio en adolescentes, adultos y mayores en AP, no hay evidencias para potenciar el *screening* de riesgo de suicidio a población que acude habitualmente a la consulta de AP. No obstante, se recomienda evaluar el riesgo suicida en aquellas personas con síntomas o antecedentes de trastorno mental o intentos de suicidio previos. Además, se sugiere que la reducción de la tasa de suicidio solo podrá lograrse si se mejora la capacidad de AP en reconocer y tratar los trastornos mentales. Así, la principal medida preventiva sería capacitar a los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico. En el 2016, en la revista de Atención Primaria, el grupo de expertos del PAPPs (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud), publicó varios artículos con recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental y del estilo de vida que le pueden servir de ayuda a los MAP.

Los médicos de AP se encuentran con una amplia variedad de tipología de pacientes, los que han sobrevivido a un intento de suicidio, los que manifiestan ideación suicida en la consulta y los que tienen ideación suicida pero no la expresan. En todos los casos, el médico debe llevar a cabo una exploración de forma gradual en el contexto de empatía y preocupación sincera para poder evaluar. Hay que ayudar al paciente a compartir una

información tan sensible como son las ideas suicidas, garantizando la privacidad y la seguridad para que se puedan tomar decisiones y establecer un plan con el paciente. Llegando incluso, si fuese necesario, a contar con información externa.

Por otra parte, la atención sanitaria proporcionada en AP dependerá de factores como el ámbito asistencial (zona rural o urbana), la experiencia de los profesionales sanitarios implicados y el conocimiento previo del propio paciente.

No hay que olvidar que **la mejor herramienta para la evaluación es la entrevista clínica** y que no existe escala para evaluar la conducta suicida con capacidad predictiva fiable.

Teniendo en cuenta estas premisas, nosotros vamos a implementar alguna herramienta a modo de guía y como ayuda en la evaluación de aquellos pacientes en los que se sospeche un riesgo de suicidio. El objetivo sería poder determinar, tras la evaluación, un nivel de riesgo que oriente a establecer un plan de actuación.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, se explorará el riesgo de suicidio después de que el paciente se sienta cómodo expresando sus sentimientos, una vez establecida una relación empática y el paciente se sienta comprendido y se vea capaz de expresar sentimientos negativos de soledad o impotencia.

Una vez establecido una relación cordial y empática, se puede abordar de forma progresiva, sin juzgar y no invasiva, la evaluación de las ideas de muerte. Partiendo de preguntas generales a más concretas. A modo de ejemplo o como guía se pueden usar las siguientes: *¿se siente infeliz o desvalido?, ¿se siente desesperado?, ¿se siente incapaz de enfrentar cada día?, ¿siente la vida como una carga?, ¿siente que la vida no merece vivirse?, ¿siente deseos de suicidarse?*

En el caso de que se responda en positivo a alguna de estas preguntas, se debe indagar si existe un plan (*¿alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida?, ¿tiene alguna idea de cómo lo haría?*) o si tiene algún método para llevar estas ideas a cabo (*¿tiene pastillas, arma, insecticida o algo similar?*) o si tiene un meta o fecha en este momento o en los próximos días (*¿ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida?, ¿cuándo lo va a hacer?*).

En nuestra comunidad autónoma se va a implementar una herramienta en AP a fin de que se pueda estandarizar la evaluación del riesgo de suicidio y poder acceder de forma más eficiente a los dispositivos específicos para llevar a cabo una intervención adecuada.

Si un paciente tiene antecedentes de síntomas o trastorno mental, bien este o no en seguimiento en salud mental, ha tenido anteriormente intentos autolíticos o informa de situaciones que están interfiriendo en el funcionamiento de su vida cotidiana clínica se aconseja cumplimentar a través de una entrevista clínica las siguientes preguntas:

- ¿Se siente infeliz o desvalido?
- ¿Se siente desesperado?
- ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Siente la vida como una carga?
- ¿Siente que la vida no merece vivirse?

Si se contesta que SI a una o varias de estas preguntas hay que seguir indagando con las siguientes que corresponden a la escala MINI y nos orienta a través de una puntuación a graduar la gravedad de las ideas de muerte.

Las preguntas de la escala MINI son las siguientes:

1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?
 2. ¿Ha querido hacerse daño?
 3. ¿Ha pensado en el suicidio?
 4. ¿Ha planeado cómo suicidarse?
 5. ¿Ha intentado suicidarse?
- A lo largo de su vida:*
6. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

Y su interpretación la siguiente.

Si contesta que **Sí**:

- A las preguntas 1 o 2 o 6: el riesgo es ligero.
- A las preguntas 3 o (2+6): el riesgo es moderado
- A las preguntas 4 o 5 o (3+6): el riesgo es alto

A continuación, a modo de resumen, se expone en la tabla (Tabla 14) pautas para determinar el riesgo y unas directrices básicas de intervención en función de la gravedad que expone la persona evaluada.

Tabla 14. Pautas y recomendaciones tras la evaluación de riesgo de suicidio.

Grado de riesgo	Acciones
<p><i>Bajo:</i> la persona tiene pensamientos suicidas pero no ha hecho plan</p>	<p>Apoyo emocional.</p> <p>Hablar de la pérdida, aislamiento para lograr disminuir su confusión emocional.</p> <p>Reforzar su capacidad resolutive anterior.</p> <p>Derivar a CSM de forma ordinaria o contacto por mail o teléfono con la USM para orientación.</p> <p>Citarlo con regularidad y mantener contacto continuado.</p>
<p><i>Medio:</i> la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos</p>	<p>Apoyo emocional.</p> <p>Explorar alternativas al suicidio.</p> <p>Pactar que no va a cometer un suicidio.</p> <p>Derivar a CSM preferente.</p> <p>Contactar con familia, amigos.</p> <p>Prescribir fármacos seguros en caso de sobredosis.</p>
<p><i>Alto:</i> la persona tiene un plan definido, medios y planea hacerlo inmediatamente</p>	<p>Pactar medidas de contención con el paciente y la familia.</p> <p>Acompañamiento.</p> <p>No acceso a métodos letales.</p> <p>Derivar urgente a HSP para valoración psiquiátrica.</p>

En el caso de que acuda a AP una persona que **ya ha llevado a cabo una conducta suicida** la evaluación recomendada en estos casos es la siguiente:

1. Se valorará las condiciones físicas del paciente a fin de poder decidir si es preciso una derivación inmediata al Servicio de Urgencias de un centro hospitalario. Se derivará a urgencias en los casos que el paciente:
 - Exista una intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia.
 - Necesite un tratamiento médico de las lesiones porque estas no sean susceptibles de ser atendidas en AP.

2. Se decidirá derivación inmediata al servicio de Urgencias para ser valorado por el psiquiatra en los casos que tras una evaluación se objetiven alguno de los siguientes supuestos:
 - Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado.
 - Presencia de Trastorno Mental Grave.
 - Conducta autolítica grave reciente.

3. Si se decide que, tras la evaluación de la conducta suicida, la derivación urgente no es necesaria, con el fin de determinar si se debe valorar o no a Salud Mental se realizará una evaluación de:
 - La capacidad mental.
 - El estado de ánimo
 - Su situación psicosocial: evaluación de necesidades y riesgo de futuros episodios.

3.7.2. Salud Mental Comunitaria

La mayoría de pacientes con riesgo bajo o medio de suicidio, y algunos con riesgo alto son tratados a nivel ambulatorio. La tarea primordial y principal del terapeuta es establecer una alianza terapéutica y el compromiso del paciente de participar en el tratamiento para tratar de obtener un compromiso de no llevar a cabo una conducta suicida. Es importante poseer una buena técnica de entrevista clínica con el fin de obtener información lo más completa posible y optimizar la exploración del paciente y del familiar en unas circunstancias en las que, en muchas ocasiones, se dispone de un tiempo limitado.

Hay que realizar una valoración del estado mental, evaluar el riesgo suicida y, si fuese pertinente, completar la exploración tanto con una valoración sistemática de la ideación e intensidad de las ideas autolíticas como de la conducta suicida previa o actual. En la entrevista clínica también se deben tener en cuenta los factores de riesgo a pesar de que 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. Se ha visto que los factores de riesgo que tienen más peso o son más significativos son los intentos de suicidio previos y la depresión actual.

El seguimiento de los pacientes en riesgo, ya sea por ideación como por tentativas, debe ser pactado y realizado en el nivel asistencial adecuado con un plan de tratamiento acordado. Después de un intento, el riesgo de recidiva es alto entre 1 y 6 meses después. Por tanto, una vez realizado el intento suicida, esta valoración debe hacerse tanto por riesgo de una repetición de la tentativa como por riesgo de consumación.

En el ámbito de Salud Mental son la detección precoz, la intervención en crisis y el seguimiento de los pacientes en riesgo, los factores determinantes para la prevención del suicidio. Por tanto, como premisas básicas a tener en cuenta en la valoración clínica son las siguientes.

La evaluación con instrumentos estandarizados complementa la información obtenida mediante la entrevista clínica, y proporcionan datos relevantes. Aunque las escalas al uso no tienen un alto valor predictivo sobre la conducta suicida sí son útiles para la identificación sistematizada de factores de riesgo.

En nuestra comunidad autónoma se va a implementar la entrevista estructurada para la evaluación de la conducta suicida, herramienta adaptada de la C-SSRS por el grupo de suicidio del Gobierno de Navarra y que consta de cuatro apartados: Ideación suicida, intensidad de la ideación suicida, conducta suicida y factores de riesgo. Lo interesante de este instrumento es que se puede usar en el seguimiento y se puede documentar la evolución del paciente en riesgo. Además, sería beneficioso contar con una carpeta de instrumentos de evaluación a fin de que tanto terapeutas especialistas como no especialistas interesados en el tema pudiera acceder.

Teniendo en cuanto lo expuesto hasta la fecha, la identificación del paciente en riesgo y/o confirmación de la ideación autolítica se lleva a cabo a través de una entrevista clínica y tras realizar una **exploración detallada** del paciente y sus circunstancias. Para ello se debe:

- Sistematizar la exploración teniendo en cuenta lo siguiente:
 - Diagnóstico, sobre todo si se trata de: episodio depresivo grave, trastorno bipolar o psicosis, trastorno límite de la personalidad, trastornos adictivos (especialmente el alcohol).
 - Edad: adolescentes y edad avanzada.
 - Evaluar ideas de culpa, desesperanza, planes de futuro.
 - Exploración psicopatológica.
 - Evaluar apoyos sociales reales y percibidos.
 - Evaluar valores, creencias y factores de protección.
 - Presencia de enfermedad crónica o discapacitante.
 - Identificar intentos autolíticos previos.
 - Identificar abuso de alcohol u otros tóxicos.
 - Historia familiar previa de suicidio.
 - Factores sociales y ambientales, indagar situación específica que el paciente señale como especialmente conflictiva o preocupante.
 - Eventos vitales estresantes.

- Si existe una conducta suicida evaluar las características de la tentativa:
 - Método empleado.
 - Gravedad: leve, moderada, grave.
 - Intención letal.
 - Rescatabilidad: pide ayuda, deja pistas.

- Contener de forma inmediata y de forma empática, sin juzgar ni desacreditar, el riesgo que puede presentar el paciente.

- Contrastar información con la familia.
 - Obtener información e informar.
 - Valorar soporte familiar.
 - Valorar soporte laboral.

- Diseñar un plan de actuación.
 - ▾ Decidir sobre el lugar de tratamiento en función de la gravedad.
 - ▾ Si el riesgo es bajo o medio, se puede mantener un tratamiento ambulatorio si:
 - ▾ No existe un plan suicida concreto.
 - ▾ El cuadro psicopatológico está tratado.
 - ▾ Bajo nivel de ansiedad.
 - ▾ Apoyo familiar y social adecuado.
 - ▾ Compromiso de “no suicidio” (contrato terapéutico).
 - ▾ Aceptación por parte del paciente del tratamiento.
 - ▾ Prescripción de fármacos con la menor toxicidad.
 - ▾ Abordaje psicoterapéutico.
 - ▾ Participación de medidas psicoeducativas y psicosociales: servicios sociales, red de apoyo informal, grupos de autoayuda, teléfonos de ayuda.
 - ▾ Facilitación de atención urgente en el propio CSM o urgencias psiquiátricas en caso de intensificación de sentimientos suicidas.
 - ▾ Si el riesgo es alto, se pueden utilizar recursos alternativos al tratamiento ambulatorio como pueden ser:
 - ▾ Hospitalización parcial
 - ▾ Hospitalización total si:
 - ▾ Existe plan suicida.
 - ▾ Gravedad del cuadro psicopatológico.
 - ▾ Alto nivel de ansiedad.
 - ▾ Intención letal en la tentativa.
 - ▾ Red de apoyo social insuficiente.

Para determinar el nivel de riesgo de suicidio se pueden usar los siguientes indicadores: la presencia de factores de riesgo, la existencia o no de planificación suicida y la presencia de clínica depresiva.

Se considera que existe un **riesgo alto** si:

- ▾ Cumple seis o más factores de riesgo principales
- ▾ Planificación suicida y método específico
- ▾ El estado de ánimo depresivo es grave

Se considera que existe un **riesgo medio-alto** si:

- ▾ Cumple menos de seis factores de riesgo
- ▾ Planificación suicida sin método específico
- ▾ El estado de ánimo depresivo es severo

Se considera que existe un **riesgo medio** si:

- ▾ Cumple entre dos y cuatro factores de riesgo
- ▾ No hay planificación suicida
- ▾ El estado de ánimo es depresivo bajo-moderado

Se considera que existe un **riesgo bajo** si

- ▾ Cumple un factor de riesgo
- ▾ No hay planificación suicida, pero si presencia de desesperanza, culpa, no percibe apoyos o valores que le ayuden
- ▾ Si dos o tres síntomas de ánimo depresivo

Se considera que **no existe riesgo** si:

- ▾ No presenta ningún factor de riesgo
- ▾ No hay planificación suicida
- ▾ Aparecen como máximo uno o dos síntomas depresivos

Prevención de suicidio en niños y adolescentes

Uno de los principales factores relacionados con el suicidio es la existencia de intentos autolíticos previos, por lo que se considera especialmente importante realizar una valoración en profundidad y un adecuado abordaje de aquellos niños y adolescentes que lleven a cabo un intento autolítico.

Dicha valoración debería ser realizada por un facultativo con experiencia y formación en Psiquiatría/Psicología Infanto-juvenil, debido a las características específicas de este grupo de población (diferentes factores desencadenantes, elevado impacto familiar, etc).

Inicialmente, el paciente será valorado por Psiquiatría en Urgencias, principalmente para decidir si se precisa ingreso hospitalario o no es necesario. En el caso de menores, al tratarse de una situación de riesgo, la familia (o el tutor legal) debe ser informada, incluso en aquellos mayores de 16 años. Se recomienda valorar ingreso especialmente en aquellos casos que:

- Persiste ideación autolítica.
- No hay una crítica adecuada.
- Hay psicopatología de base importante (TMG)
- El intento ha sido meditado, con planificación o estructuración previa, con clara intencionalidad suicida.
- El intento ha sido grave.

Al alta del servicio de urgencias todos los niños y adolescentes atendidos por un intento autolítico se remitirán con una cita para la Unidad de Día Infanto Juvenil entre las 24-72 hrs siguientes.

En la organización de la Unidad de Día, se contemplará una franja de una hora diaria para esta atención. Será siempre a las 10 de la mañana, para poder realizar la acogida y evaluación de estos pacientes.

El servicio de enfermería de la Unidad de Psiquiatría del Hospital San Pedro dispondrá del planning de citas para la Unidad de Día Infanto Juvenil. Esto permitirá dar las citas durante las 24 horas del día los 7 días de la semana y que el paciente y la familia se vayan del Servicio de urgencias con su cita registrada en el informe de alta.

El psiquiatra de guardia en comunicación con enfermería de la Unidad de Psiquiatría consultará la cita más cercana (entre las 24-72 hrs siguientes) y registrará al paciente en el planning con el objetivo de conocer la historia y planificar la atención.

Si de forma excepcional hubiera mayor demanda que las citas programadas, se citarán en el plazo establecido y será el personal de Unidad de Día Infanto Juvenil el que organice la atención.

Es recomendable que dicha valoración no se realice el mismo día del alta para que el paciente disponga de un tiempo para poder reflexionar e interiorizar lo sucedido. Es importante que el niño y adolescente acudan acompañados de la familia y tutor para realizar una valoración global y plantear unos objetivos terapéuticos.

La valoración se realizará en 3 días alternos, dos de ellos de evaluación y un tercero de devolución, salvo que en la entrevista inicial se valore que persiste riesgo autolítico, en cuyo caso se remitirá a Urgencias para ingreso hospitalario.

- La primera sesión consistirá en una entrevista por parte de Psiquiatría o Psicología de UDIJ, tanto al paciente como a la familia. El profesional realizará los cuestionarios de:

- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)
- Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)
- Factores de riesgo actuales

- La segunda sesión complementará la evaluación a través de test, cuestionarios y pruebas psicométricas, realizados por el paciente (autoaplicados).

- Serán elegidos, en función de cada caso, uno o varios de los instrumentos que se exponen a continuación:
 - Test de Personalidad: MACI
 - PAI-A. Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes. Evalúa personalidad y psicopatología en adolescentes.
 - Cuestionario de Depresión: CDI
 - Cuestionario de Ansiedad: STAI
 - Cuestionario de conducta: CBCL (al paciente y a la familia).
 - Valoración de eventos estresantes*: Stressful Life Events Schedule.
 - Valoración de antecedentes de experiencias traumáticas*: CTQ (Childhood Trauma Questionnaire).
 - En caso de ser necesario, valoración del Cociente Intelectual: WISC-V (o IV)

*Si han sido valorados en la entrevista, no serían necesarios.

- La tercera sesión, de devolución, servirá para informar al paciente y su familia de los resultados de la evaluación y para plantear el plan de trabajo.

- Valorar si precisa instaurar tratamiento farmacológico.
- Valorar ingreso en Unidad de Día de Salud Mental Infanto-juvenil (UDIJ).
- Valorar derivación PREFERENTE (o una visita PREFERENTE, si ya está en seguimiento o consulta intensiva) en un periodo máximo de 15 días a USMIJ.
- Valorar si precisa intervención de Servicios Sociales (trabajadora social)
- Derivar Atención Primaria, si no existe psicopatología ni riesgo suicida.

Tras el alta de la UDIJ del Hospital San Pedro, enfermería realizará una supervisión de todas las consultas citadas en las Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil. Enfermería realizará seguimiento telefónico con el objeto de comprobar la asistencia a la primera consulta preferente en la USMIJ así como con la periodicidad que se establezcan con el objetivo de valorar adherencia al tratamiento, evolución y satisfacción con el servicio recibido.

3.7.3. Servicio de Urgencias Hospitalarias

En el servicio de urgencias pueden verse tres grupos diferentes de pacientes con riesgo significativo de conducta suicida:

- Aquellos que acuden con ideación suicida manifiesta o después de un intento de suicidio.
- Aquellos que acuden con trastornos mentales, aunque sin intencionalidad suicida conocida.
- Aquellos que acuden con una patología física específica, pero que presentan un riesgo de suicidio oculto o silencioso.

Es un desafío para el servicio de urgencias diferenciar a los pacientes con riesgo suicida de aquellos que tienen una conducta parasuicida. Así mismo, es un reto integrar a los pacientes con una conducta suicida y/o un riesgo autolítico en un proceso terapéutico, favoreciendo los procedimientos de vigilancia, cribado, tratamiento y derivación a programas de prevención y de manejo ambulatorio. Para ello sería necesaria una colaboración estrecha entre los servicios de urgencia y los de salud mental para que una vez detectado un paciente de riesgo suicida se lleve a cabo una intervención terapéutica de la forma más eficaz posible. Para ello, en nuestra comunidad se va a implantar un protocolo de intervención así como un seguimiento telefónico por parte del equipo de las unidades de salud mental.

En un servicio de urgencias existen distintos ámbitos de intervención que van desde el triaje a la evaluación del especialista, en el caso de que sea pertinente.

A. DUE TRIAJE

En nuestra comunidad, bien sea en el Hospital San Pedro (HSP) o bien en el Hospital Fundación de Calahorra (HFC), la puerta de entrada se lleva a cabo a través del triaje.

Los sistemas de triaje implantados en España tienen en común que se basan en cinco niveles de priorización. Las diferentes escalas de triaje relacionan las categorías de priorización con el grado de urgencia/gravedad y con la respuesta de atención, sobre todo el tiempo de espera antes de la valoración. En líneas generales, la asistencia inmediata y de calidad está garantizada en los pacientes más graves, pero a medida que disminuye el grado de urgencia, el tiempo de asistencia se modifica en función de la presión existente en urgencias.

Respecto a la valoración de una conducta suicida las dos primeras medidas que deben adoptarse son:

- Una evaluación inmediata de su situación clínica y
- La instauración de un tratamiento eficaz que minimice el riesgo de muerte o discapacidad.

Para la evaluación de la conducta suicida, el grupo de Horowitz desarrolló un cuestionario de *screening* que consta de 4 ítems a fin de detectar el riesgo de la conducta suicida por parte tanto de personal no especializado como por profesionales de enfermería para detectar el riesgo de suicidio de adultos y de adolescentes que acuden a un servicio de urgencias. Estos cuatro ítems están relacionados con la conducta suicida actual, ideación y conducta autodestructiva pasadas y factores estresantes actuales.

En el triaje, una vez ha sido evaluado el nivel de riesgo, la persona que acude al servicio de urgencias del HSP se deriva o bien a un dispositivo de consultas o a un box, y en el Hospital Fundación de Calahorra (HFC) se atiende de forma inmediata por el servicio médico. Lo habitual es que estos pacientes sean valorados en un periodo corto de tiempo por diferentes profesionales, en un entorno de prisa, algo caótico y en lugares poco apropiados y sin intimidad, lo que no contribuye a una evaluación sensible de los problemas de salud mental.

En la atención al paciente con conducta suicida, el objetivo fundamental del triaje sería que todos los pacientes fuesen catalogados de tal modo que se asegurase su atención dentro de la primera hora de su llegada al servicio de urgencias.

A aquellas personas que acuden al servicio de urgencias bien verbalizando ideación o planes suicidas, o bien por conducta suicida en las que no existe una afectación grave de su condición física se recomienda preguntar lo siguiente con respuesta dicotómica (Si/No):

1. ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?
2. ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?
3. ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?
4. ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?

En el caso de que alguna respuesta a estas preguntas sea positiva, LA ENFERMERA TIENE QUE RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON RESPUESTA DICOTOMICA (SI / NO):

1. ¿Está físicamente bien como para poder esperar?
2. ¿Existe riesgo inmediato de suicidio?
3. ¿Está acompañado?

Con la respuesta a estas preguntas se determina el grado de riesgo y se orienta la intervención (Tabla 15).

Tabla 15. Pautas de intervención según el grado de riesgo:

RESPUESTAS	¿PUEDE ESPERAR?	RIESGO	HSP
1 y 3 = SÍ + 2 = NO	SI	BAJO	PASAR A SALA DE DUELOS VALORARSE EN CONSULTAS
1, 2 y 3 = SI O 1 = SI + 2 y 3 = NO	SI	MEDIO	PASAR A SALA DE ESPERA DE CONSULTAS VALORARSE EN CUENTAS
1 = NO 2 y/o 3 = SI o NO	NO	ALTO	PASAR A BOXES

En el HFC siempre que acuda alguien con una conducta suicida pasará a la sala de valoración dentro del dispositivo de urgencias.

Es importante no olvidar que la persona que amenaza su vida ha de ser considerada, siempre y sin excepciones, como alguien que siente que tiene un serio problema, a quien hay que tratar del modo más adecuado y ayudar en la medida de lo posible.

Una adecuada atención a los pacientes con conducta suicida sólo puede conseguirse mediante la coordinación de todos los profesionales que intervienen en su atención.

B. MEDICOS DE URGENCIAS

Las competencias de **los médicos de urgencias** hospitalarias en la atención a un paciente con conducta suicida, serían las siguientes:

- Desarrollo de una correcta anamnesis con especial énfasis en:
 - Antecedentes de urgencias hospitalarias, además de valorar las alteraciones de la condición física, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básicas, incluyendo una evaluación de las necesidades (identificación de aquellos factores psicológicos y del entorno que podrían explicar la conducta suicida) y del riesgo (identificación de una serie de factores que predicen la conducta suicida).
 - Antecedentes personales y familiares de trastornos mentales
 - Antecedentes previos de conducta suicida (individual y familiar)
 - Abuso de alcohol o drogas
 - Situación personal, social y eventos estresantes
- Evaluación de la existencia de alteración del nivel de conciencia y de si afecta a su capacidad mental
- Evaluación de enfermedades mentales graves
- Evaluación del estado de ánimo
- Presencia o ausencia de pensamientos y planes de suicidio
- Evaluación del intento de suicidio: motivación, características y gravedad del intento y uso de métodos violentos
- Valoración del riesgo de suicidio inmediato
- Valoración de la capacidad de otorgar un consentimiento informado
- Determinación si es necesaria una evaluación especializada
- Disposiciones específicas para el seguimiento, en caso de no derivar al especialista.

Según el Plan de Prevención de la Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, una forma de sistematizar la evaluación es a través de la cumplimentación de un formulario con los datos clínicos más relevantes (Tabla 16). Nosotros en Sistema Historia Clínica Electrónica (Selene) hemos adaptado esta recomendación a fin de facilitar su implementación y cumplimentación desde el ámbito asistencial de urgencias.

Tabla 16. Formulario de evaluación de la conducta suicida en urgencias.

Datos personales	Sexo: Hombre Mujer Edad: _____ Estado civil: Soltero Casado/en pareja Separado/divorciado Viudedad Ocupación: Trabaja/estudia Paro Jubilado Otros _____
Factores de riesgo	Antecedentes de trastornos mentales: Depresión mayor Trastorno bipolar Trastornos psicóticos Ansiedad Tr. cond. alimentaria Abuso de alcohol/drogas Tr. de personalidad, impulsividad y agresión Intentos previos suicidio: Sí No Presencia reciente de ideación suicida: Sí No Enfermedad física, dolor, discapacidad o cronicidad: Sí No Historia familiar previa de suicidio: Sí No Presencia de eventos vitales estresantes: Sí No Factores sociales y ambientales: Falta de apoyo social/familiar Sí No Historia de maltrato físico o abuso sexual Sí No Historia de acoso Sí No
Características del intento de suicidio	Intoxicación medicamentosa, especificar _____ Intoxicación por otro producto químico, especificar _____ Daño físico (cortes, etc...) _____ Otros métodos, especificar _____ Planificación de la conducta suicida Sí No Letalidad de la conducta suicida: Alta Intermedia Baja Muy baja Actitud ante la conducta suicida actual: Alivio/arrepentimiento Lamento de resultado fallido
Evaluación clínica	Existencia de alteración del nivel de conciencia: Sí No Afectación de capacidad de decisión: Sí No Presencia de enfermedades mentales: Sí, especificar _____ No Estado de ánimo, especificar: _____ Depresión Ansiedad Eutimia Euforia Ánimo inadecuado Otros, especificar _____ Presencia de planes futuros de suicidio: Sí No Apoyo social o familiar actual: Sí No
Conclusiones	Riesgo de suicidio inmediato: N o Sí en el caso de que conteste de forma positiva a una de las siguientes preguntas: - ¿Tiene antecedentes de conducta suicida? - ¿Ha estado a tratamiento psiquiátrico previo? - ¿Está actualmente a tratamiento psiquiátrico? - ¿El episodio actual es por sobredosis de benzodiazepinas? Capacidad de decisión: Sí No Necesidad de evaluación psiquiátrica durante el episodio: Sí No Inmediata En 24 horas En una semana Otro periodo, especificar: _____

Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.

Una vez evaluado al paciente con conducta suicida y estabilizado a nivel orgánico, se decide si debe realizarse una valoración por parte del psiquiatra de forma inmediata o en diferido.

C. PSIQUIATRA DE GUARDIA

En general se acepta que los pacientes con un intento de suicidio deben ser valorados por un **psiquiatra** antes de ser dados de alta del servicio de urgencias. La intervención del especialista deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

De un psiquiatra en el servicio de urgencias se espera que:

- Realice una aproximación diagnóstica
- Evalúe si las conductas suicidas pueden repetirse a corto-medio plazo
- Establezca un plan de observación e intervención sobre el paciente
- Contacte con los servicios adecuados en aplicación del plan acordado
- Establezca qué pacientes tienen mayor riesgo de auto o heteroagresividad, por lo que deben ser más vigilados
- Implemente los planes de tratamiento incluyendo las intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y sociofamiliares

En el ámbito de urgencias, para la evaluación del paciente con riesgo autolítico o conducta suicida se puede utilizar una escala que permite hacer un seguimiento posterior desde la USM.

En el 2016, la escala Columbia para evaluar el riesgo del suicidio ha sido validada en población española con una alta especificidad y sensibilidad por lo que la configuran como el instrumento más adecuado para la evaluación y la supervisión de la conducta y la ideación suicida.

En nuestra comunidad autónoma se ha implementado en Selene escala Sp-C-SSRS en una versión adaptada por el grupo de suicidio de la comunidad foral de Navarra denominada como entrevista estructurada para la evaluación de la conducta suicida.

Tras llevar a cabo esta entrevista, se elabora un informe que puede ser útil en el seguimiento del paciente de riesgo a nivel ambulatorio.

Una vez el psiquiatra ha evaluado al paciente debe decidir si la intervención se debe realizar desde la hospitalización o no. Esta decisión es un proceso complejo que suele depender de varios factores entre los que se podrían citar, la gravedad clínica del episodio, la planificación y letalidad del plan, el riesgo suicida inmediato del paciente, la patología psiquiátrica de base o la presencia de comorbilidades y la existencia o no de apoyo familiar o social.

Con el fin de poder tomar la decisión más adecuada posible, la Guía de Práctica Clínica (GPC) elaborada por el New Zealand Guidelines Group (NZGG) recomienda tener en cuenta los siguientes factores a la hora de toma la decisión más adecuada:

- Factores cuya presencia aconseja la hospitalización del paciente:
 - Necesidad de tratamiento médico de la conducta suicida
 - Tratamiento psiquiátrico más intensivo (p. ej. psicosis aguda)
 - Ausencia de adecuado soporte psicosocial .
- Factores en los que la hospitalización deberá tenerse en cuenta:
 - Cuando falla la alianza terapéutica y la intervención en la crisis, persistiendo la actitud suicida
 - Cuando el paciente tiene insuficiente soporte para permanecer en la comunidad.

Por su parte, la APA elaboró unos **criterios de hospitalización** del paciente con conducta suicida que se exponen a continuación:

1. Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio fallido, en los siguientes casos:

- ▾ Paciente psicótico
- ▾ Intento de suicidio violento, casi letal o premeditado
- ▾ Se tomaron precauciones para evitar el descubrimiento o el rescate
- ▾ Presencia de planes o ideación persistente
- ▾ El paciente lamenta haber sobrevivido
- ▾ El paciente es un hombre, mayor de 45 años, especialmente con comienzo reciente de enfermedad mental o de ideación suicida
- ▾ Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida
- ▾ Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre o rechazo de la ayuda
- ▾ El paciente ha cambiado su estado mental tras un estado tóxico-metabólico, infección u otra etiología que requiere un estudio hospitalario

2. En presencia de ideación suicida con:

- ▾ Plan específico de alta letalidad
- ▾ Importantes intentos de suicidio previos

3. En presencia de ideación suicida con:

- ▾ Psicosis
- ▾ Trastorno psiquiátrico mayor
- ▾ Intentos previos, en particular si fueron médicamente graves
- ▾ Cuando ha podido contribuir una patología médica (por ejemplo, trastorno neurológico agudo, cáncer, infección)
- ▾ Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar en un tratamiento ambulatorio o en régimen de hospital de día

De todos modos, investigaciones recientes sugieren que los mejores indicadores para llevar a cabo un ingreso psiquiátrico de un paciente con conducta suicida serían los siguientes:

- ▾ Consumo de fármacos o alcohol durante la conducta suicida
- ▾ Lamento tras ver que el intento de suicidio no fue efectivo
- ▾ Ausencia de soporte familiar
- ▾ Ser ama de casa
- ▾ Historia familiar de intentos de suicidio

No obstante, las variables que se han asociado con más frecuencia a un ingreso hospitalario desde el servicio de urgencias son las que siguen a continuación:

- ▾ Intención de repetir la conducta suicida
- ▾ Plan para usar un método letal
- ▾ Bajo funcionamiento psicosocial antes de la conducta suicida
- ▾ Hospitalización psiquiátrica previa
- ▾ Conducta suicida el año anterior
- ▾ Planificación para que nadie pueda salvar su vida después de la conducta suicida

Hay que tener en cuenta que en algunos casos el tratamiento ambulatorio puede ser más beneficioso que la hospitalización. A modo de ejemplo, diremos que en el caso de que un paciente presente una ideación suicida crónica y/o conducta suicida sin intentos previos graves, si dispone de una situación vital estable y de apoyo, es más adecuado llevar a cabo un seguimiento psiquiátrico ambulatorio.

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) elaboró un documento en el que se exponían las recomendaciones de un seguimiento a nivel ambulatorio después de una conducta suicida o en presencia de ideación o planes en el caso de que:

- La conducta suicida es consecuencia de una reacción de eventos precipitantes (por ejemplo, suspender un examen o dificultades interpersonales), sobre todo si la visión del paciente de la situación ha cambiado desde su llegada al servicio de urgencias
- Métodos/planes e intento de baja letalidad
- El paciente tiene una situación vital estable y de apoyo
- El paciente es capaz de cooperar con recomendaciones de seguimiento y, estando en tratamiento con un terapeuta, puede contactar con él a fin de acudir a su consulta en el plazo establecido desde el servicio de urgencias

Además, las variables asociadas con una mayor probabilidad de que el paciente con una conducta suicida sea dado de alta del servicio de urgencias son las siguientes:

- Perspectiva realista del futuro después de la conducta suicida
- Alivio de que el intento de suicidio no fue efectivo
- Disponibilidad de un método para suicidarse que no fue usado
- Creer que el intento podría influir en otros
- Disponer de soporte familiar

No obstante, existe dificultad para predecir el riesgo de repetición de nuevos episodios de conducta suicida debido a la baja especificidad de los factores de riesgo asociados a ella. Por ello, serían necesarias herramientas que ayudasen a la identificación del riesgo de suicidio así como la implementación de un seguimiento telefónico como parte fundamental del PII.

3.7.4. Seguimiento telefónico en el Programa de Intervención Intensiva

El objetivo del programa de seguimiento telefónico es reducir las recidivas tras una conducta suicida mejorando la adherencia y el seguimiento en las Unidades de Salud Mental (USM).

Las llamadas se realizarán desde las USM de referencia, por un profesional de enfermería. De forma independiente y en paralelo a cualquier otro seguimiento médico o psicológico que pudiera realizar el paciente.

Esta intervención está orientada a:

- 1) Evaluar el riesgo actual de conducta suicida.
- 2) Reforzar la adherencia al tratamiento/seguimiento.
- 3) Contribuir a la psicoeducación del paciente.
- 4) Realizar una intervención en crisis en caso de detectarse situación de riesgo inmediato.

En el programa se estima que las sesiones telefónicas sean cinco llamadas programadas: a las 48 horas, la semana 2, la semana 4, el mes 3 y el mes 6 o al año. Este programa se activará tras la tentativa y cubriendo el marco temporal de máximo riesgo de recidiva.

Se implementará en el sistema informático habitual de trabajo (Selene) una modalidad de entrevista semiestructurada según se haya definido el protocolo: de primer contacto, de seguimiento y de crisis.

- Primer contacto (10-15 min): presentación del programa, consentimiento verbal, evaluación perfil de riesgo del paciente y situación actual. A las 48 horas tras el alta el paciente recibirá la 1ª llamada en la que se presentará el programa y se solicitará un consentimiento verbal.

- Entrevista de seguimiento “habitual” (5-10min): Evaluación de situación actual relativa a estresores y factores de riesgo de suicidio, refuerzo de la adherencia al tratamiento, pautas generales de psicoeducación.
- Entrevista de “crisis” (15-30min): Intervención breve incluyendo evaluación de riesgo inmediato, propuesta de pautas de contención y/o medidas alternativas de abordaje del riesgo.

Se activará este programa telefónico una vez haya sido el paciente valorado por un psiquiatra. Por tanto, el psiquiatra que de el alta al paciente en el Hospital San Pedro, o el psiquiatra o psicólogo de referencia de su USM, valorará la conveniencia de su inclusión en el programa. En caso afirmativo registrará el caso y solicitará su inclusión a la USM de referencia. De su inclusión en el programa serán informados, la enfermera de la USM de referencia, responsable del desarrollo del programa, así como el psiquiatra de referencia del paciente si no ha sido el derivante.

Una vez activado el programa, se sigue la metodología de intervención en riesgo de suicidio “stay in touch”. Por tanto, se lleva a cabo un seguimiento no intensivo con contactos breves a través de diversas modalidades de tele asistencia. El seguimiento telefónico breve es uno de los subtipos sobre los que se dispone de mayor evidencia. En los últimos años se han publicado varios estudios controlados, con datos concluyentes.

A fin de poder desarrollar este programa telefónico, se pedirá el consentimiento informado verbal, en el momento que el psiquiatra en HSP y/o USM le explica al paciente de su activación. La información recogida en este tipo de intervención se trata de forma confidencial y de acuerdo con la normativa vigente sobre protección de datos.

4. Líneas y acciones

LÍNEA ESTRATÉGICA 1	Detección, abordaje y prevención de la conducta suicida e intervención con personas que han perdido a un ser querido por suicidio
LÍNEA ESTRATÉGICA 2	Formación a profesionales e investigación
LÍNEA ESTRATÉGICA 3	Información y comunicación eficaz para visibilizar la conducta suicida y reducir el estigma social
LÍNEA ESTRATÉGICA 4	Líneas de colaboración y coordinación

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

DETECCIÓN, ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LA CONSULTA SUICIDA E INTERVENCIÓN CON PERSONAS QUE HAN PERDIDO A UN SER QUERIDO POR SUICIDIO.

A día de hoy el suicidio se considera un grave problema de salud pública. Actualmente sabemos que el suicidio es prevenible y que las estrategias para la detección y prevención de las situaciones de riesgo deben ser globales.

Uno de los mayores problemas a la hora de detectar e identificar a una persona con riesgo de suicidio es la inexistencia de códigos diagnósticos específicos para la conducta suicida. Una correcta identificación facilitará un abordaje y prevención adecuado de este tipo de conducta.

Por tanto, es necesario elaborar e implantar, en La Rioja, el proceso asistencial tanto de las personas con conducta suicida como de la intervención en las personas que han perdido a un ser querido en estas circunstancias.

Medida 1. DETECCIÓN PRECOZ

Mejorar la detección precoz y la atención de los trastornos afectivos, los trastornos límite y los trastornos por consumo de alcohol y sustancias.

La colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental es fundamental para una adecuada prestación sanitaria, las consultas conjuntas, los protocolos comunes, la creación de vías de comunicación efectivas, enriquecen y comprometen a los profesionales para una mejora continua de la atención a la salud mental, y en concreto a los pacientes con trastornos depresivos. Hay que tener en cuenta que el 30-40% de las muertes por suicidio son precedidas por intentos de suicidio.

De los trastornos afectivos, la depresión mayor es el trastorno mental que se asocia habitualmente a la conducta suicida. Tener una depresión supone un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general y tras una tentativa fallecen hasta un 15% de ellas. Respecto a las personas afectadas por un trastorno bipolar presentan una probabilidad de riesgo suicida 15 veces superior frente a la población general. Hasta un 15% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 56% lo intentan al menos una vez en la vida.

En relación con las personas diagnosticadas de un trastorno de personalidad límite la probabilidad de riesgo suicida suele ser entre 4 y 8 veces superior frente a la población general. Hasta un 8% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 70% lo intentan al menos una vez en la vida.

Las personas afectadas por consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y otras drogas, sobre todo en los jóvenes cuando presentan dificultades de relaciones interpersonales o con otros miembros de la familia, presentan mayor riesgo suicida que la población general.

El abuso de alcohol ejerce un papel muy significativo en el riesgo suicidio ya que uno de cada cuatro suicidios presenta abuso de alcohol. Por tanto, no se debe considerar sólo como un factor de riesgo, sino también como un precipitante, dado que existe una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida.

Medida 2. CÓDIGO DE IDENTIFICACION DE PACIENTES EN RIESGO SUICIDA

Introducir y establecer un código en el sistema de información sanitaria de identificación y activación de pacientes en riesgo de suicidio.

Uno de los mayores problemas a la hora de identificar a una persona con riesgo de suicidio es la inexistencia de códigos diagnósticos específicos para la conducta suicida.

Hasta el momento las personas atendidas en urgencias son dadas de alta con diagnósticos diferentes que no permiten la correcta filiación del paciente, ni su adecuado seguimiento en el resto de niveles de asistencia sanitaria.

Por tanto, se hace necesaria la implantación de un tipo de código, que puede ser complementario a otros, que permita asociar el acto sanitario con la conducta suicida dentro del sistema de información sanitaria.

Este código se deberá consensuar entre los expertos y la administración sanitaria y servirá de base para la identificación, control y seguimiento posterior del paciente al que esté asociado.

Actualmente se ha implementado el símbolo de un lazo naranja dentro de todos los formularios de los profesionales de la red de salud mental de La Rioja.

Medida 3. CÓDIGO DE ACTIVACIÓN

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

Una de las claves para el adecuado abordaje de la conducta suicida es proporcionar una respuesta rápida y eficaz por parte de sus servicios sanitarios. Para ello, hay que establecer y consensuar el tiempo de respuesta máximo en las derivaciones entre los distintos niveles asistenciales.

Más concretamente, se establece que el tiempo de derivación no debe ser mayor de una semana entre: Atención Primaria y Salud Mental. Urgencias y Salud Mental, el alta en la Unidad de Hospitalización y Salud Mental.

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

Tanto para garantizar los tiempos del abordaje como para facilitar la adherencia y minimizar la pérdida de los pacientes con conducta suicida, desde el Servicio Riojano de Salud se ha implementado un programa de seguimiento telefónico. Este programa contempla el seguimiento telefónico a través de los profesionales de enfermería de las Unidades de Salud Mental, con el objeto de reducir las recidivas tras una conducta suicida, mejorar la adherencia al tratamiento y garantizar el seguimiento en las Unidades de Salud Mental (USM).

Medida 4. EVALUACIONES SISTEMÁTICAS

Evaluar de forma sistemática el riesgo de suicidio en la población de riesgo, en Atención Primaria, Servicios Hospitalarios y en Salud Mental.

Establecer una evaluación sistemática en todos los ámbitos asistenciales es fundamental.

La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración de riesgo de suicidio, no obstante, el uso de instrumentos psicométricos ha demostrado ser también muy útil para aumentar la exhaustividad clínica y mejorar la forma en la que se documenta la información.

En nuestra comunidad se van a implementar diferentes instrumentos de evaluación para cada nivel asistencial:

- Atención primaria: Escala adaptada de la Guía de Práctica en la Prevención de la Conducta suicida del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Urgencias: Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz (RSQ) y Escala de acontecimientos vitales estresantes Holmes y Rahe
- Salud Mental: Escala de Valoración de la gravedad de la conducta suicida de Columbia (C-SSRS), Escala Paykel, SAD PERSONS y MINI

Para facilitar su uso y el seguimiento de la evolución de esta conducta las escalas están disponibles dentro del sistema de información sanitaria (Selene). Además, estas escalas también permiten obtener información para su uso investigador y epidemiológico.

Medida 5. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes con riesgo de suicidio. Seguimiento telefónico.

Los estudios indican que el seguimiento de pacientes dados de alta de un servicio de urgencias o del entorno hospitalario tiene resultados positivos en la prevención del suicidio. La realización de intervenciones breves post-alta, asegurando el contacto y la continuidad asistencial, es una estrategia que ha demostrado un efecto estadísticamente significativo en la reducción de la conducta suicida.

El hecho de establecer programas de seguimiento después de una atención hospitalaria, bien sea en urgencias o tras hospitalización, muestra una reducción significativa de los intentos de suicidio en los 3 meses posteriores al alta del paciente hospitalizado.

El seguimiento es especialmente importante ya que más del 70% de los pacientes que realizaron un intento de suicidio nunca asisten a su primera cita con el profesional de salud y presentan baja adherencia al tratamiento. Los pacientes que reciben seguimiento tienen una tasa de suicidio significativamente menor en los dos primeros años después del alta.

Por tanto, el seguimiento telefónico, por parte de los profesionales de enfermería de las Unidades de Salud Mental, en la forma establecida en los protocolos de actuación, podría considerarse una estrategia útil para retrasar más intentos de suicidio y reducir la tasa de reintentos en el primer año.

Medida 6. INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

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

El abordaje psicoterapéutico en pacientes con riesgo suicida está recomendado en la GPC del Sistema Nacional de Salud (SNS). De modo general, en los pacientes con conducta suicida se recomiendan los tratamientos psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal, al menos al inicio del tratamiento, y debería incidir en algún aspecto suicida (ideación suicida, desesperanza, autolesiones u otras formas de conducta suicida).

En adultos con ideación o conducta suicida se recomienda una intervención cognitivo-conductual basada en sesiones individuales, aunque puede valorarse la realización de sesiones grupales como complemento. No obstante, cuando el adulto tiene un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se debe considerar de forma preferente la terapia dialéctico-conductual, aunque sin descartarse otras técnicas psicoterapéuticas.

En pacientes adolescentes la recomendación es de terapias en formato grupal y específicas (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor). Además, a los adolescentes con riesgo suicida se recomienda la terapia interpersonal.

En mayores de 60 años con depresión e ideación suicida se recomienda la terapia interpersonal.

Medida 7. PLAN DE SEGURIDAD PERSONAL

Implantar el Plan de Seguridad como herramienta de prevención de la conducta suicida.

Un Plan de Seguridad es una herramienta muy útil para la prevención ya que puede ser utilizada por los pacientes en el caso de que presenten ideas suicidas o conductas suicidas en el futuro.

El Plan de Seguridad, realizado entre el profesional y el paciente, debería incluir:

- Reconocimiento de señales de alerta, describiendo los signos que preceden a un posible intento de suicidio
- Estrategias de afrontamiento, donde se explica a los pacientes lo que pueden hacer para detener la ideación suicida.
- Estrategias para la distracción y soporte, que enumera una lista de posibles actividades que el paciente puede hacer para evitar las conductas suicidas.
- Contactos sociales, que incluye una lista de contactos sociales (familiares y amigos) que puedan servir de soporte si las ideas de suicidio se mantienen.
- Contactos profesionales, compuesta por una lista de profesionales capacitados con los que puede contactar para solicitar ayuda.

El plan de seguridad se puede realizar en consulta o se puede implementar en el móvil a través de una app específica para este uso.

Medida 8. PLAN DE SEGURIDAD HOSPITALARIA

Mejorar la seguridad de pacientes ingresados con riesgo de suicidio.

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

Dentro de estas medidas preventivas se deben incluir:

- La eliminación de objetos potencialmente peligrosos. Para ello es útil:
 - Disponer de una lista de verificación de objetos (cinturones, medias, cordones, bolsas, cables, medicamentos, objetos punzantes o cortantes, fármacos...).
 - Valorar la realización de registros periódicos de las pertenencias de los pacientes (útiles de aseo, armarios, etc.).
 - Informar a los familiares con instrucciones específicas para evitar que se acceda a algún objeto por su intermediación.
- Restringir el acceso a espacios de riesgo mediante sistemas de bloqueo, previa identificación y valoración de los riesgos ambientales.
- Establecer un nivel de vigilancia: las personas con ideación, intención o planes suicidas requieren una vigilancia continuada, estableciendo tiempos y momentos, lugar y responsables de la vigilancia.
- Disponer de espacios (salas de consulta, de valoración, boxes, ...) seguros y específicos para pacientes con riesgo, especialmente en servicios de urgencias y hospitalización psiquiátrica.

- Disponer de espacios vigilados con circuitos cerrados de televisión, con acceso desde control de enfermería. Los espacios que deben disponer de videovigilancia serán: habitaciones de los pacientes, pasillos, comedores y salas comunes de estar.
- Establecer un ratio adecuado profesional/paciente en las unidades de hospitalización de pacientes con riesgo.
- Controlar la toma de medicación: verificando la ingesta adecuada de medicamentos.

Medida 9. PLAN DE SEGURIDAD EN EL ENTORNO

Implantar el Plan de Seguridad como herramienta de prevención de la conducta suicida.

El plan de seguridad en el entorno se centra en la forma de reducir el acceso a medios letales, tanto identificando los puntos negros arquitectónicos y geográficos de suicidio y creando barreras de protección, como controlando la disponibilidad de medicamentos o productos potencialmente letales.

Las características arquitectónicas de las ciudades hacen que haya muchos sitios potenciales para saltar, pero existen ciertos lugares que tienden a ganar notoriedad como puntos negros de suicidio. Teniendo en cuenta que en nuestra comunidad saltar desde un lugar elevado es el segundo método más utilizado, la instalación de barreras de acceso/protección ha demostrado ser eficiente a la hora de reducir las tasas de suicidio en estos puntos. No obstante, aunque la posibilidad de incidentes en estos lugares no desaparece, las barreras sirven para ganar tiempo de respuesta y posible intervención. Además, puede haber un riesgo bajo de sustitución, ya que muchas veces el intento de suicidio por este método, está relacionado con el simbolismo asociado a un sitio específico.

Otra limitación de medios letales es, por un lado, el control, dispensación y acmpio de fármacos y, por otro, el control del acceso a pesticidas y tóxicos.

En relación con el uso de fármacos indicaremos que en La Rioja, en la última década, el envenenamiento por fármacos es la tercera causa de muerte por suicidio, después del ahorcamiento y la precipitación. La limitación del acceso a fármacos ha mostrado su eficacia a la hora de disminuir el número de suicidios por este método. Los envenenamientos con fármacos convencionales (por ejemplo, paracetamol y salicilatos) han mostrado una reducción significativa en los países donde se han limitado los tamaños de los envases de medicamentos.

Teniendo en cuenta el acceso a pesticidas y tóxicos se sabe que la limitación de acceso a los pesticidas se ha aplicado con éxito en varios países y el resultado después de limitar su disponibilidad ha sido una disminución en el número de suicidios por este método. Tres de cada cuatro personas utilizan pesticidas disponibles en su hogar. En La Rioja en los últimos 5 años ha fallecido una persona por este método.

Por tanto, debería estar regulado el uso de barreras arquitectónicas en los puntos negros de la ciudad, así como el acceso a los medicamentos y el uso de pesticidas, por ejemplo, controlando la cantidad de fármacos prescritos y los residuos permitidos en un cultivo dado.

Medida 10. GUIAS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN EL AMBITO SANITARIO

Establecer guías y protocolos en el ámbito sanitario para unificar la intervención en los pacientes que presentan conducta suicida.

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

A fin de implantar un protocolo y guía en nuestra comunidad, se analizarán las guías y protocolos existentes con evidencia científica.

Medida 11. ATENCION ESPECÍFICA A PROFESIONALES

Implantar técnicas de intervención entre profesionales.

Creemos que se debe diferenciar la intervención sobre personal sanitario de la intervención en la población general.

El usuario no cualificado, en este caso de la sanidad riojana, tiene sus cauces definidos en el itinerario de intervención habitual. El facultativo especialista de familia puede derivarlo a su facultativo especialista de salud mental, con objeto de tratar a una persona que ha podido ser víctima de una situación traumática o haberla vivenciado.

Las reacciones de los profesionales ante el suicidio de pacientes o incluso a tentativas de suicidio incluyen una amplia gama de emociones como: culpa, tristeza, depresión, desmoralización, ira, shock, negación, dolor y en algunos casos pueden derivar en inseguridad profesional, que según distintos autores puede alcanzar hasta a un 9% de los sanitarios. Algunos estudios han señalado la importancia de proporcionar a los profesionales herramientas o técnicas para reducir el impacto personal y profesional de un suicidio. Algunas experiencias señalan la eficacia de las técnicas de debriefing para disminuir los efectos y emociones negativas. Técnicas que en algunos casos ayudan a que estas emociones sean procesadas más rápidamente.

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

La intervención sobre personal sanitario, el usuario cualificado, ha de realizarse inmediatamente en las 24 horas posteriores al suceso suicida o de tentativa de suicidio que ha resultado de especial magnitud emocional para él mismo y no más allá de las 48 horas. Se recomienda una segunda sesión de supervisión sintomática aproximadamente a los dos meses.

Por tanto, el objetivo de la intervención con el personal sanitario es la prevención primaria, antes de que se incube el cuadro. La finalidad de esta intervención tanto en el personal cualificado, sobre todo hacia sanitarios como salud mental, emergencias o urgencias, como al personal en formación, es minimizar la posibilidad de desarrollar un trauma.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales cuenta con un protocolo específico de intervención.

Medida 12. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PERSONAS QUE HAN PERDIDO A UN SER QUERIDO POR SUICIDIO

Proporcionar atención específica para personas que han perdido a un ser querido por suicidio.

El duelo complicado se describe como aquel que está marcado por la angustia persistente, deterioro en el funcionamiento diario y una incapacidad para reanudar el funcionamiento cotidiano. Algunos estudios sugieren que entre un 10% a un 20% de los supervivientes pueden llegar a desarrollar un duelo complicado.

A pesar de que no existe un gran número de estudios, los resultados coinciden en que el papel de la farmacoterapia y la psicoterapia son fundamentales en aquellos casos que muestran alto riesgo de problemas de salud mental.

Por ello, es conveniente disponer de una atención específica a este grupo de riesgo a través de intervenciones preventivas y terapéuticas.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

FORMACIÓN A PROFESIONALES E INVESTIGACIÓN

La existencia de programas integrales de formación a profesionales sanitarios y no sanitarios que faciliten herramientas que les permitan identificar a la población vulnerable y les faciliten las intervenciones a realizar, así como ayudarles a aumentar la confianza a la hora de tomar decisiones en una situación de riesgo inminente es fundamental en cualquier plan de prevención.

La investigación y la alerta epidemiológica suponen una herramienta importante en la prevención del suicidio ya que, no solo permiten la recogida de datos, análisis y evaluación de los mismos, sino que, a su vez ayudan a tomar decisiones basadas en la evidencia que luego pueden ser implementadas y ejecutadas en los diversos programas de prevención de la conducta suicida.

Medida 13 CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES: SANITARIOS, NO SANITARIOS, DOCENTES Y SOCIALES

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

Diversos estudios han demostrado que la formación de los profesionales mejora la adherencia de los profesionales a los protocolos y guías específicos sobre suicidio, ayudando a clarificar el rol del profesional frente a la atención que requiere un paciente con riesgo de suicidio y aumentando la confianza en la toma de decisiones.

Los programas de formación y capacitación desarrollados hasta la fecha buscan aumentar el conocimiento y reconocimiento de las señales de alerta, mejorar la adherencia al tratamiento de prácticas e intervenciones validadas y cambiar las posibles actitudes negativas de los profesionales hacia el suicidio.

En relación con la formación de profesionales, y en especial con los profesionales sanitarios, desde el Gobierno de La Rioja se potenciará, en línea con los planes de salud mental de la Comunidad Autónoma, la especialización sanitaria vía residencia de psiquiatras, psicólogos y enfermeros, en la atención a estos pacientes.

Medida 14. CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES DE FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD

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

Los agentes de policía local y nacional, guardia civil, bomberos y otro personal de primera línea de intervención, son los primeros en responder ante una situación de emergencia por riesgo de suicidio, por lo que sus habilidades y capacidades son fundamentales para determinar el curso y resultado en dichas situaciones. Es necesario, por tanto, capacitar a estos profesionales en diferentes tareas y crear estrategias y protocolos para el manejo de situaciones de riesgo de suicidio.

Esta capacitación debería estar orientada al conocimiento de los posibles cauces de actuación y derivación, eliminación al acceso a medios letales y reconocimiento de señales de alerta en situaciones que pueden derivar en un potencial suicidio.

Medida 15. CAPACITACIÓN DE OTROS AGENTES Y FACILITADORES SOCIALES

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

Los programas integrales de prevención del suicidio adaptados a la cultura del entorno laboral pueden ser eficaces para mejorar las actitudes, conocimientos y comportamientos y pueden reducir significativamente las tasas de suicidio.

Existen muchos factores de riesgo y precipitantes de la conducta suicida que se producen en los entornos de trabajo, aunque en la comunidad se desconocen datos fiables (en EE.UU., por ejemplo, entre 2003 y 2010 se registraron un total de 1.719 suicidios en el lugar de trabajo).

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

Medida 16. FORMACIÓN A PROFESIONALES DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN

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

El modo de informar sobre el suicidio puede tener una influencia directa en la percepción hacia el suicidio y los problemas de salud mental relacionados.

La información sobre el suicidio es un facilitador para la conducta suicida especialmente cuando se hace una narración detallada de los hechos (se especifica el método de suicidio y la forma de acceder al método letal), y es aún más directo y significativo dicho efecto facilitador cuando se publican detalles del suicidio (por ejemplo, fotografías, titulares sensacionalistas y se informa repetidamente del suceso). Por el contrario, la información sobre el suicidio ayuda en la prevención cuando se cumplen las siguientes características:

- Presentar el suicidio como un hecho y no como un logro.
- Resaltar las alternativas al suicidio.
- Proporcionar información sobre las líneas de ayuda o aportar información sobre factores de riesgo y señales de alarma.

Medida 17. REGISTRO EN SERVICIOS SANITARIOS

Registrar y analizar los intentos suicidas en los servicios sanitarios.

El intento de suicidio es una de las principales causas de demanda de atención en los servicios de atención psiquiátrica. Los intentos de suicidio registrados en los hospitales se estiman en 11 altas por 100.000 habitantes y presentan una elevada variabilidad entre las CC.AA.

Estudios de población general en España cifran una prevalencia de 1,5% de tentativas de suicidio, más frecuentes en mujeres jóvenes y con nivel educativo bajo.

Las cifras actualmente registradas en los Servicios sanitarios inducen a pensar en un “infraregistro” en las historias clínicas y/o “infra-codificación” de los mismos, y la posible presencia de diferentes criterios a la hora de su registro y codificación”.

Es fundamental establecer criterios de codificación y registro homogéneos en toda la comunidad que garanticen una correcta identificación y contabilización de los casos para su posterior análisis y prevención.

Medida 18. MEJORA DE TRAMITACIÓN ESTADÍSTICA

Mejorar los procedimientos de tramitación estadística de las defunciones por suicidio en La Rioja.

Actualmente el registro de las muertes por suicidio presenta diferentes problemas metodológicos. El proceso administrativo de adscripción de una defunción judicial a una causa o a otra es complejo e implica a varias administraciones.

La mejora de este proceso conlleva una información más exacta del número de suicidios en La Rioja.

Medida 19. AUTOPSIAS PSICOLÓGICAS

Fomentar la realización de autopsias psicológicas.

La autopsia psicológica es considerada como el método más directo para estudiar la relación entre los diversos factores explicativos y el suicidio consumado. Las autopsias psicológicas y el uso de algoritmos facilitan la investigación y esclarecimiento de numerosos fallecimientos que no son considerados como suicidios y que quedan catalogados como dudosos o accidentales o de difícil esclarecimiento (caídas, accidentes de circulación...). Sin embargo, a la hora de llevarla a cabo es importante evitar los sesgos en la recogida y análisis de la información.

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

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

Medida 20. PRIORIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

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

Se priorizará la inclusión de líneas de investigación en suicidio en las convocatorias autonómicas como una forma para impulsar y apoyar proyectos de investigación en La Rioja sobre la conducta suicida.

Atendiendo a la implantación de guías de buenas prácticas y a las recomendaciones de la GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida en el SNS se destacan las siguientes líneas de investigación como prioritarias:

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

Medida 21. OBSERVATORIO RIOJANO DEL SUICIDIO

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

Crear el Observatorio Riojano del Suicidio con el objetivo de potenciar la investigación y la prevención de la conducta suicida en La Rioja. A través de él, se pretende garantizar la promoción, producción y divulgación de la investigación y del conocimiento científico generado en esta materia.

Además, servirá de soporte para la planificación de nuevas acciones de investigación y actualización de los conocimientos y capacidades de los profesionales.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

INFORMACION Y COMUNICACION EFICAZ PARA VISIBILIZAR LA CONDUCTA SUICIDA Y REDUCIR EL ESTIGMA SOCIAL

Suicidio, tabú y estigma. Una información adecuada puede salvar vidas.

Hablar de suicidio no es nada sencillo. Los tabúes, los mitos y los estigmas existentes a lo largo de la historia en relación con la conducta suicida han afectado negativamente a las personas que han realizado un intento suicida o lo han consumado y a sus allegados.

Informar sobre el suicidio en los medios de comunicación de forma adecuada puede salvar vidas.

Durante mucho tiempo se ha mantenido un silencio mediático en torno a este tema tabú, fundado en el miedo a desencadenar una conducta imitativa. No obstante, en los últimos años desde la ONU se reclama mayor atención sobre una cuestión que se cobra un millón de vidas al año y desde la OMS se recomienda comenzar a romper el silencio, informar y tomar medidas abiertas y prácticas a la hora de prevenirlo. Es absolutamente necesario hablar de ello, romper el estigma para poder realizar un ejercicio de prevención y de atención a esta preocupante realidad que sea eficaz.

Medida 22. CAMPAÑAS DE CONCIENCIACIÓN

Realizar campañas de concienciación social.

Sabemos que las campañas de concienciación realizadas mejoran el conocimiento de la población general sobre el suicidio y contribuyen moderadamente a una mejor aceptación social de las personas con depresión y otras enfermedades mentales.

En este sentido, es necesario realizar campañas de concienciación social sobre la conducta suicida con el fin de reducir el estigma relacionado con el suicidio, potenciar la búsqueda de ayuda y posibilitar un mejor acceso a la atención.

Medida 23. DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: 10 DE SEPTIEMBRE

Conmemorar anualmente en La Rioja el Día Mundial para la Prevención del Suicidio.

El día elegido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) es el 10 de septiembre. En torno a esta fecha se realizan en todo el mundo diferentes actividades para dar a conocer y promover medidas y acciones para prevenir el suicidio.

Como elemento identificativo a nivel mundial se ha creado un símbolo que consiste en una cinta de color naranja en forma de lazo.

En La Rioja es el Teléfono de la Esperanza la entidad que cada año se suma de manera activa y visible a esta campaña internacional con diferentes propuestas, aglutinando a todos los grupos e instituciones que de una manera u otra colaboran en la prevención del suicidio en la Comunidad. Durante este día se promueven eventos en recuerdo de las personas que murieron por suicidio y se hace una labor informativa y formativa sobre este tema.

Medida 24. DÍA MUNDIAL DE LAS PERSONAS QUE HAN PERDIDO UN SER QUERIDO POR SUICIDIO: TERCER SÁBADO DE NOVIEMBRE

Conmemorar anualmente en La Rioja el Día Mundial de las personas que han perdido un ser querido por suicidio.

El tercer sábado del mes de noviembre es el día elegido en todo el Mundo para recordar a los familiares o seres queridos de las personas que han muerto por suicidio. Se calcula que en cada muerte por suicidio, hay una media de seis personas que sufren de manera directa e intensa las consecuencias morales y emocionales derivadas de esta pérdida.

Las personas que han perdido un ser querido por suicidio se encuentran en muchas ocasiones con que las personas de su red social presentan actitudes o creencias negativas o culpabilizadoras sobre el suicidio. Los tabúes y la forma de interpretar algunas creencias religiosas, así como la tendencia a evitar los temas relacionados con la muerte, contribuyen a aislar y estigmatizar a las personas que han vivido esta experiencia. Si al intenso sufrimiento se añade un escaso soporte social, el riesgo de desarrollar un duelo complicado aumenta mucho.

Ante la noticia de un hecho así, poder ofrecer espacio para las personas que han perdido un ser querido por suicidio, escuchar sus experiencias, promover eventos en los que se reconozca su dolor y trabajar para romper el silencio, y con ello el tabú, el estigma y la culpa que rodea a esta experiencia. Todo ello facilitará que estas personas puedan hacer una elaboración sana de su duelo y puedan prevenirse duelos complicados y alteraciones importantes en la salud emocional.

Medida 25. GUIAS DE INFORMACIÓN Y AYUDA PARA AFECTADOS Y FAMILIARES

Editar y divulgar guías de orientación para pacientes y allegados.

La edición y divulgación de documentos informativos y orientativos para afectados y para familiares y amigos pretende facilitar una mejor comprensión de la conducta suicida ofreciendo información sobre esta vivencia, mitos e ideas erróneas, factores de riesgo y de protección, señales de alerta y posibles sucesos o circunstancias precipitantes de la conducta suicida. También ofrecen pautas básicas de actuación y recursos comunitarios de ayuda.

Medida 26. GUIAS DE INFORMACIÓN Y AYUDA PARA PROFESIONALES

Editar y divulgar guías de consulta rápida para profesionales.

La edición y divulgación de documentos informativos y orientativos para profesionales de la salud con recomendaciones basadas en la evidencia disponible son fundamentales para orientar la toma de decisiones de los profesionales, unificar los criterios de atención y disminuir la variación en la práctica clínica. Las guías de consulta rápida, facilitan la accesibilidad a estas recomendaciones y su aplicación en la práctica diaria.

Medida 27. GUIAS DE BUENAS PRÁCTICAS EN COMUNICACIÓN

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

En el día a día se constata cómo la controversia que generan algunos temas de los denominados “tabú”, por sus posibles consecuencias a nivel jurídico y ético fundamentalmente, ha llevado en la mayoría de ellos a una necesaria autorregulación de la profesión periodística mediante códigos deontológicos o manuales de estilo que ayudan en buena medida a cohesionar el tratamiento informativo más idóneo en los medios de comunicación. Y, si hay un tema que suscita más dificultades en su abordaje informativo, ese es el suicidio.

La autorregulación es la mejor vía para elevar la calidad de la información y su talane ético. Siguiendo esta línea se inscriben los códigos deontológicos de carácter corporativo, los estatutos de redacción de algunos medios informativos o los manuales de estilo.

Existe evidencia de que el riesgo de suicidio por imitación aumenta en las personas vulnerables cuando los medios de difusión publican, por ejemplo, suicidios de celebridades, informan sobre métodos infrecuentes de suicidio, se refieren al suicidio como una respuesta aceptable a la crisis o la adversidad o pueden llegar a exaltar el suicidio.

Desde la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio, en una guía para medios de comunicación, reconocen que a pesar del *riesgo de contagio*, los medios pueden intervenir en la prevención del suicidio ya que existe evidencia de que el trato responsable de la información sobre suicidios ha demostrado una reducción significativa en las tasas. Teniendo en cuenta esto, los medios que resultan más eficaces para mejorar el modo en que se informa sobre la conducta suicida son la formación de los profesionales de la comunicación y la distribución de guías rápidas de estilo.

El suicidio, como causa de muerte, es un problema de salud pública por lo que las acciones de prevención que trabajan sobre sus causas y su desarrollo se vuelven importantes. Los medios de comunicación son una gran ayuda en esta dirección. En este camino de posibilitar la prevención la OMS en el informe “Prevención del Suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación” presentado en el año 2.000 ofrece pautas específicas de referencia para informar sobre el suicidio en general y sobre un suicidio específico, destacando cuestiones como la necesidad de usar fuentes auténticas, no informar del comportamiento suicida como una respuesta entendible a los cambios o la degradación social o cultural, evitar el tratamiento sensacionalista, evitar descripciones detalladas del método usado, evitar simplificar la muerte por suicidio como algo simplista o una manera de enfrentar los problemas personales.

El tratamiento de los posibles casos de suicidio, cuando tienen valor informativo, necesita ser extremadamente prudente. No siempre se puede comprobar que se ha cometido suicidio ni las razones por las que se ha cometido, y el tema es tan delicado que no admite especulaciones. La sobriedad informativa ayuda sin duda a respetar a la víctima y a sus familiares.

El desarrollo de guías de estilo ayuda a disminuir las noticias sensacionalistas en los periódicos. En algunos casos, después de la introducción de estas guías, se ha informado de una disminución en el número de suicidios. Los principales aspectos que se deberían abordar en la guía de estilo son: evitar las descripciones detalladas de las conductas suicidas, evitar el sensacionalismo, utilizar un lenguaje responsable, informar al público en general sobre el suicidio, los tratamientos y los recursos disponibles para quien necesite ayuda.

Teniendo en cuenta todo lo expresado y con el fin de que los medios contribuyan con sus mensajes a prevenir la muerte por suicidio, se contemplan acciones y actividades de sensibilización sobre el tratamiento del suicidio en La Rioja. En este sentido, y con la colaboración del Colegio de Periodistas de La Rioja, se programa la celebración de sesiones informativas, dentro de la sección "Espacios para la salud", así como la publicación de artículos y entrevistas en la revista "Saludable" editada con el referido Colegio. Esta iniciativa ya se ha iniciado con la colaboración de expertos que contribuyen a desterrar mitos en torno a la muerte por suicidio. Igualmente se ha presentado y difundido entre los miembros de la Asociación de la Prensa de La Rioja, un Documento con recomendaciones para el tratamiento informativo en torno a la muerte por suicidio.

A promover	A evitar
Es un problema de salud pública.	Equiparar con sucesos, crímenes....
Huir del sensacionalismo	Identidad, y/o datos que identifiquen, de la familia en duelo o de ceremonias funerarias Fotos y vídeos del lugar
Logos/imágenes de líneas de emergencia o de teléfonos/lugares a los que acudir en caso de crisis	Método utilizado, ni de cómo se obtiene
Manejo de datos estadísticos, mejor "se elevan las muertes por suicidio".....	Describirlos como una epidemia o en términos sensacionalistas
Factores de riesgo, señales de alerta, recomendaciones sobre cómo actuar	Describirla como una muerte inexplicable o "sin aviso" Idealización del suicidio: Ni valientes ni cobardes
Describirlo como Muerte por Suicidio	Referirse al suicidio como "con éxito", "sin éxito" o "intento fallido"
Suministrar información de ayuda, teléfonos, asociaciones, centros de salud mental	Culpabilizar a algo/alguien. Detrás hay muchos factores implicados
Consejo a expertos en suicidio por las razones	Entrevistar a vecinos/personas que han sido testigos

Medida 28. REDES SOCIALES INSTITUCIONALES

Promover la divulgación y sensibilización sobre la conducta suicida y la forma de identificar sobre ella en la web y redes sociales institucionales de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja y de otras instituciones y organizaciones.

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

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

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

Medida 29. NUEVAS TECNOLOGÍAS

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

El desarrollo de una página web promueve comportamientos de búsqueda de ayuda. Este tipo de páginas ha demostrado ser una herramienta eficaz en personas con ideación suicida para acceder a los servicios de salud mental.

Las recomendaciones básicas a la hora de desarrollar una página web con este objetivo serían:

- La calidad de la información incluida debe de estar basada en la evidencia y adaptada a fin de diferenciar con claridad los grupos a los que irá dirigida.
- Se ha de valorar el enfoque preventivo, si se dirige a una sola persona o a la formación de un grupo de apoyo.
- Definir los medios de contacto (a través de correo electrónico, chat, foro en línea, etc.). El uso de chat y/o foros debería estar supervisado por personas capacitadas, lo contrario ha demostrado ser muy perjudicial.

Actualmente las intervenciones en prevención del suicidio a través de redes y nuevas tecnologías se están realizando en tres ámbitos:

- Internet: a través de esta herramienta se pueden identificar posibles personas en riesgo de suicidio y facilitarles recursos de ayuda (tradicionales o a programas online).
- Aplicaciones web: (tanto guiadas y no guiadas) desarrolladas para proporcionar

intervenciones psicológicas y ayudar a reducir la conducta e ideación suicida. Las intervenciones guiadas implican la presencia de un terapeuta que ayuda al usuario ya sea a través de correo electrónico o por teléfono. Las intervenciones no guiadas son programas de autoayuda que son utilizados directamente por las personas interesadas.

- Apps-Redes Sociales: utilizadas con personas consideradas en alto riesgo de suicidio para monitorizar a esa persona en tiempo real.

En La Rioja se está desarrollando el proyecto “La salud mental en la sociedad digital del siglo XXI: prevención de los trastornos mentales en niños y adolescentes” que va a permitir disponer de una App para dispositivos móviles (tablet, smartphone...) y una web de referencia en el ámbito de la salud mental.

Esta App permitirá una evaluación ambulatoria del estado de salud mental y posterior seguimiento de los jóvenes en riesgo de padecer problemas de salud mental como suicidio, (ciber) bullying o consumo de sustancias, tanto en contextos educativos como asistenciales.

La aplicación se basará en la metodología EMA (Ecological Momentary Assessment), que es una técnica de autorregistro a partir de una alerta en el dispositivo móvil para informar sobre sus experiencias (síntomas, emociones, conductas) con un breve cuestionario de respuesta rápida, en 1-2 minutos. A lo largo del día se recogen diferentes muestras de comportamiento y los datos se remiten a una plataforma para su análisis y monitorización.

Esta App va a permitir identificar subgrupos con mayor riesgo de desarrollo de problemas de salud mental, así como elaborar protocolos de detección temprana para realizar intervenciones preventivas; y, a través del análisis de los datos, comparar variables afectivas, psicológicas, neurocognitivas, académicas, de calidad de vida y de personalidad de los adolescentes.

Además, el proyecto plantea desarrollar una página web de referencia en el campo de la salud mental, en colaboración con las consejerías de Salud y Educación, que sea foro de comunicación, información, sensibilización y concienciación para padres, alumnos, maestros y profesionales en materia de bienestar emocional. Las repercusiones de este proyecto permitirán una mejora de la calidad de vida de los jóvenes a través de la detección y prevención temprana de problemas de salud mental con el impacto a nivel personal, familiar, económico y socio-sanitario.

Medida 30. SUPERVISIÓN DE CONTENIDOS PROSUICIDAS

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

En internet y en las redes sociales está disponible una inmensa cantidad de información sobre el tema del suicidio. Cuando usamos un buscador en Internet para conseguir información sobre suicidio nos encontramos con que en las primeras páginas suelen aparecer: información general sobre el suicidio (31%), sobre prevención (29%) y sobre información prosuicida (11%).

Existe una evidencia creciente de que las redes sociales pueden influir en los comportamientos prosuicidas. La aparición de nuevos medios y formas que alientan el comportamiento suicida suponen un riesgo potencial para muchas personas vulnerables.

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

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

LÍNEAS DE COLABORACION Y DE COORDINACIÓN

Un abordaje global e integral para la prevención del suicidio requiere de actuaciones coordinadas entre los diversos sectores como son entre otros: el ámbito sanitario, el ámbito social, el educativo, el judicial y las fuerzas de seguridad. Para que dicho abordaje sea realmente eficaz es necesario garantizar la implicación y la coordinación entre todas las Instituciones involucradas. En este sentido es fundamental desarrollar programas de intervención y protocolos de coordinación que sirvan como instrumento y guía a los profesionales de cada sector para realizar el adecuado abordaje en situaciones de riesgo de suicidio.

Medida 31. COMISIÓN COMUNITARIA

Crear una Comisión Comunitaria que garantice la coordinación entre los diferentes sectores implicados en la prevención de la conducta suicida en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Esta Comisión Comunitaria será la responsable de coordinar las políticas y programas que se desarrollen en La Rioja en materia de prevención del suicidio. En la misma estarán representadas todas las instituciones implicadas en La Rioja.

Entre sus funciones estarán: servir de órgano de interlocución entre las administraciones e instituciones en materia de prevención del suicidio, supervisar el desarrollo del Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja, elaborar propuestas para su mejora y liderar iniciativas que sirvan para promover la prevención de la conducta suicida en esta Comunidad.

Medida 32. PROTOCOLOS Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO SOCIAL

Elaboración de programas de detección, seguimiento y coordinación en el ámbito de los servicios sociales, tanto en el primer nivel (primaria o comunitaria) como en el segundo nivel (especializada), en el ámbito público y en el privado, incluyendo instituciones con y sin ánimo de lucro.

Conocer y participar si es necesario en la elaboración de programas de prevención para afectados y de formación para los profesionales que atienden a:

Centros de menores

Se sabe que los adolescentes internados presentan un riesgo de suicidio 4,6 veces más que sus pares de población general. Teniendo en cuenta este dato, es preciso conocer y participar en la elaboración de programas y/o protocolos para la prevención del suicidio de los dispositivos de La Rioja como son:

- Fundación Diagrama:
 - Residencia Iregua
 - Pisos de acogida
 - Centro educativo "Virgen de Valvanera"
- FAIM (Fundación para la atención integral del menor)

Personas tercera edad

Todos los estudios sobre el suicidio ponen de manifiesto que las personas mayores tienen la tasa más alta de suicidio y la más baja de intentos, existiendo una tendencia ascendente en los últimos diez años. En España, los ancianos realizan sólo 1 de cada 20 intentos leves, frente a 1 de cada 7 intentos graves y 1 de cada 3 ó 4 suicidios consumados. Considerando estos datos podemos sugerir que las personas mayores tienen propósitos más firmes de morir y utilizan medios más letales. El 86% de las personas mayores que se suicidan no reciben tratamiento psiquiátrico, no comunican sus intenciones de suicidarse, apenas verbalizan sus sentimientos de desesperanza y no buscan ayuda para mejorar su malestar.

Además y, a pesar de la gravedad del asunto, el suicidio en el anciano normalmente ha sido considerado como algo “lógico o justificable”, sin tener en cuenta que en muchas ocasiones es tan o más evitable que en las personas más jóvenes. Entre las personas mayores es frecuente encontrar el llamado “suicidio silencioso” o “síndrome de deslizamiento” en el que la persona rechaza los alimentos y los cuidados médicos, abandonándose hasta dejarse morir. El suicidio silencioso es tan letal como el activo, la intención de morir es la misma, lo que cambia es el medio.

Teniendo en cuenta estos datos, creemos que en La Rioja es necesario conocer y participar en la elaboración de programas y/o protocolos para prevención de suicidio en residencias, asistencia domiciliaria, programas de soledad no deseada, universidad de la experiencia...

Personas en situación de pobreza y exclusión

En estudios recientes se señala que los riesgos más importantes sobre la salud emocional dependen de la evolución negativa de los determinantes sociales, entre los que destaca el paro y la pobreza. Además, se afirma que ha aumentado de forma significativa los trastornos mentales lo que conlleva a afirmar que durante y como consecuencia de esta crisis, se ha producido un incremento significativo de las enfermedades mentales, directamente relacionadas a su vez con el número de suicidios. La crisis financiera se asocia con un aumento relativo de los suicidios debido a un incremento del 8,0% en la tasa de suicidio. En concreto, los hombres en edad de trabajar, presentan mayor riesgo de suicidio asociado a la crisis. Hace unos años, estudios internacionales analizaron la relación entre el número de suicidios y desempleo y su conclusión fue que los suicidios relacionados con el desempleo aumentaron nueve veces por encima del crecimiento normal de la tasa de suicidios, dato que achacan a la más reciente crisis económica.

Considerando este hecho, es importante que en La Rioja se conozca y se participe en la elaboración de programas y/o protocolos para prevención de suicidio en Servicios sociales, Cáritas, Mesa Riojana de la pobreza...

Personas con discapacidad física

La discapacidad física es un factor de riesgo de suicidio, sobre todo si es adquirido como consecuencia de una enfermedad grave o crónica.

Teniendo en cuenta esto, es importante que en La Rioja se conozca y se participe en la elaboración de programas y/o protocolos para prevención de suicidio en las entidades como ASPACE-Rioja, Igual A Ti, ALCER-Rioja, Asprodema-Rioja, ONCE...

Minorías sexuales

Los hallazgos sugieren que los jóvenes con identidad no heterosexual tienen un riesgo significativamente mayor de comportamientos potencialmente mortales en comparación con sus compañeros heterosexuales.

Teniendo en cuenta este dato, es necesario que en La Rioja se intervenga en estos colectivos para que se conozca y participe en la elaboración de programas y/o protocolos para prevención de suicidio.

Medida 33. PROTOCOLOS Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN EDUCACIÓN

Elaborar un Programa de prevención de la conducta suicida en el entorno educativo y creación de un protocolo de prevención, detección y abordaje del riesgo suicida en el ámbito educativo que se integre en el Plan estratégico de la Consejería de educación de La Rioja.

El desarrollo de programas se realizará por niveles: educación primaria, educación secundaria, ámbito universitario y universidad de la experiencia.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística con datos de 2.016, el suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edad de entre los 15 a los 29 años y la sexta para aquellos de entre 5 a 14 años, superado sólo por las causas externas de mortalidad y los tumores. En los últimos datos disponibles se pone de manifiesto que 310 niños y jóvenes menores de 30 años se quitaron la vida en nuestro país, lo que supone un 7.77% del total de víctimas del suicidio.

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. Para algunos adolescentes el suicidio puede parecer una salida a sus problemas y al estrés.

Los datos de un estudio reciente en nuestra comunidad revelan que el 7,7% de los adolescentes en La Rioja tienen riesgo de una mala salud mental y que el 4% de ellos ha intentado alguna vez quitarse la vida (la tasa en España está en torno al 7-8%). En el lado positivo, los resultados de este estudio señalan que el 71,9% de estos chicos y chicas tienen niveles adecuados de bienestar emocional. El camino de la prevención pasa por la información y la formación para prevenir y afrontar este problema. En este sentido la Universidad de La Rioja (Departamento de psicología evolutiva y educación) y el Teléfono de la Esperanza de La Rioja, están desarrollando un programa específico de educación emocional para adolescentes, para sus familias y para docentes orientado a la prevención de la conducta suicida en educación secundaria. Incluye 13 sesiones de trabajo en las que se les enseña a identificar y gestionar sus emociones, a controlar el estrés, se les informa de factores de riesgo, protectores, señales de alerta, recursos...

Se realizará un primer programa piloto con intervención en cuatro centros (2 grupo intervención y dos grupo control) para proceder a su validación e implantación en todos los Centros de secundaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Se realizarán acciones informativas y formativas orientadas a la difusión de la estrategia, con especial incidencia en aquellas personas que llevan a cabo funciones directivas y orientadoras, tanto en acciones formativas específicas como en otras de carácter generalista.

Se facilitará una coordinación directa con el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil para una atención rápida y eficaz de aquellos niños y adolescentes que lleven a cabo un intento autolítico.

Medida 34. PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN PARA FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD

Conocer y participar en la elaboración de protocolos de prevención de suicidio de la Policía Nacional, la Guardia Civil y la Policía Local tanto a nivel de intervención externa (población general) como a nivel de intervención interna (miembros de fuerzas de seguridad).

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

Fomentar el cuidado personal de los profesionales implicados en la atención a personas que realizan un suicidio consumado.

Medida 35. PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN PARA BOMBEROS

Conocer y participar en la elaboración de protocolos de prevención de suicidio de los Bomberos

Capacitar a estos profesionales en el manejo de intentos de suicidio y primeros auxilios psicológicos.

Fomentar el cuidado personal de los profesionales implicados en la atención a personas que realizan un suicidio consumado.

Medida 36. PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN EN EL AMBITO JUDICIAL

Conocer y participar en la elaboración de protocolos de prevención de suicidio en el ámbito judicial.

En el ámbito judicial se incluyen a los centros penitenciarios y el Instituto de Medicina Legal y Forense (IMLF).

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

En el Instituto de Medicina Legal y Forense es preciso desarrollar protocolos a fin de realizar una mejor exploración de los datos epidemiológicos e implementar en la elaboración de autopsias psicológicas.

Medida 37. ASOCIACIONISMO DE FAMILIARES Y AMIGOS DE PERSONAS QUE HAN MUERTO POR SUICIDIO

Fomentar el asociacionismo y la ayuda mutua entre personas que han perdido a un ser querido por suicidio.

Se calcula que por cada muerte por suicidio hay una media de seis personas que sufren de manera directa e intensa las consecuencias morales y emocionales derivadas de esta pérdida. El impacto de perder a alguien por suicidio es devastador, supone una experiencia traumática muy dolorosa. Las personas más próximas al suicida suelen experimentar intensos sentimientos de culpabilidad. La búsqueda de respuestas que nunca llegan, es una constante que genera angustia y agotamiento, con el agravante de que el entorno social y familiar, suele rodear al suicidio de un muro de silencio que dificulta todavía más el necesario proceso de duelo ya que estas personas se encuentran, en muchas ocasiones, con que las personas de su entorno social presentan actitudes o creencias negativas o culpabilizadoras sobre el suicidio. Si al intenso sufrimiento que viven se añade un escaso soporte social, el riesgo de desarrollar un duelo complicado aumenta mucho.

Las Asociaciones de personas que han perdido a un ser querido estarán formadas por familiares y amigos afectados. Agruparse, formar una asociación de personas afectadas por la pérdida de un ser querido por suicidio posibilitará:

- Ofrecer un espacio de encuentro y apoyo a todas las personas que habiendo sufrido el suicidio de un ser querido, necesiten o deseen compartir experiencias, información y recursos para afrontar la pérdida por suicidio.
- Facilitar una elaboración sana del duelo y la prevención de duelos complicados y alteraciones importantes en la salud emocional.
- Promover y apoyar la prevención del suicidio.
- Sensibilizar y educar para la transformación social en relación al suicidio como problema de salud pública que es.
- Incidir en las políticas de las instituciones relacionadas con la prevención, la actuación en crisis y la postvención en el ámbito del suicidio.
- Apoyar y promocionar la investigación social sobre el suicidio
- Colaborar con instituciones y profesionales relacionados con el suicidio.
- Suponen un espacio para el acompañamiento y sirven de soporte en el duelo.
- Sus actividades pueden contribuir a un cambio en la forma de hablar del suicidio y de sus consecuencias. Rompiendo el silencio, pidiendo que los sistemas de prevención mejoren y que las Administraciones dediquen mayores esfuerzos y recursos a la atención de estos afectados.

Para ello pueden hacer diferentes actividades:

- Crear grupos de ayuda mutua para personas en duelo por la muerte por suicidio de un ser querido. Estos grupos deberían ser coordinados por profesionales especializados en ello, pueden ser afectados o no. El hecho de ser una persona afectada no impide poder ser un buen agente de ayuda para ello, siempre que esa persona tenga una formación profesional de base en la relación de ayuda y haya trabajado de manera consciente y en profundidad su propio duelo.
- Organizar actividades informativas y formativas relacionadas con el proceso del suicidio y sus consecuencias, dirigidas tanto a profesionales como al público en general.
- Divulgar en redes y foros sociales material sobre prevención, intervención y postvención del suicidio.

- Trasladar a las instituciones adecuadas y responsables, iniciativas y sugerencias que puedan llegar de la sociedad o de profesionales a la Asociación sobre el suicidio y sus consecuencias para los/las supervivientes.
- Colaborar en proyectos de investigación.
- Contactar y crear red con instituciones y organizaciones que tengan relación con el suicidio.

En La Rioja se está poniendo en marcha una Asociación de familiares y amigos de personas que están viviendo esta pérdida y quieren compartir un espacio con personas en situación similar. En su inicio está siendo apoyada por el Teléfono de la Esperanza de La Rioja pero se espera que forme parte de la Comisión Comunitaria a fin de que vaya estrechando lazos con otros grupos de afectados y profesionales relacionados (sanidad, educación, medios de comunicación, instituciones, investigación...) mediante la participación en cursos de formación y charlas de divulgación con el fin de prevenir, sensibilizar y educar a la sociedad en este problema de salud pública.

Medida 38. LINEAS DE COLABORACIÓN CON EL TELÉFONO DE LA ESPERANZA

Establecer y mantener líneas de colaboración con el Teléfono de la Esperanza de La Rioja en relación con la prevención, detección e intervención en situaciones de riesgo suicida así como en materia de formación.

El Teléfono de la Esperanza de La Rioja tiene entre sus objetivos de actuación básicos reducir la tasa de suicidios en la Comunidad Autónoma de La Rioja y establecer medidas para disminuir el sufrimiento de las personas que presentan riesgo de suicidio y de sus familias.

Para ello trabaja para:

- Fomentar la coordinación entre Instituciones y agentes implicados en la prevención de la conducta suicida.
- Aumentar la sensibilización y concienciación de la sociedad sobre el suicidio como un problema de salud pública realizando una labor continuada de prevención de situaciones de riesgo.
- Complementar y mejorar la atención que desde la organización sanitaria se presta tanto a las personas que presentan conducta suicida como a sus allegados atendiendo, acompañando y orientando a personas, familias y colectivos en los que se detecte riesgo de conducta suicida.
- Ofrecer a la persona que demanda sus servicios una atención completa tanto en su espacio como en otros que sean adecuados para su situación conociendo y colaborando con otros recursos comunitarios.
- Funcionar como termómetro social real del estado de la población y de sus necesidades. Detectar y analizar la realidad de la conducta suicida en la población riojana y trabajar para desarrollar recursos que permitan atender esta realidad.
- Fomentar la investigación y el conocimiento de la conducta suicida en La Rioja.

Los servicios que presta el Teléfono de la Esperanza son:

1. Intervención en conducta suicida.

- Convenio de colaboración con SOS Rioja para realizar intervenciones en directo y seguimientos en diferido a personas que son atendidas por SOS Rioja con ideación, crisis suicida o suicidios en curso, así como de familiares en caso de suicidios consumados.
- Servicio de intervención telefónica 24 horas realizado por orientadores voluntarios especializados en relación de ayuda en situaciones de crisis.
- Servicio de intervención profesional en la sede (psicólogos, trabajadores sociales y abogados)
- Grupos de trabajo
 - Grupo de trabajo “Ponle ganas a la vida”, para adolescentes y jóvenes entre 18-25 años que hayan tenido ideación/intento suicidio.
 - Grupo de trabajo “Sé tú mism@”, para adolescentes entre 14-17 años. Cuidado de la salud emocional.

2. Sensibilización en prevención de conducta suicida/suicidio

- Actividades de sensibilización, conferencias, campañas divulgativas (soledad, pobreza y exclusión...)
- Organización de la campaña para el Día Mundial para la prevención del suicidio 10 de septiembre.
- Participación en la campaña para el Día Mundial de las personas afectadas por la pérdida de un ser querido por suicidio. Tercer sábado de noviembre.

3. Elaboración de programas de formación sobre prevención de conducta suicida

- Formación interna
- Formación externa

Medida 39. LINEA DE COLABORACIÓN CON OTRAS ENTIDADES Y ASOCIACIONES

Establecer y mantener líneas de colaboración con otras Asociaciones y entidades.

En relación con la prevención, detección e intervención en situaciones de riesgo suicida así como en materia de formación, se establecerán líneas de colaboración con asociaciones y entidades relacionadas.

5. Indicadores

LINEA ESTRATÉGICA 1: DETECCIÓN, ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA E INTERVENCIÓN CON PERSONAS QUE HAN PERDIDO A UN SER QUERIDO POR SUICIDIO

Acciones	Indicadores
<p>1. Mejorar la detección precoz y la atención de los trastornos afectivos, los trastornos límite y los trastornos por consumo de alcohol y sustancias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de Programa de Sensibilización en Atención Primaria para el diagnóstico precoz de la depresión, los trastornos límite y los trastornos por consumo de alcohol. • Existencia de Guías de Práctica Clínica de manejo y prevención de la conducta suicida. • Existencia de un espacio para establecer contacto entre los MAP y las USM. • Determinación del % de pacientes con estos diagnósticos clínicos que presentan riesgo suicida.
<p>2. Introducir y establecer un código en el sistema de información sanitaria de identificación y activación de pacientes en riesgo de suicidio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia del código de identificación en el sistema de información sanitaria.
<p>3. Asegurar una respuesta rápida y eficaz para la atención de pacientes con riesgo de suicidio en salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo medio de espera para la atención de pacientes con riesgo de suicidio entre los dispositivos de: <ul style="list-style-type: none"> • Urgencias (DUE / Médico / Psiquiatra) • USM (Psicólogo / Psiquiatra / DUE) • SS.SS. • % de pacientes con código de activación a los que se aplica el proceso asistencial PII
<p>4. Evaluar de forma sistemática el riesgo de suicidio en la población de riesgo, en Atención Primaria, Servicios Hospitalarios y en Salud Mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de escalas de evaluación disponibles en el sistema de información sanitaria. • Nº de evaluaciones del riesgo de suicidio registradas en la historia clínica según el ámbito clínico. • Existencia de formularios de detección de riesgo suicida: • Nº de formularios cumplimentados en AP • Nº de formularios cumplimentados en el Servicio de Urgencias • Nº de formularios cumplimentados en las USM

<p>5. Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes con riesgo de suicidio. Seguimiento telefónico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • % de centros y servicios con el protocolo de seguimiento implantado. • Nº de peticiones recogidas en el servicio de contacto telefónico • Nº contactos en todos los dispositivos y la duración de la asistencia
<p>6. Implantar intervenciones psicoterapéuticas, individuales y grupales, para pacientes con riesgo de suicidio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de programa de tratamiento psicológico en pacientes con riesgo de suicidio. • % de centros y servicios con programas de tratamiento psicológico para la conducta suicida. • % de pacientes en seguimiento psicológico en terapia individual y/o grupal • % pacientes en seguimiento por psiquiatría
<p>7. Implantar el Plan de Seguridad como herramienta de prevención de la conducta suicida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de documento sobre el Plan de Seguridad
<p>8. Mejorar la seguridad de pacientes hospitalizados con riesgo de suicidio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de protocolo de seguridad hospitalaria. • Número de centros en los que se ha implementado el protocolo de seguridad.
<p>9. Implantar el Plan de Seguridad en el entorno como herramienta de prevención de la conducta suicida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de documento sobre el Plan de Seguridad en el entorno. • Nº de puntos negros identificados en el entorno. • Nº de puntos negros modificados en el entorno • Acciones realizadas para aumentar el control de prescripción, dispensación, tomas y acopio de fármacos potencialmente letales en caso de sobredosis. • Acciones para la limitación del uso de pesticidas y otros tóxicos como medio de suicidio
<p>10. Establecer guías y protocolos en el ámbito sanitario para unificar la intervención en los pacientes que presentan conducta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de guías y protocolos de intervención. • Nº de veces que se accede a las guías en AP, USM y HSP/HFC

suicida.	
11. Implantar técnicas de intervención entre profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un programa de intervención para los profesionales afectados • Nº de veces que se activa el programa • Tipo de profesional que activa el programa • Tiempo entre la activación del programa y la intervención. • Nº de centros, servicios y profesionales que realizan intervenciones de <i>briefing</i> y <i>defusing</i>. • Nº de profesionales participantes en las actividades
12. Proporcionar atención específica para personas que han perdido a un ser querido por suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de programa de atención a las personas que han perdido a un ser querido por suicidio

LÍNEA ESTRATÉGICA 2. FORMACIÓN A PROFESIONALES E INVESTIGACION

Acciones	Indicadores
<p>13. Capacitar a los profesionales sanitarios, sociales y educativos en la detección, abordaje y seguimiento de personas en riesgo de suicidio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de programas de formación específicos • Nº de actividades formativas para profesionales sanitarios, profesionales sociales y educadores realizados. • Tipo de profesional que accede a este tipo de formación. • Nº de profesionales sanitarios especialistas en salud mental incluidos en la formación. • Nº de profesionales sanitarios no especialistas en salud mental, sociales y educativos incluidos en la formación. • Evaluación de las actuaciones formativas. • Nº de profesionales sanitarios en la red de salud mental con especialidad.
<p>14. Facultar a profesionales de las fuerzas y cuerpos de seguridad y de primera intervención en el manejo de los intentos de suicidio y en primeros auxilios psicológicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de programa y protocolo de primeros auxilios psicológicos. • Nº de actividades formativas para profesionales de cuerpos de seguridad y de primera intervención realizadas. • Tipo de profesional que accede a este tipo de formación. • Nº de profesionales de cuerpos de seguridad y de primera intervención formados. • Evaluación de las actividades formativas.
<p>15. Capacitar a otros agentes sociales (asociaciones, empresas, sindicatos y otros) en la identificación de factores de riesgo, precipitantes y señales de alerta del riesgo de suicidio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de programas y protocolos para otros agentes sociales • Tipo de profesional que accede a este tipo de formación. • Número de actividades formativas realizadas para otros agentes sociales. • Nº de agentes sociales formados. • Evaluación de las actividades formativas.

<p>16. Impartir talleres para medios de comunicación sobre el tratamiento informativo de la conducta suicida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de programas y talleres para los medios de comunicación • Nº de talleres para medios de comunicación sobre el tratamiento informativo de la conducta suicida realizados. • Nº de profesionales de medios de comunicación formados. • Evaluación de las actividades formativas.
<p>17. Registrar y analizar los intentos suicidas en los servicios sanitarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia del documento del protocolo de registro. • Nº y % de intentos registrados • Nº y % de reintentos registrados • Nº y % de suicidios consumados • % activación del código suicida en función de patología y ámbito asistencial • % activación por zona básica de salud • % activación del código por edad • % de pacientes con riesgo suicida en el total de ingresados en un año. • % de pacientes con conducta suicida por sobreingesta farmacológica, uso de pesticidas y acceso a puntos negros arquitectónicos.
<p>18. Mejorar los procedimientos de tramitación estadística de las defunciones por suicidio en La Rioja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de documento para la tramitación estadística de las defunciones. • Nº de cambios realizados en el proceso de adscripción de las defunciones • Nº de defunciones cuya causa de adscripción por suicidio se han visto afectadas.
<p>19. Fomentar la realización de autopsias psicológicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de documentos explicativos para la implementación de las autopsias psicológicas. • Nº de autopsias psicológicas realizadas. • Porcentaje de suicidios con autopsia psicológica.
<p>20. Priorizar la investigación sobre la conducta suicida en los programas y convocatorias autonómicas de investigación institucionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de convocatorias en las que se prioriza la investigación en conducta suicida • Nº de investigaciones financiadas a nivel autonómico o nacional.

	<ul style="list-style-type: none"> • % de profesionales con asistencia a congresos relacionados con la conducta suicida • Nº de trabajos presentados en congresos u otras publicaciones relacionados con la conducta suicida • Nº de líneas de investigación en la conducta suicida por institución (sanitaria, educación...)
<p>21. Crear el Observatorio Riojano del Suicidio, que analice y difunda la información sobre conducta suicida y las buenas prácticas sobre prevención y abordaje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia del Observatorio Riojano del Suicidio.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: INFORMACION Y COMUNICACION EFICAZ PARA VISIBILIZAR LA CONDUCTA SUICIDA Y REDUCIR EL ESTIGMA SOCIAL

Acciones	Indicadores
22. Realizar campañas de concienciación social.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de campañas realizadas al año
23. Conmemorar anualmente en La Rioja el Día Mundial para la Prevención del Suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> • Celebración del día mundial para la prevención del suicidio • Memoria de actividades • Nº de actividades • Organizaciones implicadas en la conmemoración • Nº de participantes representantes de la Comisión Comunitaria presentes en las actividades • Nº de participantes en actividades • Nº de apariciones en los medios de comunicación • Evaluación de las actividades realizadas
24. Conmemorar anualmente en La Rioja el Día Mundial de las personas que han perdido un ser querido por suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> • Celebración del día mundial de las personas que han perdido un ser querido por suicidio
25. Editar y divulgar guías de orientación para pacientes y allegados.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de guías divulgativas
26. Editar y divulgar guías de consulta rápida para profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de guías de consulta rápida para profesionales
27. Editar una guía de estilo sobre conducta suicida para medios de comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de guías de estilo • Número de medios a los que se les envía la guía • Nº de Sesiones informativas en “Espacios de salud” • Nº de Artículos en revista Saludable
28. Promover la divulgación y sensibilización sobre la conducta suicida y la forma de identificar e intervenir sobre ella en la web y redes sociales institucionales de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja y de otras instituciones y organizaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un plan de divulgación y sensibilización institucional
29. Introducir las nuevas tecnologías (webs, apps y weblines) como instrumento de abordaje de la conducta suicida.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de nuevas tecnologías para abordar la conducta suicida (apps, webs y/o weblines)

30. Supervisar y alertar sobre contenidos prosuicidas en páginas webs, blogs y foros.	<ul style="list-style-type: none">• Existencia de documento sobre el Plan de Seguridad.
---	---

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: LINEAS DE COLABORACION Y DE COORDINACIÓN

Acciones	Indicadores
31. Crear una Comisión Comunitaria que garantice la coordinación entre los diferentes sectores implicados en la prevención de la conducta suicida en la Comunidad Autónoma de La Rioja.	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de la Comisión Comunitaria • Nº de participantes de la Comisión Comunitaria • Nº de reuniones anuales de la Comisión
32. Elaboración de programas de detección, seguimiento y coordinación en el ámbito de los servicios sociales, tanto en el primer nivel (primaria o comunitaria) como en el segundo nivel (especializada), en el ámbito público y en el privado, incluyendo instituciones con y sin ánimo de lucro.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de programas de detección, seguimiento y coordinación en el ámbito de los Servicios Sociales
33. Elaborar un Programa de prevención de la conducta suicida en el entorno educativo y creación de un protocolo de prevención, detección y abordaje del riesgo suicida en el ámbito educativo que se integre en el Plan estratégico de la Consejería de educación de La Rioja.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de programa piloto educativo • Nº de centros participantes en el programa de prevención • Nº de adolescentes participantes en los talleres de prevención • Nº de docentes participantes en el programa de prevención • Nº de personas que se derivan desde el programa piloto a salud mental infanto-juvenil • Evaluación del programa
34. Conocer y participar en la elaboración de protocolos de prevención de suicidio de la Policía Nacional, la Guardia Civil y la Policía Local tanto a nivel de intervención externa (población general) como a nivel de intervención interna (miembros de fuerzas de seguridad).	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de protocolos en formato digital y en papel
35. Conocer y participar en la elaboración de protocolos de prevención de suicidio de los Bomberos	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de protocolos Bomberos
36. Conocer y participar en la elaboración de protocolos de prevención de suicidio en el ámbito judicial.	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de protocolos en el ámbito judicial

<p>37. Fomentar el asociacionismo y la ayuda mutua entre personas que han perdido a un ser querido por suicidio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puesta en marcha de una Asociación de supervivientes en La Rioja
<p>38. Establecer y mantener líneas de colaboración con el Teléfono de la Esperanza de La Rioja en relación con la prevención, detección e intervención en situaciones de riesgo suicida así como en materia de formación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento del convenio de colaboración para prevención del suicidio • Nº de actividades en prevención de suicidio realizadas • Nº de intervenciones con conducta suicida realizadas por teléfono. • Nº de intervenciones con conducta suicida realizadas por profesionales presencialmente. • Nº de participantes en grupos de trabajo para personas con riesgo suicida. • Nº de actividades de formación
<p>39. Establecer y mantener líneas de colaboración con otras asociaciones y entidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de asociaciones vinculadas • Nº de actividades en prevención de suicidio realizadas • Nº de beneficiarios de actividades de prevención • Nº de actividades de formación

6. Comisión Comunitaria de coordinación para la prevención y atención de las conductas suicidas

Para el seguimiento y evaluación del Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja se prevé la creación de la Comisión Comunitaria de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas.

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

Las funciones de esta Comisión incluyen la propuesta anual ante las respectivas instituciones de las acciones a llevar a cabo en la prevención y actuación ante conductas suicidas, y supervisará la evolución de las medidas, actuaciones y compromisos que en el Plan se establecen.

Se garantizará una evaluación continua y seguimiento de las medidas estratégicas del Plan y de sus respectivos indicadores, así como del cumplimiento y revisión periódica de los protocolos y las acciones de coordinación desarrolladas para la prevención y actuación ante conductas suicidas.

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

El Observatorio Riojano del Suicidio dependerá de la Comisión Comunitaria para la prevención y atención de las conductas suicidas.

7. Bibliografía

- Aguirre RTP, Slater H. Suicide postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the United States. *Death Studies*. 2010.
- Almeida OP, Draper B, Snowdon J, Lautenschlager NT, Pirkis J, Byrne G, Sim M, Stocks N, Flicker L, Pfaff JJ. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *Br J Psychiatry*. 2012.
- Anseán-Ramos A. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2ª Edición. Madrid: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio; 2014.
- Association for Suicide Prevention. The CASP National Suicide Prevention Strategy 2009.
- Barak A. Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in Human Behavior*. 2007.
- Barber CW, Miller MJ. Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. *Am J Prev Med*. 2014.
- Beautrais AL. Suicide Postvention - Support for Families, Whānau and Significant Others after a Suicide: A literature review and synthesis of evidence. Christchurch: Christchurch School of Medicine & Health Services; 2004.
- Bennewith O, Nowers M, Gunnell D. Suicidal behaviour and suicide from the Clifton Suspension Bridge, Bristol and surrounding area in the UK: 1994-2003. *Eur. J. Public Health*. 2011.
- Bobes-García J, Giner-Ubago J, Saiz-Ruiz J, editores. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.
- Bowers L, Simpson A, Eyres S, Nijman H, Hall C, Grange A, Phillips L. Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: The Tompkins Acute Ward study. *Int J Ment Health Nurs*. 2006.
- Buus N, Caspersen J, Hansen R, Stenager E, Fleischer E. Being the parent of a son or daughter who has an emptied suicide: a qualitative focus group study. *J AdvNurs*. 2014.
- Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. *AnMed Interna*. 2004.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003.
- Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J AffectDisord*. 2013.
- Cebria AI, Pérez-Bonaventura I, Cuijpers P, Kerkhof A, Parra I, Escayola A, et al. Telephone Management Program for Patients Discharged from an Emergency Department After a Suicide Attempt: A 5-Year Follow-Up Study in a Spanish Population. *Crisis*. 2015.

- Centre for Mental Health in the Workplace. Suicide Prevention [Internet]. Manitoba: The Great-West Life Assurance Company; 2005-2016.
- Christensen H, Batterham PJ, O'Dea B. E-Health Interventions for Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014.
- Ybarra M.L., Eaton W.W. Internet-based mental health interventions. *Mental Health Serv. Res.* 2005.
- Christensen H., Petrie K. Online mental health Programs – Promising tools for suicide prevention. *Med. Today*. 2014.
- Criterios forenses para el internamiento voluntario e involuntario (civil) en España. Leopoldo Ortega-Monasterio. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, ISSN 1576-9941, Vol. 4, Nº. 1-3, 2004
- Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. Sense-making, grief, and the experience of violent loss: toward a mediational model. *Death Studies*. 2006.
- De la Torre Martí, M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Madrid. 2013.
- De Leo D, Padoani W, Scocco P, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal Behaviour. *Int J GeriatrPsych*, 2001.
- Dumesnil H, Verger P. Public Awareness Campaigns About Depression and Suicide: A Review. *Psychiatr Serv*. 2009.
- Fernández-Cabana M, García-Caballero A, Alves-Pérez M T, García-García M J, and Mateos R. Linguistic analysis of suicide notes in Spain. *Eur. J. Psychiat*. 2015.
- Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2008.
- Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008.
- FSME: Fundación Salud Mental España [Internet]. Madrid: FSME; 2015. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/61T4LS>
- Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio. Datos de Suicidio 2016. [Internet] [citado el 11 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>
- Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagu G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general. *Med Clin (Barcelona)* 2007.
- García-Caballero A y cols. Adaptación y Validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPPA) en Español. *Actas Esp. Psiquiatría*. 2010.
- Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codirisc de suïcidi (CRS). Barcelona. CatSalud. Instrucció 10/2015.
- Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S. Suicide Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review. *Global Journal of Health Science*. 2016.

- Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *RevPsiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014.
- Gobierno de la Rioja. Consejería de Sanidad. III Plan de Salud Mental 2016-2020.
- Gobierno de Navarra. Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas. Navarra: 2014.
- Greidanus E, Everall RD. Helper therapy in an online suicide prevention community. *Br J Guid Counc*. 2010.
- Gulfi A, CastelliDransart DA, HeebJL, Gutjahr E. The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis*. 2010.
- Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health*. 2007.
- Haas A, Koestner B, Rosenberg J, Moore D, GarlowSJ, Sedway J, et al. An interactive Web-based method of outreach to college students at risk for suicide. *J Am Coll Health*. 2008.
- Hawton K. Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis*. 2007.
- Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
- Hawton K., Williams K. Influences of the media on suicide. *British Medical Journal*, 2002.
- Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, BouleauJH, Van Der Feltz-Cornelis C et al. The European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008.
- Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AA. Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are they Methodologically Flawed? *Death Studies*. 2012.
- HM Government. Preventing Suicide in England: a cross-government outcomes strategy to save lives. England: 2011.
- Hosansky, D. Youth suicide: Should government fund more prevention programs? *_CQ Researcher*. 2004.
- Iglesias-García C, et al. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>
- Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte 2015 (publicadas el 27 de febrero de 2017). Madrid: Instituto Nacional Estadística.
- Institute of Medicine (US) Board on Neuroscience and Behavioural Health. Social and cultural factors in suicide risk. 2001. En: *Risk Factors for Suicide: Summary of a Workshop*. [Internet] Washington (DC).
- Jashinsky J, Burton SH, Hanson CL, West J, Giraud-Carrier C, Barnes MD, Argyle T. Tracking suicide risk factors through twitter in the US. *Crisis*. 2014.
- Jollant F, Guillaume S, Jausse I, Castelanu D, Malafosse A, Courtet P. Impaired decision making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *J Affect Disord*. 2007.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020.

Lai MH, Maniam T, Chan LF, Ravindran AV. Caught in the Web: A Review of web-based suicide prevention. *J Med Internet Res*. 2014.

LichtenthalWG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*. 2004.

Lin JJ, Lu TH. Association between the accessibility to lethal methods and method-specific suicide rates: An ecological study in Taiwan. *J. Clin. Psychiatry*. 2006.

López-Castroman J, Méndez-Bustos P, Pérez-Fominaya M, Villoria-Borrego L, Zamorano-Ibarra

Luxton DD, June JD, Fairall JM. Social Media and Suicide: A Public Health Perspective. *Am J Public Health*. 2012.

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002.

Mann J.J, Arango V. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behaviour. *J Clin Psychopharmacol*. 1992.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*. 2005.

Mann J.J, Haghghi F. Genes and environment: Multiple pathways to psychopathology. *Biological Psychiatry*. 2010.

Mann J. J. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003.

Manning J, Vandeusen K. Suicide prevention in the dot com era: technological aspects of a university suicide prevention program. *J Am Coll Health*. 2011.

Martin G, Page A. National Suicide Prevention Strategies: a Comparison. The University of Queensland: 2009.

McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, de Leo D, et al. Problem- solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study. *Psychol Med*. 2006.

McDaid C, Trowman R., Golder S, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2008.

Mead S, MacNeil C. Peer support: What makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2006.

Miller K. The potential role of the Internet in suicide prevention. *Counselling, Psychotherapy, and Health*. 2009.

MJ et al. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas EspPsiquiatr* 2015.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: 2007.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. [citado 11 marzo 2017]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

Mittendorfer. E, Wasserman D. The Who European monitoring surveys on national suicide preventive programmes and strategies. Suicidologi. 2004

Mohamed F, Manuweera G, Gunnell D, Azher S, Eddleston M, Dawson A, Konradsen F. Pattern of pesticide storage before pesticide self-poisoning in rural Sri Lanka. BMC Public Health. 2009.

Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. PsychiatrServ. 2001.

Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health. Evidence In-Sight: Staff psychological debriefing model following the death of a patient or a traumatic event. [Internet]. Ontario: Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health; 2013.

Oquendo M.A, Galfalvy H, Russo S, Ellis S.P, GrunebaumM.F, Burke A, Mann J.J. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2004.

Organización Mundial de la Salud. Asociación Internacional para la prevención del suicidio. Prevención del Suicidio en Cárceles y prisiones. Ginebra: OMS; 2007.

Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del Suicidio: un imperativo global. Washington: 2014.

Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra: OMS; 2000.

Organización de las Naciones Unidas. Prevención del Suicidio: directrices para la formulación y la aplicación de estrategias. Washington: UN; 1996.

Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Recursos para consejeros. Ginebra: OMS; 2006.

Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento en el trabajo. Ginebra: OMS; 2006.

Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: OMS; 2001.

Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. Ginebra: OMS; 2000.

Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para los medios de comunicación. Ginebra: OMS; 2000.

Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 2000.

- Organización Mundial de la Salud. Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE) Ginebra: OMS; 2000.
- Osteen PJ, Frey JJ, Ko J. Advancing training to identify, intervene, and follow-up with individuals at risk for suicide through research. *Am. J. Prev. Med.* 2014.
- Pae C-U. Influence of media on suicide: proper coverage of media on suicide report. *J Korean Med Sci.* 2014.
- Parra-Uribe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A, Oquendo MA, Palao-Vidal D. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry.* 2017.
- Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged Grief Disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine.* 2009.
- Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry.* 2005.
- Ramberg IL, Di Lucca MA, Hadlaczky G. The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. *Int J of Environ Res and Public Health.* 2016.
- Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep.* 2014.
- Rawlinson D, Waegemakers J, Barlow S, Barlow C. *New Scholarship in the Human Services.* 2009.
- Recupero R, Harmss E, Noble JM. Googling suicide: surfing for suicide information on the internet. *J Clin Psychiatry.* 2008.
- Reijas M T, Ferrer E, González A e Iglesias F. Evaluación de un Programa de Intervención en conducta suicida. *Actas Esp Psiquiatría.* 2013.
- Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol.* 2014.
- Riblet NBV et al. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* 2017 .
- Rivera B, Casal B, Currais L. Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *Eur J Health Econ.* 2017 Jan;18(1):83-96. doi: 10.1007/s10198-015-0760-3
- Rudd MD, Berman AL, Joiner TE Jr, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, Van Orden K, Witte T. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav.* 2006.
- Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria.* 2006.
- Rurup ML, Deeg DJ, Poppelaars JL, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis.* 2011.
- Sáiza P, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, Patricia Burón P et al. Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos

(PSyMAC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2014.

Sakinofsky I. *The Aftermath of Suicide: Managing Survivors' Bereavement*. *Can J Psychiatry*. 2007.

Santana da Silva T, BotelhoSougey E, Silva J. Estigma social en el comportamiento suicida: reflexiones bioéticas. *Rev. Bioét.* 2015.

Santurtún M et al. Afecta el medio a los suicidios que se cometen en España? Análisis descriptivo del patrón temporoespacial. *Rev Psiq Salud Mental* 2017.

Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling Access to Suicide Means. *Int J Environ Res Public Health*. 2011.

Servicio Madrileño de Salud. *Memoria del Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020*. Madrid. 2018.

Servizo Galego de Saúde. *Xerencia Estructura Xestión Integrada Vigo*. Protocolo de Actuación Manejo de Urgencias Psiquiátricas en el Hospital Álvaro Cunqueiro.

Sher L, LaBode V. Teaching health care professionals about suicide safety planning. *PsychiatrDanub*. 2011.

Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'CarrollPW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 2007.

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.

Sisask M, Värnik A. Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2012.

Solomon, P. Peer Support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J*. 2004.

Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry*. 2007.

Suicide prevention. WHO European Ministerial Conference on Mental Health; Helsinki: World Health Organization; 2005.

Takahashi C, Chida F, Nakamura H, Akasaka H, Yagi J, Koeda A. et al. The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC psychiatry*. 2011.

Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, Zisook S. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012.

Tiesman, HM, Konda S, Hartley D, Chaumont Menéndez C, Ridenour M, Hendricks S. Suicide in U.S Workplaces, 2003-2010: a comparison with non-workplace suicides. *Am J Prev Med*. 2015.

Ting L, Sanders S, Jacobson JM, Power JR. Dealing with the aftermath: a qualitative analysis of mental health social workers' reactions after a client suicide. *Soc Work*. 2006.

Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2010.

Triñanes Pego Y, Senra Rivera C, Seoane Pesqueira G, González García A, Alvarez Ariza M, De las Heras Liñero H, Atienza Merino G. Satisfacción y utilidad percibidas por pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención de suicidio. *Revista de calidad asistencial*, 2014.

Unión Europea. Programa de Salud-Consumidores, Sanidad y Agencia Ejecutiva de Alimentos. Proyecto PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU). UE; 2011

U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington, DC: HHS, September 2012.

Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006.

Van Heeringen C, Bytтеbier S, Godfrin K. Suicidal brains: A systematic review of structural and functional brain studies in association with suicidal behaviour. *Neurosci and Biobehav Rev*. 2011.

Van Heeringen K. The Neurobiological Basis of Suicide. En: Dwivedi Y, editor. *Stress-Diathesis Model of Suicidal Behavior*. Boca Raton (FL): CR Press/Taylor & Francis; 2012.

While D, Bickley H, Roscoe A, Windfur K, Rahman S, Shaw J, Kapur N. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates 1997-2006: a cross-sectional and before-and- after observational study. *Lancet*. 2012.

World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework. Geneva: WHO; 2012.

Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. Estrategia Sergas 2014. La sanidad pública al servicio del paciente. Santiago de Compostela; 2014.



riojasalud.es