ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EUSKADI

Osakidetza

Euskadi, bien común

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EUSKADI

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2019

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red Bibliotekak
del Gobierno Vasco: http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac

Edición
1ª, abril 2019

Tirada
1200 ejemplares

©
Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

Internet
www.euskadi.eus

Edita
Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
C/ Donostia-San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño y Maquetación
Colectivo Verbena

Dirección, coordinación y elaboración
Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza

Impresión
Xxxxxxxx

Depósito Legal

VI 250-2019

ÍNDICE

PARTE I. INTRODUCCIÓN **7**

1. Epidemiología de la conducta suicida 8
    1.1. Conducta suicida en el mundo 8
    1.2. Conducta suicida en Europa 9
    1.3. Conducta suicida en el Estado español 10
2. Evidencia sobre la conducta suicida y su prevención 12
    2.1. Factores asociados a la conducta suicida 13
    2.2. Evidencias sobre la prevención de la conducta suicida 15

PARTE II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN LA CAE **19**

3. Marco normativo y planificador 20
4. Epidemiología de la conducta suicida en la CAE 21
    4.1. Ideación suicida 21
    4.2. Tentativas suicidas 23
5. Recursos e iniciativas de prevención disponibles 37
    5.1. Intervenciones multicomponente 37
    5.2. Investigación 37
    5.3. Información y concienciación sobre la conducta suicida 39
    5.4. Restricción del acceso a medios letales 39
    5.5. Emergencias y primera intervención 39
    5.6. Ámbito educativo 40
    5.7. Sistema de servicios sociales 40
    5.8. Ámbito laboral 41
    5.9. Ámbito sanitario 41
    5.10. Postvención 42
    5.11. Colectivos en situación de vulnerabilidad 42

PARTE III. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN **45**

6. Principios 46

7. Objetivos 48

7.1. Objetivo general 48

7.2. Objetivos específicos 48

8. ÁREAS DE ACTUACIÓN Y MEDIDAS 48

8.1. Coordinación y seguimiento de la Estrategia 49

8.2. Vigilancia epidemiológica e investigación 49

8.3. Información y concienciación 50

8.4. Acceso a medios letales 51

8.5. Emergencias y primera intervención 52

8.6. Entorno comunitario 53

8.7. Ámbito sanitario 55

8.8. Postvención 59

8.9. Colectivos en situación de vulnerabilidad 60

9. Despliegue y evaluación de la Estrategia 61

9.1. Despliegue de la estrategia 61

9.2. Evaluación de la estrategia 69

Anexos **79**

Anexo 1. Grupo de trabajo 80

Anexo 2. Marco normativo y planificador internacional y estatal 83

Anexo 3. Factores de la conducta suicida 87

Anexo 4. Evidencia sobre prevención de la conducta suicida 94

4Anexo 5. Marco normativo y planificador en la CAE 105

Referencias 109

PARTE I.
INTRODUCCIÓN

1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA

1.1. CONDUCTA SUICIDA EN EL MUNDO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el suicidio como una prioridad de salud pública. En el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, los Estados Miembros se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para el año 2020[1] (Anexo 2).

Se calcula que alrededor de 800.000 personas se quitan la vida cada año en el mundo, una cada 40 segundos, aunque esta cifra se multiplica por 20 cuando se habla de intentos. Para más concreción, en el año 2016 se estimaron 793.000 muertes por suicidio en el mundo; lo que indica una tasa de 10.5/100.000 habitantes al año[2].

Estos datos resultan alarmantes, teniendo en cuenta que esta frecuencia ha aumentado un 50% durante los últimos 60 años[3] y se prevé que en el 2020 se llegue a superar el millón y medio de muertes por suicidio, lo que supondría otro aumento del 50%[4].

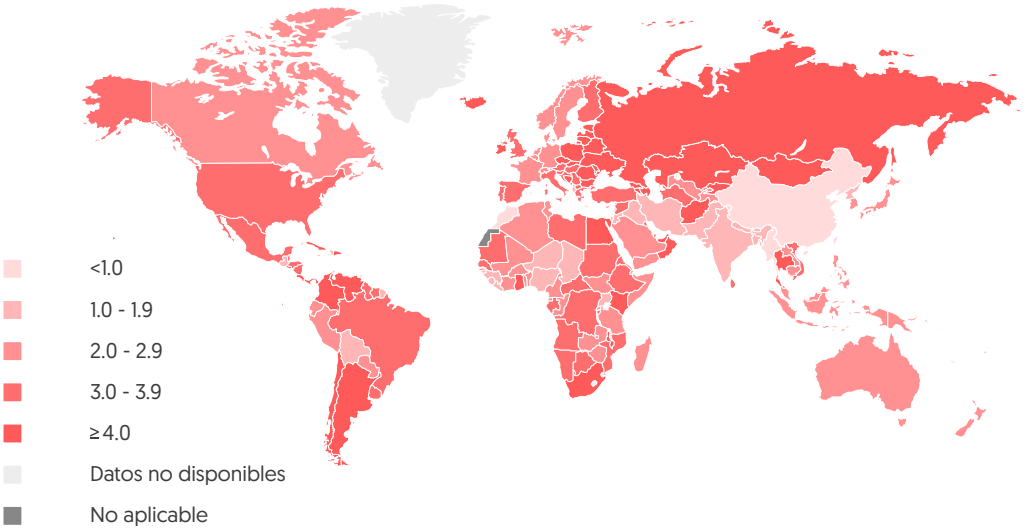
A pesar del aumento en la población mundial entre 2000 y 2012, el número de suicidios ha disminuido un 9%. La tasa global de suicidios estandarizada por edad ha disminuido un total del 26% (23% en hombres y 32% en mujeres) en este periodo, excepto en África, en la Región Mediterránea Oriental y en Estados Unidos[5]. En este último, el Centro para la Prevención y Control de las Enfermedades (CDC) publicó un estudio epidemiológico entre 1999 y 2016, donde se describe un aumento alarmante de más del 30% de suicidios anuales en 25 de los estados, siendo la 2ª causa principal de muerte entre las personas jóvenes de 15 a 34 años[6].

Aunque todavía existen limitaciones en los procedimientos de registro que pueden conducir a errores en la cuantificación del suicidio[7], en 2016 fue la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15-29 años en todo el mundo, después de los accidentes de tráfico; aunque la tasa de suicidios es mayor entre las personas mayores, sobre todo a partir de los 70 años[3].

Con relación al sexo también existen diferencias significativas; los hombres presentan una tasa de suicidio considerablemente mayor, que prácticamente duplica la de las mujeres; concretamente, en el año 2016, la ratio de suicidio varones:mujeres fue de 1,8. En los países más ricos se suicidan 3 hombres por cada mujer (Ilustración 1)[8].

Respecto a estas diferencias, Payne, Swami y Stanistreet[9], tras realizar una revisión bibliográfica desde la perspectiva de género, argumentan que los factores individuales y la historia de vida, las variables sociales y comunitarias y las condiciones de trabajo, pasadas por el tamiz de la construcción social del género tendrían influencia sobre las conductas relacionadas con el suicidio.

Ilustración 1. Ratio de suicidio varones:mujeres estandarizadas por edad, 2016. Fuente: OMS, 2016.



Respecto al método, alrededor de un 20% de los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. En los países de ingresos altos, el método elegido en el 50% de los casos es el ahorcamiento, seguido de las armas de fuego con un 18%[10].

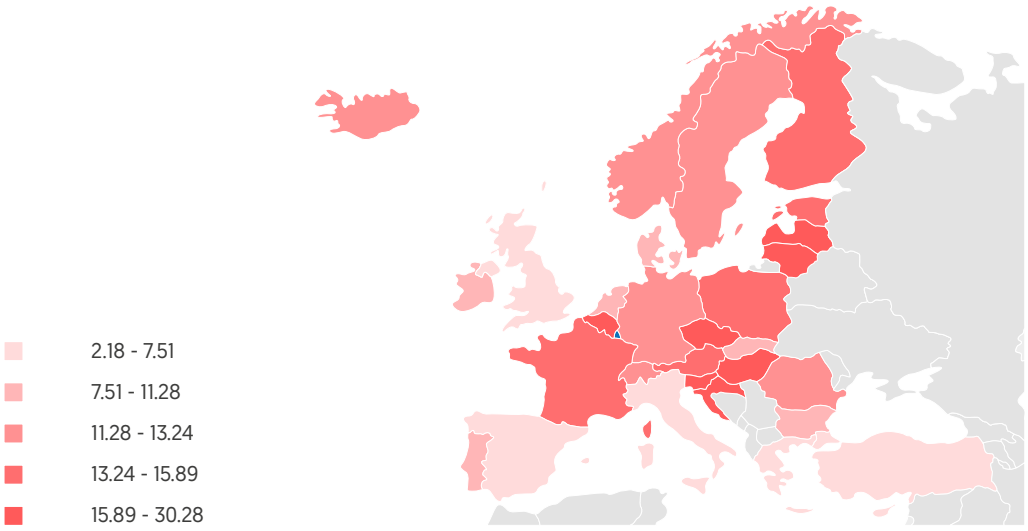
Los datos también muestran diferencias en cuanto a los métodos utilizados por las mujeres y los hombres en el comportamiento suicida (ya sea mortal o no mortal). Algunos autores argumentan que los hombres tenderían a utilizar métodos más activos y violentos (por ejemplo, armas de fuego), si bien se han descrito diferencias entre países que podrían estar influidas por factures culturales [11, 12].

Considerando únicamente los países que conforman la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), entre los años 1990 y 2015 la prevalencia de suicidio ha descendido un 30%; un porcentaje que supera el 40% en casos como Islandia, Letonia y Hungría. España mantiene unas tasas de suicidio constantes, aunque en niveles relativamente bajos en comparación con el resto de los países de la OCDE[13]. Según los últimos datos disponibles del 2016, las tasas de suicidio por 100.000 habitantes más altas se registraron en Lituania, Corea, Letonia y Eslovenia, con cifras significativamente altas: 26,7, 25,8, 18,1 y 18,1 respectivamente. Las tasas más bajas se recogen en Turquía, Grecia e Israel, con una tasa inferior a 5 muertes por cada 100.000 habitantes[14].

1.2. CONDUCTA SUICIDA EN EUROPA

La Unión Europea también considera el suicidio como un problema al que hay que dar una respuesta prioritaria. En 2009 la **Resolución del Parlamento Europeo sobre la salud mental** (2008/2209(INI)) y posteriormente la **Acción Conjunta para la Salud y el Bienestar Mental** de 2013 piden a los estados miembros la aplicación de programas intersectoriales de prevención del suicidio (Anexo 2). En 2016, según la OMS, la tasa bruta promedio de suicidio a nivel europeo fue de 15,4 suicidios por cada 100.000 habitantes. España se encuentra por debajo de esta media con una tasa de 8,7. Analizando únicamente los países de la Unión Europea (UE), se observa una tendencia a la baja de la tasa de suicidios, aproximadamente un 20%, entre los años 2000-2013. Según la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), en el año 2015 se estimó una tasa estandarizada de 10,91 muertes por cada 100.000 habitantes, observándose las tasas más bajas en los países del sur como Italia, Grecia, Chipre y España (Ilustración 2).

Ilustración 2. Tasa de suicidios estandarizada por 100.000 habitantes. UE, año 2015. Fuente Eurostat, 2015.



1.3. CONDUCTA SUICIDA EN EL ESTADO ESPAÑOL

A nivel estatal, la conducta suicida y la disminución de las tasas de suicidio en grupos de riesgo están entre los objetivos principales de la **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud** de 2006 y de su posterior actualización de 2009-2013 (Anexo 2).

En el año 2016, se produjeron en España un total de 3.569 suicidios (una media de 10 suicidios/día), lo que supone un suicidio cada 2,5 horas. El suicidio sigue siendo la primera causa de muerte externa en España; supone el doble de las víctimas mortales producidas por los accidentes de tráfico y 80 veces más que las provocadas por violencia de género[15].

Es importante señalar la observación que hace el INE respecto al incremento de las cifras a partir de 2013, de las que comenta que no son 'estrictamente comparables' con años anteriores por haberse podido acceder a los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid, lo cual ha modificado significativamente el número de muertes asignables al suicidio en esa comunidad y, por tanto, en el total. Sin el efecto de esta variación metodológica, el aumento habría sido del 2,7%.

En relación con el sexo, la prevalencia de suicidio en varones es significativamente mayor a la de las mujeres, con un porcentaje del 74,6 % y 25,4%, respectivamente. Si se compara con los datos de 2015 se observa una disminución total del 0,9% en el número de suicidios (3.569), una tendencia más pronunciada en el caso de las mujeres, con una reducción del 1,7% en comparación con los hombres, con un 0,6%. Se observa una tendencia similar a lo largo de los últimos 16 años (2000-2016) en ambos sexos. Entre 2011 y 2014 se registra un ascenso en el número de casos, alcanzando un pico máximo en 2014, año a partir del cual el número de suicidios disminuye de manera significativa; una disminución que tiende a estabilizarse en los años 2015 y 2016 (Gráfico 1), aunque todavía siguen registrándose cifras de más de 3.500 casos al año.

Analizando las tasas en función de la edad, un dato relevante es que entre jóvenes de 15 a 29 años el suicidio se ha situado como la segunda causa de muerte absoluta, detrás de los tumores (Gráfico 2). El riesgo de suicidio crece con la edad, sobre todo en el caso de los varones, que presentan un aumento significativo de la tasa de suicidio a partir de los 70 años, aunque el pico máximo de suicidios consumados (teniendo en cuenta el número

total de casos) se sitúa entre los 40 y 59 años.

Gráfico 1. Número de suicidios por sexos en España, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.

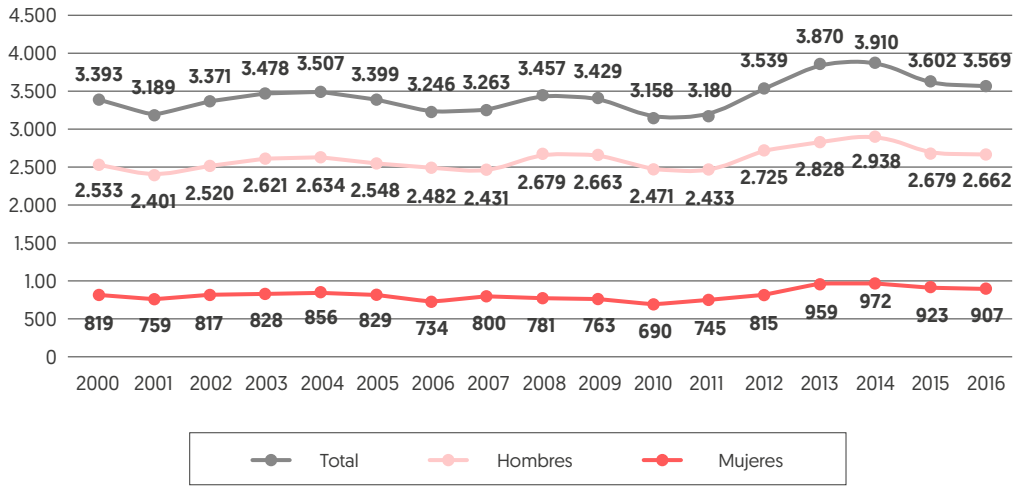
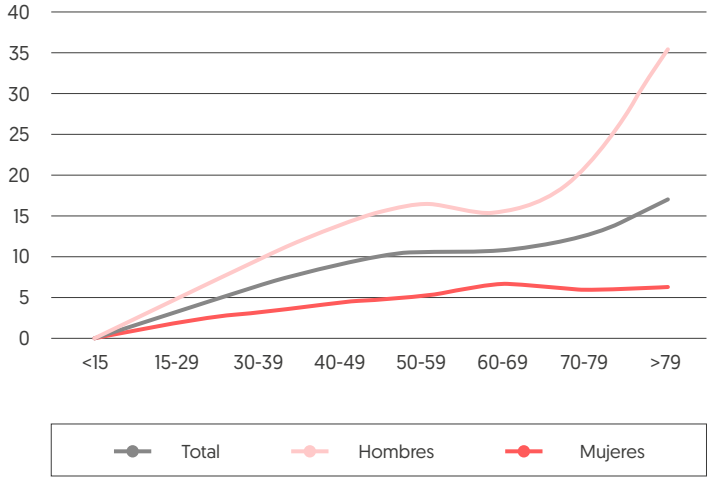


Gráfico 2. Tasa de suicidios por 100.000 habitantes, por edades y sexos en España, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

Edades (años)	Total	H.	M.
<15	0,17	0,22	0,12
15-29	3,47	4,98	1,91
30-39	6,47	9,71	3,16
40-49	9,19	13,93	4,32
50-59	10,72	16,42	5,15
60-69	10,87	15,56	6,55
70-79	12,66	20,87	5,96
>79	16,88	35,32	6,24
Total	**7,46**	**11,84**	**3,67**



El método más empleado varía en función del sexo. Más del 50% de los hombres opta por el ahorcamiento y casi el 40% de las mujeres utiliza la precipitación. El envenenamiento por fármacos y otras sustancias también es más común en las mujeres, mientras que el uso de armas de fuego lo es en los hombres (Gráfico 3).

A nivel de comunidades autónomas, teniendo en cuenta que la tasa de suicidio promedio en el Estado es de 7,46 suicidios por cada 100.000 habitantes (Gráfico 4), destacan Galicia y Asturias con una tasa de 11,8 y 10,89, respectivamente. En el polo opuesto, está la Comunidad de Madrid, (hay que tener en cuenta, tal y como se ha señalado anteriormente, la escasa notificación de datos en esta Comunidad hasta 2013) con una tasa de 4,73 seguida por Cantabria y Castilla-La Mancha, con 6,34 y 6,35, respectivamente.

Finalmente, hay que añadir que los intentos de suicidio en España se cifran entre 50-90 por 100.000 habitantes/año[16]. El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extrahospitalario de 28/100.000 habitantes[17] y de 170/100.000-habitantes en medio hospitalario[18].

Gráfico 3. Métodos de suicidio empleados por sexos en España, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

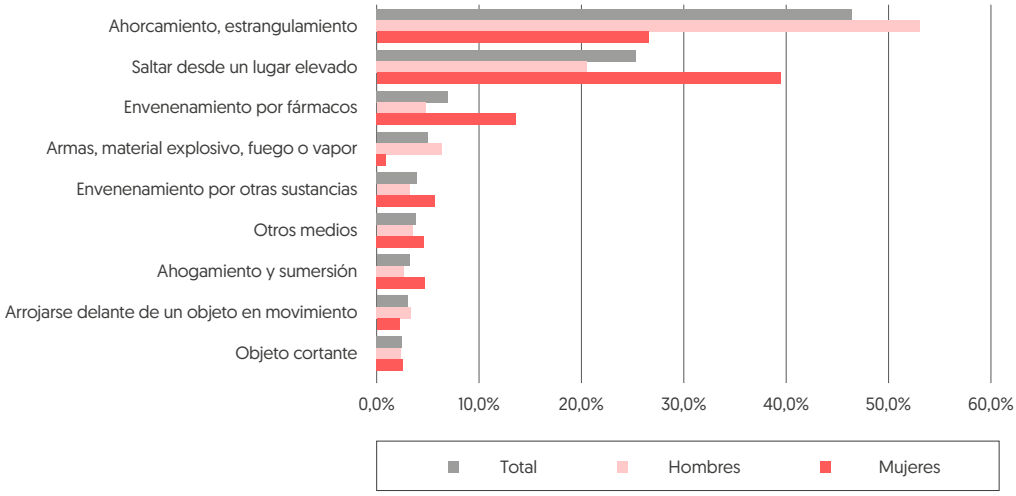
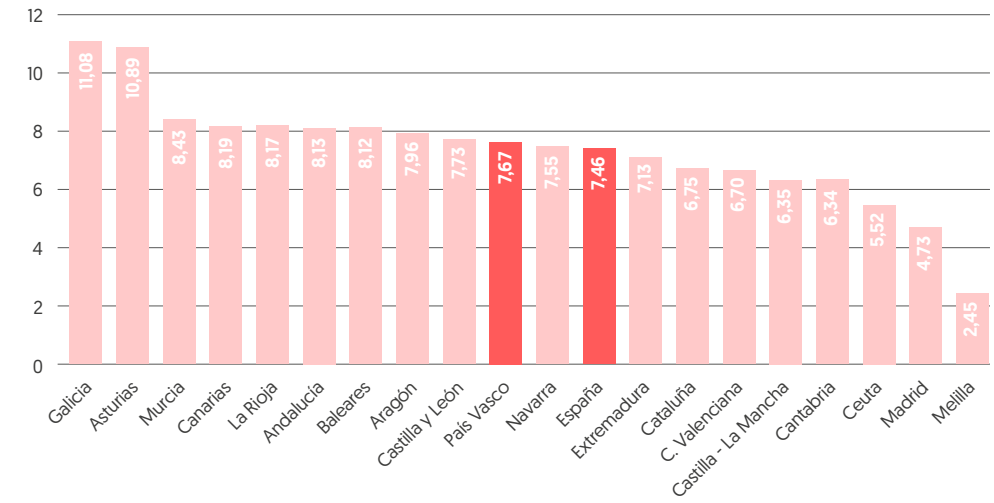


Gráfico 4. Tasa de suicidios por comunidades autónomas en España, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.



2. EVIDENCIA SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA Y SU PREVENCIÓN

La conducta suicida es compleja, ya que se asocia a factores de riesgo y vías causales múltiples e interrelacionadas de tipo biológico, psicológico, socioeconómico y/o cultural. Dichos factores abarcan los niveles individuales, interpersonales, comunitarios y sociales que, además, pueden cambiar con el tiempo.

Por todas estas razones, la prevención del suicidio requiere un enfoque sostenido e integral, pero flexible, que incorpore una variedad de intervenciones desde diferentes ámbitos. En los últimos años ha aumentado la evidencia científica disponible sobre las intervenciones eficaces para prevenir la conducta suicida o mitigar su impacto.

Como señala la OMS, una de las bases de cualquier respuesta eficaz para la prevención de la conducta suicida está relacionada, por un lado, con la correcta identificación de los factores asociados a ella y, por otra, con la puesta en marcha de acciones y estrategias para la prevención del suicidio basadas en la mejor evidencia científica disponible. La incorporación del enfoque de género en el diseño de intervenciones es un aspecto de especial relevancia y sobre el que comienza a existir algunas iniciativas concretas[9,19].

2.1. FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

Se considera que existen factores de riesgo, precipitantes, protectores y señales de alerta que influyen en la suicidalidad de una persona. Los **factores de riesgo** pueden ser individuales, sociofamiliares y contextuales (Tabla 1). Entre los factores individuales, los problemas de salud mental y los intentos de suicidio previos se encuentran entre los factores de riesgo más importantes para consumarlo. Los primeros están presentes en el 90% de las autopsias psicológicas realizadas[20] y los intentos de suicidio previos aumentan el riesgo hasta 100 veces más que en la población general[21].

A pesar de ello, los estudios indican que solo un 30% de las personas que se suicidan tenían historia de tratamiento previo con personal profesional de la salud mental, lo cual hace especialmente necesario incluir a otros servicios sanitarios o comunitarios en la prevención del suicidio[22]. La edad y el sexo también se consideran factores relevantes; los hombres mayores de 65 años y, particularmente, de 75 años, son los que tienen una tasa mayor de suicidio consumado[23,24], siendo 2-4 veces mayor en los hombres que en las mujeres[25,26] (Anexo 3). La tasa de suicidio en los hombres es entre 2 y 4 veces superior a la de las mujeres, destacando, por ejemplo, el caso de algunos países como Lituania, donde es 6 veces superior (Gráfico 5).

El conocimiento de estos factores de riesgo y su incorporación sistemática en las evaluaciones clínicas es de especial relevancia y permite optimizar el manejo del riesgo (por ejemplo, ofreciendo tratamientos específicos para personas con antecedentes de abuso sexual, maltrato infantil, etc.).

Gráfico 5. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes estandarizada por edad en hombres y mujeres. UE, año 2015. Fuente: OCDE, 2016[27].

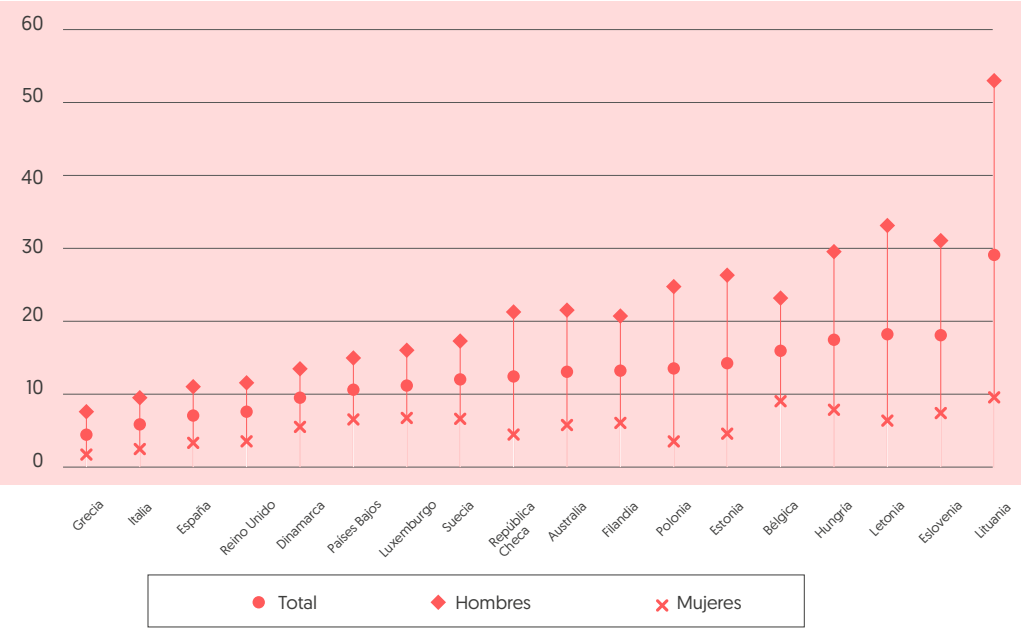


Tabla 1. Factores de riesgo de la conducta suicida. Fuente: elaboración propia.

FACTORES DE RIESGO	**INDIVIDUALES**	· Problemas de salud mental.	· Trastorno depresivo. · Trastorno bipolar. · Esquizofrenia. · Trastorno de la conducta alimentaria. · Abuso de sustancias. · Déficit de atención por hiperactividad, etc.
		· Factores psicológicos y rasgos de personalidad.	· Desesperanza. · Perfeccionismo. · Impulsividad
		· Intentos de suicidio previo e ideación suicida.	
		· Enfermedad física, dolor crónico o discapacidad.	
		· Factores genéticos.	
		· Edad (adolescencia y edad avanzada).	
		· Sexo.	
	SOCIOFAMILIARES Y CONTEXTUALES	· Historia familiar de suicidio. · Falta de apoyo sociofamiliar y discriminación. · Nivel socioeconómico y situación laboral. · Facilidad de acceso a medios letales. · Exposición a violencia, situaciones traumáticas o abusos. · Estigma o barreras culturales que dificultan la búsqueda de ayuda. · Barreras en el acceso al sistema de salud.	

Los **factores precipitantes** son eventos o situaciones que pueden provocar un estrés intenso en un momento particular de una persona y pueden precipitar un acto suicida. En los varones, algunos tipos de estresores se relacionan con la enfermedad somática, los conflictos interpersonales, los problemas financieros, problemas laborales, familiares, desempleo, problemas de salud en la familia. En las mujeres, los tipos de estresores que más influirían son los trastornos mentales, los conflictos interpersonales y la pérdida de seres cercanos[28] (Anexo 3). La pérdida de vivienda y desahucio también se han relacionado con un mayor número de suicidios[29].

Las **señales de alerta** indican que una persona podría estar en un mayor riesgo de suicidio. Si bien pueden ser normales en ciertas etapas de la vida de algunas personas, hay que vigilarlas en aquellas que tienen factores de riesgo. Estas señales pueden ser físicas o de comportamiento y verbales e incluyen por ejemplo el autoabandono, el aislamiento social y familiar, comportamientos altamente temerarios y otras conductas no esperadas como cumplir deseos pendientes, regalar pertenencias valiosas para la persona, despedidas inusuales (como si no se volviera a ver a la persona), entre otros. (Anexo 3).

Como contraparte, los **factores protectores** proveen protección contra la conducta suicida (Tabla 2). Pueden ser factores individuales que incluyen habilidades sociales, capacidad de resolución de problemas, autocontrol de la impulsividad, alta autoestima, presencia de estrategias de afrontamiento adecuadas y capacidad de resiliencia[30]. También se consideran importantes los valores y normas, como el valor de la propia vida, la esperanza y el optimismo[31]. Entre los factores externos destacan la accesibilidad a los dispositivos de salud, la existencia de una red social y familiar apropiada, la participación social, y la restricción a métodos letales de suicidio[32]. Los factores sociales y culturales que influyen en un mayor conocimiento y visibilización social del suicidio o de los trastornos mentales y que facilitan la búsqueda de ayuda también son relevantes (Anexo 3).

Tabla 2. Factores protectores de la conducta suicida según las etapas de la vida. Fuente: modificado de Mental Health Commission Australia[33].

EDAD TEMPRANA	· Desarrollar el bienestar físico, emocional y psicológico. · Tener relaciones afectuosas y saludables. · Adquirir habilidades efectivas de afrontamiento. · Tener apoyo extendido de la familia y la comunidad. · Desarrollar el apego saludable.
EDAD ESCOLAR	· Estimular la autoestima, comunicación y afrontamiento. · Desarrollar relaciones de apoyo con la familia, las y los compañeros y la comunidad en general. · Participar en actividades escolares, educativas y recreativas. · Potenciar la seguridad personal y ayudar a establecer límites apropiados. · Buscar y tener un referente positivo.
EDAD ADULTA	· Tener la capacidad de cuidar de su propia salud y bienestar y poder acceder a recursos de apoyo. · Tener herramientas para crear y mantener relaciones personales y sociales satisfactorias. · Tener la habilidad para afrontar emociones o problemas difíciles. · Desarrollar habilidades para vivir de forma independiente y alcanzar metas personales. · Tener los recursos para hacer una transición exitosa de la escuela al trabajo o estudio.
ETAPA LABORAL	· Tener una identidad fuerte con sentido de propósito y control sobre la vida propia. · Participar en actividades para buscar el bienestar continuo y la salud. · Mantener relaciones y responsabilidades familiares y sociales más profundas. · Tener oportunidades para hacer una contribución significativa o mostrar liderazgo en casa, en el trabajo o en la comunidad. · Tener las finanzas estables, empleo y vivienda segura.
EDAD AVANZADA Y VEJEZ	· Mantener actividad mental, física y social. · Tener oportunidades para contribuir y ser valorados por la familia y la comunidad. · Poder administrar problemas de salud efectivamente y poder acceder a los servicios de salud. · Tener una transición positiva del trabajo y las responsabilidades familiares a la jubilación. · Tener seguridad financiera, vivienda segura y apoyo social. · Tener creencias y valores arraigados para enfrentar el cambio o la pérdida de forma positiva.

2.2. EVIDENCIAS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

La evidencia científica sugiere que existen algunas acciones que tienen una mayor eficacia para contrarrestar los factores de riesgo antes mencionados y reducir la aparición e impacto de la conducta suicida. Las medidas desarrolladas y que cuentan con el respaldo de la literatura se agrupan en tres grupos principales, según sean de **prevención, intervención o seguimiento**[34,35] (Tabla 3). Partiendo de estas medidas, diversos países han venido desarrollando estrategias de prevención y abordaje de la conducta suicida atendiendo a las necesidades y características de cada población (Anexo 4).

2.2.1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las **medidas de prevención,** a su vez, pueden ser universales, selectivas e indicadas. Las medidas de **prevención universal** se dirigen al público en general o a toda una población (por ejemplo, nacional, regional, comunitaria) que no se haya identificado en función del riesgo individual. Estas estrategias buscan promover el acceso a la atención de salud; fomentar acciones de prevención del trastorno mental y promoción de la salud mental, tales como reducir el consumo de alcohol, que está asociado con un mayor riesgo de suicidio[36]; limitar el acceso a los medios letales para suicidarse, medida que ha resultado

ser efectiva cuando el método es altamente letal, fácilmente disponible y es responsable de un número significativo de suicidios[20,37]; o promover una información responsable por parte de los medios de difusión para evitar exaltar el suicidio y aumentar el riesgo de suicidio por imitación en las personas vulnerables[38] (Anexo 4). A nivel comunitario es fundamental el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, tanto desde el ámbito escolar, como laboral, con colectivos vulnerables, etc. Se incluyen, por ejemplo, los programas de gestión de emociones y habilidades sociales en edad infantojuvenil, los programas de parentalidad positiva, los programas de promoción de hábitos saludables, o el apoyo psicosocial para personas cuidadoras, etc. Las medidas de **prevención selectiva** están dirigidas a grupos de población que presentan mayor riesgo de presentar conducta suicida que el existente en la población general sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional o ciertos antecedentes personales o familiares, etc. Incluye por ejemplo a las personas que han padecido traumas o abusos, las afectadas por conflictos o desastres, o los familiares de personas que se han suicidado[39]. Estas acciones de prevención se realizan mediante el desarrollo de programas de prevención del suicidio específicos para estos colectivos en situación de vulnerabilidad[40], y se desarrollan habitualmente desde el entorno comunitario. Incluiría programas de prevención en el ámbito educativo, que han mostrado su eficacia para reducir los intentos y pensamientos suicidas[41] o la formación y capacitación de agentes sociales, que ha demostrado ser efectiva para disminuir el estigma. También aumentar el conocimiento sobre la conducta suicida y mejorar las actitudes y la confianza para identificar y ayudar a personas en riesgo de suicidio[42] (Anexo 4). Las medidas de **prevención indicada** se dirigen a determinadas personas altamente vulnerables dentro de la población, por presentar ya signos sugerentes de riesgo suicida o una enfermedad altamente asociada a dicho riesgo (por ejemplo, algunos trastornos mentales o enfermedades físicas)[39]. Las acciones de intervención son diversas como, por ejemplo, hacer un seguimiento de esas personas con agentes de la salud, con especialización o generales; o realizar una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales[39]. Algunas de las medidas más efectivas incluyen brindar apoyo a las y los profesionales y proveedores de Atención Primaria para mejorar su capacidad de detección y abordaje de ese riesgo[43]; la creación de programas o herramientas específicas de detección en atención primaria, servicios de urgencias y emergencia (cuya efectividad se ha demostrado en personas adultas y tras una adecuada capacitación[44]); capacitar a familiares/cuidadores o cuidadoras de personas con alto riesgo y poner en marcha programas de atención y apoyo basados en las tecnologías de la información y comunicación (TICs)[45] (Anexo 4).

2.2.2. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

Las **medidas de intervención** están dirigidas a personas que tienen una situación de riesgo de suicidio claramente identificada, habitualmente relacionada con ideación, planificación o intentos de suicido recientes. Estas medidas se clasifican en identificación de casos y tratamiento específico para el riesgo de suicidio y el trastorno mental de base que a menudo está presente. Entre las medidas más efectivas se incluyen el uso de tratamiento farmacológicos o la psicoterapia. En el primer grupo, tanto la clozapina como el litio han demostrado eficacia antisuicida que podría ser independiente de su efecto sobre el trastorno mental y se recomiendan para reducir este riesgo en pacientes con patología afectiva o psicótica. Por otro lado, el tratamiento con antidepresivos en personas adultas con diagnóstico de depresión se ha asociado a un menor riesgo de suicidio[37]. Además, el uso de nuevos fármacos como la ketamina parece prometedor para disminuir la ideación y conducta suicida[37]. A su vez, ciertas modalidades de psicoterapias que abordan de forma específica el riesgo de suicidio parecen ser efectivas en personas de alto riesgo y obtendrían mejores resultados que las psicoterapias no específicas[46]. Algunas de las modalidades que obtienen mejores resultados en prevención de suicidio son la terapia

dialéctico-conductual (TDC), la terapia cognitivo-conductual orientada a la prevención de suicidio (TCC-PS) o la terapia de resolución de problemas[47]. Por otro lado, existen diversas modalidades de intervención "breve" (por tanto, más fácilmente generalizables en un entorno asistencial concreto), que están acumulando evidencia de su eficacia y comienzan a recomendarse como herramientas de prevención en personas de riesgo. Incluyen, por ejemplo, la elaboración de planes individualizados de seguridad y control de acceso a medios o los contactos breves en inasistencias o transiciones entre servicios[48]. Las **medidas de seguimiento** buscan brindar atención continua y prolongada a personas con conducta suicida. Entre estas, es importante el apoyo de la comunidad con la participación de familiares, amistades u otros recursos comunitarios que pueden supervisar regularmente a las personas y promover la adherencia al tratamiento[34].

2.2.3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

A nivel mundial se han desarrollado diversos programas con carácter multidisciplinar; por ejemplo, el European Alliance Againts Depression (EAAD), un proyecto de intervención centrado en la depresión y el riesgo de suicidio que combina intervenciones en población general, ámbito sanitario, ámbito comunitario, medios de comunicación, etc. En España su aplicación se inició en el distrito barcelonés de la Dreta de l´Eixample, pero posteriormente se han realizado programas de prevención basados en el modelo de la EAAD en otros lugares, como Sabadell o Gipuzkoa. El programa ha mostrado su efectividad, consiguiendo reducir la tasa global de tentativas de suicidio (adultos y jóvenes) en un 30%, entre 2007 y 2009, en ciudad del Vallés Oriental[49]. Su aplicación en Sabadell facilitó cambios organizativos y de cooperación entre la atención primaria y la especializada y eliminó las listas de espera para las primeras visitas. Además, permitió aumentar el número de derivaciones al o a la especialista, incrementar un 3% la prescripción de fármacos antidepresivos y reducir un 10,4% las bajas laborales por depresión. Igualmente, el programa Zero Suicide Alliance se basa un enfoque sistemático para mejorar la calidad de la atención de la conducta suicida desde el entorno sanitario. Este programa se incorporó como un concepto clave de la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio de 2012 en EE.UU., y ha llegado a convertirse en una prioridad de la Alianza de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio (Action Alliance) de dicho país. El programa se desarrolla bajo un concepto holístico de la atención, identificando siete elementos que son necesarios adoptar desde los sistemas de salud:

- Liderar un cambio cultural en todo el sistema para asumir un compromiso con la reducción de los suicidios.
- Capacitar a las y los profesionales para que adquieran las capacidades y habilidades necesarias.
- Identificar a pacientes con riesgo de suicidio mediante procedimientos proactivos y exhaustivos.
- Utilizar un plan de cuidados para el manejo de la conducta suicida en todas las personas en riesgo de suicidio.
- Realizar una intervención de la conducta suicida utilizando tratamientos basados en la evidencia.
- Asegurar la transición entre servicios a través de contactos de apoyo y de la mejora de los procesos de continuidad de la atención entre servicios.
- Mejorar las políticas y procedimientos a través de un proceso de mejora continua.

El programa se ha venido implantando en diversas regiones y países, habiendo llegado a más de 200 organizaciones sanitarias. Por ejemplo, en Nashville, Tennesse, tras 20 me-

ses después de implementarlo, se disminuyó un 65% la tasa de suicidio (de 31 a 11 por 100.000 habitantes) y se generó un ahorro anual de 440.000 dólares debido a la reducción de visitas a emergencia y hospitalizaciones[50].

Tabla 3. Medidas para la prevención, intervención y seguimiento de la conducta suicida. Fuente: modificado de Scott 2012[51], Beautris 2013[52], Hirji 2014[53], OMS 2014[34].

MEDIDAS		
PREVENCIÓN	UNIVERSAL	· Elaborar programas nacionales de prevención del suicidio. · Implementar políticas de restricción de acceso a medios letales. · Elaborar guías de estilo para los medios de comunicación. · Desarrollar campañas de difusión para sensibilizar acerca de la salud mental, los trastornos debidos al consumo de sustancias y el suicidio y erradicar falsos mitos. · Implementar políticas de promoción de la salud mental. · Implementar políticas de control al consumo de alcohol y otras sustancias. · Implementar políticas para mejorar el bienestar social y el empleo. · Promover programas de intervención social comunitaria para la gestión de las emociones y habilidades sociales, promoción de hábitos saludables, etc.
	SELECTIVA	· Crear centros de prevención del suicidio. · Formar y capacitar a agentes sociales. · Elaborar programas comunitarios de prevención del suicidio. · Elaborar programas de prevención del suicidio escolar. · Elaborar programas para promover el bienestar infantil/juvenil. · Elaborar programas de prevención del suicidio en el lugar de trabajo. · Elaborar programas de prevención del suicidio en prisiones. · Elaborar programas de prevención del suicidio para las fuerzas de seguridad (policía, militares, etc.). · Elaborar programas de prevención de suicidio en zonas rurales. · Elaborar programas para evitar el abuso de alcohol/drogas. · Crear programas de apoyo y soporte para padres y madres.
	INDICADA	· Formar y capacitar a profesionales de los servicios sanitarios y sociales. · Brindar apoyo a las y los profesionales y proveedores de Atención Primaria. · Prestar capacitación y apoyo a los familiares/cuidadores o cuidadoras/ amigos o amigas de personas con alto riesgo. · Poner en marcha servicios de atención y apoyo (líneas telefónicas). · Poner en marcha programas de atención y apoyo basados en la web (chats, foros, página web, teleasistencia). · Desarrollar programas y servicios de atención a la postvención.
INTERVENCIÓN	IDENTIFICACIÓN DE CASOS	· Crear programas/herramientas de detección de pacientes en Atención Primaria. · Crear programas/herramientas de detección de pacientes en emergencias. · Poner en marcha seguimiento y contacto continuo después de la emergencia/ alta hospitalaria.
	TRATAMIENTO ESTÁNDAR PARA TRASTORNOS CONOCIDOS Y ESPECÍFICO PARA EL RIESGO DE SUICIDIO	· Farmacoterapia (antidepresivos, antipsicóticos, litio). · Psicoterapia cognitivo-conductual de prevención de suicidio. · Psicoterapia dialéctico conductual. · Otras psicoterapias, múltiples / combinadas. · Elaborar planes de seguridad y control de acceso a medios individualizados. · Terapia electroconvulsiva. · Intervenciones psicosociales. · Ingresos hospitalarios con abordaje específico del riesgo de suicidio. · Cuidados intensivos. · Neurocirugía.
SEGUIMIENTO	TRATAMIENTO Y APOYO A LARGO PLAZO	· Contactos breves en inasistencias y transiciones entre servicios. · Mantener seguimiento y contacto continuo. · Elaborar programas de adherencia al tratamiento. · Desarrollar entrevista motivacional periódica. · Valorar reingreso hospitalario.
	ATENCIÓN Y APOYO CONTINUO	· Promover ambiente comunitario de apoyo y búsqueda de ayuda. · Terapia a largo plazo (resiliencia, estrategias de afrontamiento, construir fortalezas). · Crear modelos de entrega de servicios y gestión de casos.

PARTE II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN LA CAE

3. MARCO NORMATIVO Y PLANIFICADOR

La conducta suicida y su prevención están presentes en las actuales estrategias y líneas de actuación en salud en Euskadi. De esta forma, la estrategia de Salud Mental de Euskadi de 2010[54] concibe la salud mental como un valor y, entre sus líneas de prevención, exhorta a realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo. Igualmente, en el documento Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020[55] se insta a protocolizar medidas para la prevención del suicidio a nivel comunitario y en personas con diagnóstico de enfermedad mental y/o factores de riesgo para garantizar la atención adecuada de estas y estos pacientes. Establece como objetivo para el año 2020 la disminución de la mortalidad por suicidio en un 10% en hombres y en un 5% en mujeres (Anexo 5).

En este sentido, en las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud 2017-2020[56], en concreto en la línea sobre sostenibilidad y modernización del sistema sanitario, se identifica la necesidad de potenciar los programas de seguimiento no presencial desde el servicio de atención telefónica Consejo Sanitario de Osakidetza, incluyendo aquellos dirigidos a la prevención del suicidio.

Por su parte, el documento Retos y Proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020[57] señala la necesidad de reforzar el despliegue del protocolo de prevención del suicidio como uno de los programas de prevención poblacional prioritarios, así como la importancia de la coordinación integral de todos los recursos primarios, especializados y hospitalarios para el abordaje y prevención de la conducta suicida.

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2017-2020[58] plantea como objetivo abordar la seguridad en las áreas de Urgencias, incluyendo los servicios de Urgencias Hospitalarias (Urgencias Generales, de Pediatría y de Salud Mental) y de Atención Primaria (Puntos de Atención Continuada o PAC). Como precedente de esta estrategia, en 2010 Osakidetza puso en marcha la "Campaña de reducción de 10.000 eventos adversos", en el marco de la cual se abordó la prevención del suicidio con un documento que definía en la atención a las y los pacientes 7 estándares necesarios para mejorar la prevención del suicidio.

Por otro lado, una de las Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2017-2020[59] para salud mental es definir rutas asistenciales sociosanitarias para la atención de los diferentes colectivos diana (personas afectadas por un trastorno mental y otros colectivos, mujeres víctimas de violencia machista, etc.), en colaboración con las y los agentes sociales, sanitarios y comunitarios clave, de modo que se proporcione una respuesta integral y coordinada a las necesidades de cada colectivo desde la continuidad de cuidados y en pro de una gestión eficiente de los recursos (Anexo 5).

Por último, en el año 2015 el Consejo Asesor de Salud Mental del País Vasco, identificó la prevención del suicidio como uno de los 10 temas prioritarios a tratar. Se creó un grupo de trabajo que en 2016 elaboró un documento con una propuesta de líneas de actuación para mejorar la prevención del suicidio en la comunidad autónoma de Euskadi (CAE). Dicho documento sirve como uno de los puntos de partida e inspiración de esta estrategia de prevención.

Tabla 4. Marco normativo y planificador de la CAE. Fuente: elaboración propia.

MARCO NORMATIVO	· Ley Orgánica 3/1979. · Ley de Ordenación Sanitaria (8/1997). · Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. · Decreto 69/2011, de 11 de abril, por el que se regulan las funciones, la composición y las pautas básicas de funcionamiento del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. · Decreto 147/2015, de 21 de julio por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las Personas en el Sistema Sanitario de Euskadi.
MARCO PLANIFICADOR	· Estrategia de Salud Mental de la CAE 2010. · Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. · Líneas Estratégicas. Departamento de Salud 2017-2020. · Retos y proyecto estratégicos de Osakidetza 2017-2020. · Estrategia de Seguridad del Paciente 2020. · Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020.

4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LA CAE

4.1. IDEACIÓN SUICIDA

La **Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV)**[60] valora la ideación suicida dentro del parámetro de salud mental desde el año 1997 utilizando el ítem "En algún momento de su vida ¿ha llegado a pensar seriamente en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida?". Las encuestas también preguntan por la ideación suicida en los 12 meses previos.

Según los datos de la **ESCAV-2018**, un 3,1% de toda la población de la CAE habría pensado en algún momento de su vida en suicidarse, con porcentajes que oscilan entre los 3,2% de Gipuzkoa y los 2,8% de Araba/Álava. Las mujeres presentaron prevalencias más altas que los hombres (3,3% vs 2,8%). Por grupos de edad, aquellas personas con edades comprendidas entre los 45 y 64 años mostraron los porcentajes más altos (4,2%), en especial las mujeres (5,1%).

Por otro lado, las personas incluidas en la clase social más baja (V) mostraron las prevalencias más altas de ideación suicida (5%), con porcentajes que prácticamente doblaban a los observados en la clase social inmediatamente anterior (IV). A pesar de ello, la relación inversa entre la prevalencia de ideas de suicidio y el nivel socioeconómico queda más desdibujada que en otros años. (Tabla 5).

Al analizar solo la ideación en los doce meses previos, cifra que podría sugerir un riesgo más elevado de suicidio, un 1,1% de la población refiere haber pensado en el último año en suicidarse con porcentajes similares en hombres y mujeres. Las prevalencias más altas se observan en las franjas de 15-24 años (2,6%) y ≥ 75 años (2,5%). Resulta llamativa, como cifra especialmente alta, el 5,4% de las mujeres de 15-24 años en Araba/Álava que se habrían planteado el suicidio en este periodo.

Al analizar la evolución de estos datos en las sucesivas encuestas desde 1997 se observa una prevalencia promedio de ideación suicida en la población general del 4,1%, habiendo oscilado desde su máximo en 1997 (5%) hasta el mínimo de 3,1% en 2018, con un cierto repunte en 2013 (4,4%) (Tabla 5). En todos los casos las prevalencias han sido mayores en las mujeres que en los hombres.

Tabla 5. Prevalencia de ideas suicidas. Total y por sexo. 1997- 2018. Fuente: ESCAV-1997, 2002, 2007, 2013 y 2018.

AÑO	TOTAL	MUJER	HOMBRE
1997	5 %	5,4 %	4,6 %
2002	3,9 %	4,5 %	3,3 %
2007	4,1 %	4,4 %	3,9 %
2013	4,4 %	5,1 %	3,6 %
2018	3,1 %	3,3 %	2,8 %

Por otro lado, con contadas excepciones, las mayores prevalencias de ideación suicida se han registrado en las clases sociales más desfavorecidas (Tabla 6).

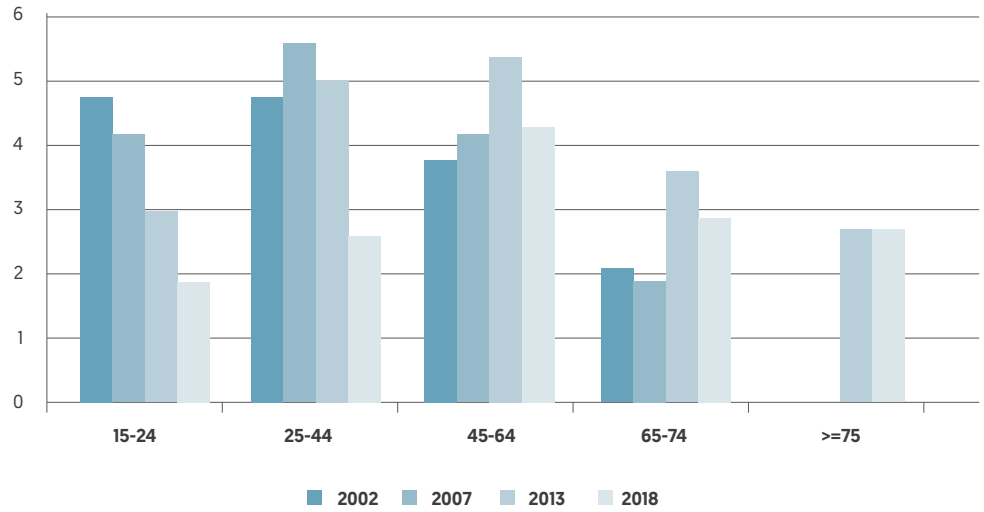
Respecto de la edad, se ha venido observando un descenso en la ideación suicida autorreferida en las poblaciones más jóvenes (15-24 años). Si bien las personas entre 25-44 años mostraron las prevalencias más elevadas en las primeras encuestas, las cifras en este grupo se habrían reducido notablemente en el año 2018. (Gráfico 6).

Al analizar los datos por territorio se observa que, con la excepción de la encuesta de 2002, es Gipuzkoa la que presenta las cifras más elevadas de ideación suicida, tanto en hombres como en mujeres, aunque en términos generales las diferencias no parecen de gran magnitud.

Tabla 6. Prevalencia estandarizada por edad de ideas suicidas por sexo y clase social, 2002 y 2018. Fuente: ESCAV-2002 y 2018.

AÑO	SEXO	I	II	III	IV	V
2002	Total	3,7 %	2,8 %	4,0 %	4,0 %	5,0 %
	Mujer	3,8 %	4,4 %	4,1 %	4,7 %	4,7 %
	Hombre	3,6 %	1,0 %	3,8 %	3,2 %	5,3 %
2018	Total	2,9 %	2,2 %	3,2 %	2,7 %	5,0 %
	Mujer	3,6 %	2,2 %	3,5 %	2,5 %	5,2 %
	Hombre	2,3 %	2,2 %	2,8 %	2,8 %	4,5 %

Gráfico 6. Prevalencia por grupos de edad de ideas suicidas, 2002- 2018. Fuente: ESCAV-1997, 2002, 2007, 2013 y 2018.



Nota: Las cifras que aparecen dentro del intervalo 65-74 años para los años 2002 y 2007, se corresponden con un intervalo real de ≥ 65 años.

En el ámbito educativo universitario, el Estudio Universal: Universidad y Salud Mental[61] investiga la ideación y tentativa suicida en la población universitaria española. Los datos provisionales obtenidos sobre una muestra cercana a 650 estudiantes de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) apuntan de nuevo a una alta presencia de ideación suicida entre la población joven universitaria, observándose una cierta diferencia entre ambos sexos; concretamente, un 34,7% de los hombres aseguran haber tenido ideación suicida alguna vez en su vida, una cifra que en el caso de las mujeres se eleva hasta el 39,2%.

4.2. TENTATIVAS SUICIDAS

La información sobre las tentativas de suicidio es una de las áreas en las que existen mayores lagunas en el conocimiento sobre la conducta suicida en la CAE. Los motivos son variados y a menudo se relacionan con prácticas heterogéneas de codificación. A continuación, se exponen los datos recopilados.

Según los **datos registrados por el Departamento de Salud**, el número de altas desde las urgencias de los hospitales de Osakidetza con diagnóstico codificado como intento de suicidio entre 2013 y 2017 fue de 125, con una media de 25 al año, un número que es claramente inferior al esperado, según refleja la literatura. Al incluir también los diagnósticos de intoxicaciones por fármacos y productos químicos de causa indeterminada, el número asciende a 1.415, unos 283 casos al año, cifra todavía inferior a la esperada. Los resultados reflejan la necesidad de mejorar las prácticas de codificación diagnóstica en este contexto.

Según los **datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Osakidetza**[62], en el año 2016 se registraron 59 casos de **hospitalización por intento de suicidio** entre todos los hospitales de Osakidetza. El hospital que más tentativas suicidas habría ingresado fue el Hospital Universitario Donostia (49% del total de ingresos por tentativa), seguido del Hospital Universitario Araba (29%), Hospital Universitario de Galdakao (7%) y Hospital Universitario de Cruces (5%). Respecto al sexo, el porcentaje de hombres habría duplicado al de las mujeres (66,67% del total de ingresos por tentativa frente a 33,33%). Con relación a la edad, el porcentaje más alto de casos se encontraría en la franja de los 45-59 años (36,8% del total). Al tener en cuenta también el sexo, los hombres de 45-59 años serían el grupo más numeroso (42% de los ingresos en hombres) y también las mujeres entre 15-29 (31,58% de los casos). Finalmente, resaltar que "intento de suicidio" aparece como diagnóstico principal en un 54,39% de las altas; en el resto aparece como diagnóstico secundario.

El **Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida 'Análisis de la atención sanitaria'**, publicado en el año 2006, analiza la asociación entre el suicidio y distintas variables clínicas y sociodemográficas en una muestra de pacientes con diagnóstico de trastornos del humor ingresados o ingresadas en el Hospital Santiago Apóstol (HSA) de Vitoria-Gasteiz entre 1990-2000. El estudio identifica un incremento notable (se triplica) en el número de pacientes con trastorno del humor e intento de suicidio a lo largo del intervalo, así como menores estancias medias. Los datos reflejan el peso como factores de riesgo de los trastornos de humor, los antecedentes psiquiátricos familiares, al menos un ingreso previo (95%), la historia de tentativas previas (50%), el consumo de drogas y el momento del alta hospitalaria. El estudio concluye que las y los pacientes afectivos con antecedentes de intentos de suicidio tienen ingresos más breves que quienes no tienen antecedentes y recomienda hacer una evaluación sistemática del riesgo de suicidio pre-post alta y valorar la eficacia de la prolongación del ingreso o de otras medidas que sean eficaces en la prevención del riesgo como un programa de tratamiento específico postalta[63].

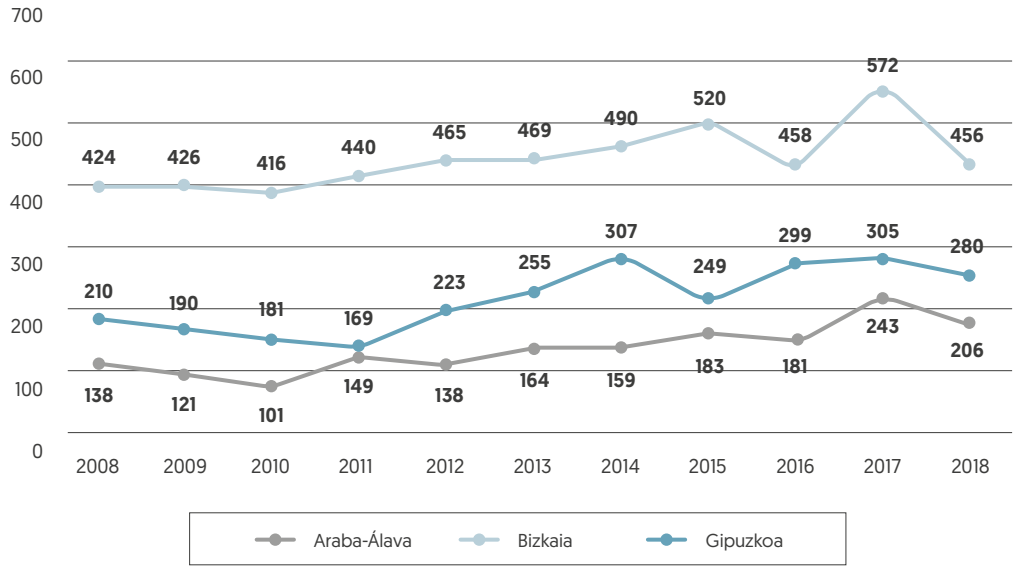
El **Estudio descriptivo de pacientes atendidos o atendidas en un hospital general tras tentativa suicida en Gipuzkoa** analiza el perfil clínico y sociodemográfico de las y los 190 pacientes atendidos por una tentativa de suicidio en el Hospital Universitario Donostia entre octubre de 2013 y octubre de 2014. Concluye que el 60% de dichas y dichos pacientes habiendo requerido ingreso. Las características más frecuentes en la muestra fueron: mujer, entre 35-44 años, desempleada, con antecedentes de un diagnóstico psiquiátrico de tipo depresivo y sin antecedentes de tentativas ni ingresos psiquiátricos previos. Los síntomas más frecuentemente asociados a las tentativas fueron la desesperanza y la impulsividad. La gravedad de la tentativa, su repetición o la necesidad de ingreso se relacionaron con antecedentes de ingresos y tentativas previas. El método autolesivo más empleado fue la intoxicación medicamentosa[64].

El **Proyecto EAAD Gipuzkoa** se aplica en varios hospitales comarcales de este territorio desde 2015. Durante los primeros 2 años de aplicación, el programa registró un total de 114 tentativas en 96 pacientes, de quienes un 39,6% eran hombres y un 60,4% mujeres, con una edad media de 42 años. El 13,5% de la muestra fue menor de edad. El método más empleado fue la intoxicación con fármacos (76,1% de los intentos); la precipitación (método más utilizado para el suicidio consumado en la CAE) apareció en el 4,5% de los casos. Tras el alta hospitalaria, el 89% de las y los pacientes inició o reinició seguimiento en un CSM de Osakidetza. De dichas y dichos pacientes, un 26% constaban como alta voluntaria o administrativa 12 meses después. En un 11,4% se registró un reintento de suicidio durante el mismo periodo de tiempo.

En el ámbito educativo, recuperando los resultados provisionales del Estudio Universal: Universidad y Salud Mental, el porcentaje de tentativas que aparece entre la muestra de estudiantes es muy bajo, aproximadamente un 3% de las mujeres y un 0,3% en los hombres. Otro dato importante que ofrece el estudio es el referente a las autolesiones no suicidas, presentes en un 14% de las mujeres y en un 10% de los hombres.

Al analizar el número de incidentes de intentos de suicidio registrado por la Ertzaintza entre 2008 al 5 de noviembre de 2018 se aprecia una tendencia sin casi modificaciones a lo largo de los últimos 10 años en los tres territorios históricos (Gráfico 7).

Gráfico 7. Número incidentes de intento de suicidio registrados por la Ertzainta desde enero 2008 hasta el 5 de noviembre de 2018. Fuente: Base de datos Ertzaintza.



4.3. EL SUICIDIO EN LA CAE

En 1985 se publicó uno de los primeros artículos científicos en los que se hablaba del suicidio en Gipuzkoa. Los resultados de este estudio observaron una mayor presencia de suicidios en hombres respecto a mujeres. El rango de edad de los 45-70 es en el que se registra el mayor número de suicidios. En el estado civil destacan las personas casadas representando un 40,8% de la muestra, aunque las solteras ocupan un 34,6%, por lo que no se observa una diferencia significativa entre ambos. El método más empleado es el ahorcamiento con un 30,6%, seguido de las armas de fuego con un 22,4% y la precipitación con una prevalencia del 10,2%. Finalmente, la psicopatología previa se observa en el 34,7% de la muestra[65].

Según los datos del INE, en el año 2016, se produjeron en la CAE un total de 179 suicidios, con una media de 1 suicidio cada 2 días, lo que supone una tasa de 7,67 por 100.000 habitantes (Gráfico 8 y Gráfico 9). Al analizar los datos en los últimos 10 años se observa una media de 169 suicidios al año, con máximos de 188 y mínimos de 126. En líneas generales se puede hablar de una tendencia a la estabilidad durante este tiempo, si bien los últimos 5 años el número de suicidios se ha mantenido en el límite alto de este intervalo.

Al analizar los datos teniendo en cuenta la variable sexo, se observa que en el año 2016 la prevalencia de suicidio fue significativamente mayor en varones que en mujeres (73,7% vs 26,3%), unos porcentajes que se mantienen relativamente estables desde hace 10 años. Los suicidios masculinos se sitúan en cifras históricamente habituales (exceptuando el descenso de 2010); los suicidios femzeninos, aunque mayores, se sitúan por debajo de su máximo histórico de 2014 (Gráfico 8). Las tasas se mantienen relativamente constantes, en torno a los 4 suicidios en mujeres y 12 en hombres por 100.000 habitantes (Gráfico 9).

Respecto a la edad, el número total de suicidios es mayor en los grupos de edad 40-49, especialmente en hombres (Gráfico 10), pero al tener en cuenta la distribución poblacional, se observa que el riesgo de suicidio crece con la edad, sobre todo en el caso de los varones, los cuales presentan un aumento significativo de la tasa de suicidio a partir de los 70 años e incluso de los 80 años (Gráfico 11).

Al analizar otras causas de muerte, el suicidio se ha situado como la primera causa de muerte externa en las personas entre los 15-49 años y la segunda causa absoluta de muerte, detrás de los tumores, en personas entre los 15-29 años.

En cuanto al estado civil, se observa que el 41,9% de los suicidios ocurren en personas solteras y el 35,2% en personas casadas sin que haya diferencia entre sexos.

El método más empleado varía en función del sexo. El 45% de las mujeres elige saltar desde un lugar elevado, seguido del envenenamiento por fármacos (26% de los casos) y el ahorcamiento (17%). En los varones, por el contrario, el 37% opta por el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, seguido de la precipitación en el 33% de los casos y del uso de armas de fuego con el 11% de los casos (Gráfico 12).

Gráfico 8. Número de suicidios por sexos en la CAE, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.

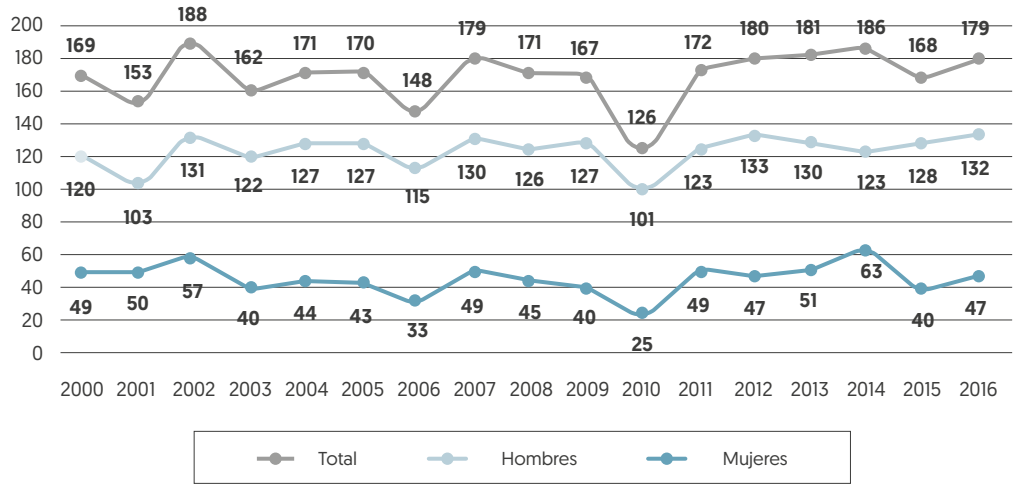


Gráfico 9. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes por sexos en la CAE, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.

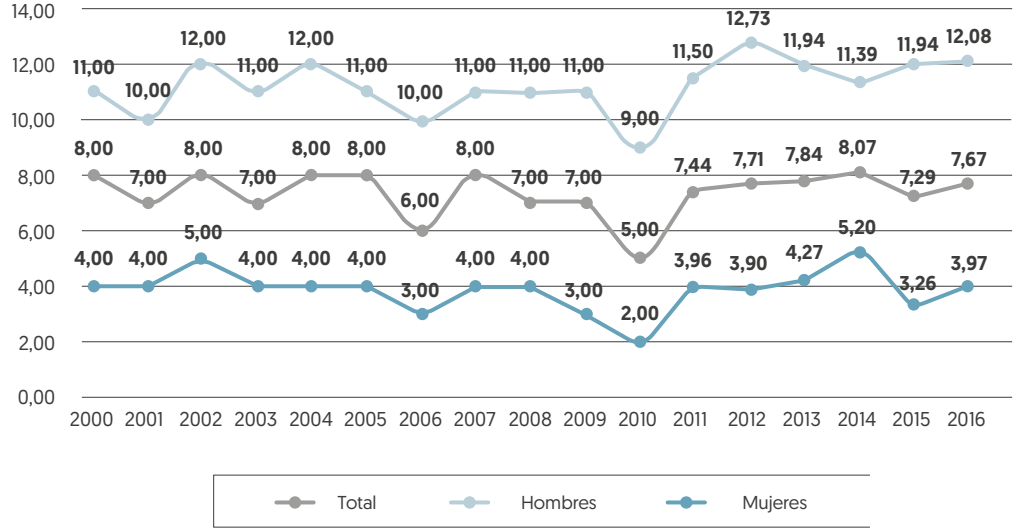


Gráfico 10. Número de suicidios por edades y sexos en la CAE, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

Edades	Total	H.	M.
<15 años	1	1	0
15-29 años	12	7	5
30-39 años	21	14	7
40-49 años	33	27	6
50-59 años	29	23	6
60-69 años	29	19	10
70-79 años	27	20	7
>79 años	27	21	6
Total	**179**	**132**	**47**

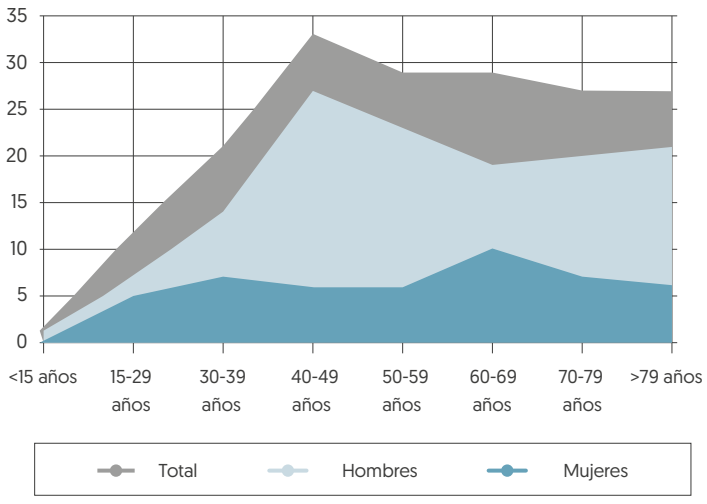


Gráfico 11. Tasa de suicidios por edades y sexos en la CAE, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

Edades	Total	H.	M.
<15 años	0,33	0,63	0,00
15-29 años	4,20	4,80	3,57
30-39 años	6,87	9,02	4,65
40-49 años	9,28	14,94	3,43
50-59 años	8,80	14,24	3,57
60-69 años	11,01	15,05	7,29
70-79 años	14,38	23,89	6,73
>79 años	17,53	38,66	6,2
Total	**8,18**	**12,39**	**4,18**

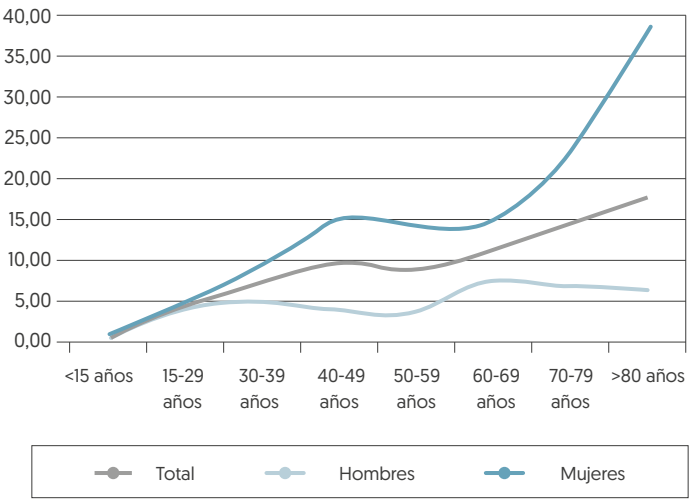
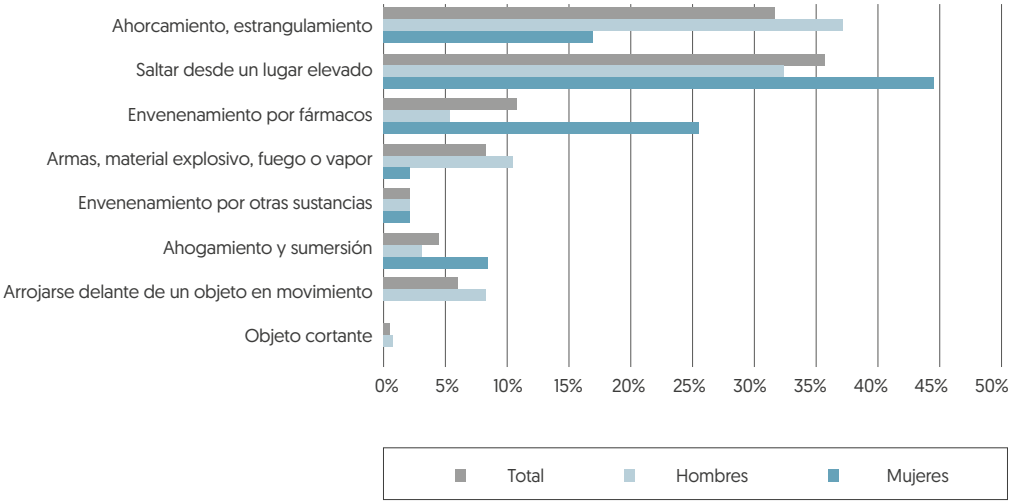


Gráfico 12. Métodos de suicidio empleados por sexos en la CAE, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

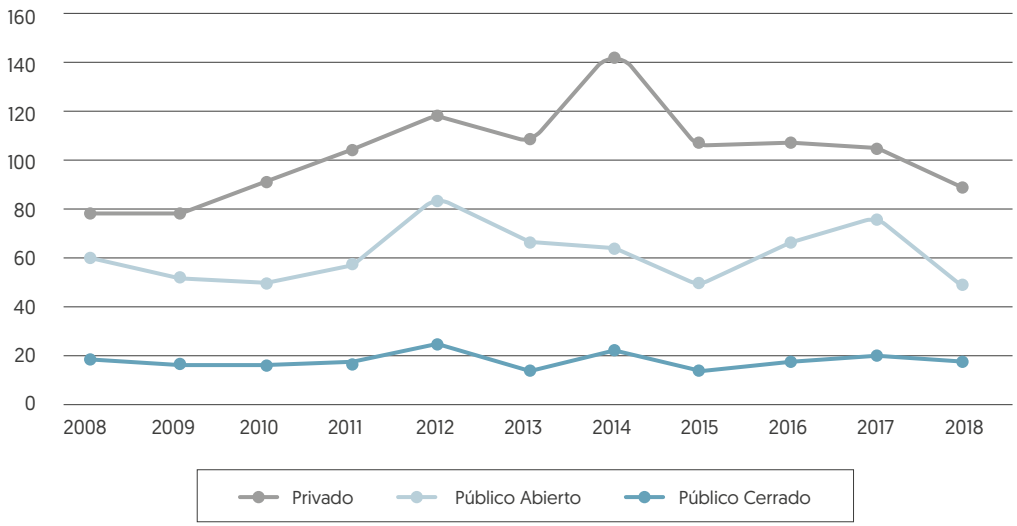


Atendiendo a la base de datos de la Ertzaintza entre 2008 hasta el 5 de noviembre de 2018, se observa que entre los suicidios registrados el mayor número se comete en un lugar privado (56%), siendo el piso (referido a un bloque de edificios) el lugar donde se comete el 80% de los suicidios, seguido por la casa de campo/caserío con el 5% y patio de finca con el 4% de los casos. Los suicidios en lugares públicos abiertos representan el 34% de los casos totales y la vía pública urbana es el lugar donde más casos se presentan (65%), seguido de zonas de ferrocarril (8,4%) y zonas rurales (8,1%). El 10% de los suicidios se realiza en lugares públicos cerrados, siendo los centros sanitarios, los centros hoteleros y los centros tutelares/asistenciales donde más casos se cometen con el 20%, 16% y 15% de los casos de suicidio, respectivamente (Tabla 7 y Gráfico 13).

Tabla 7. Número de suicidios por territorio histórico según el lugar, desde enero 2008 hasta 5 de noviembre 2018. Fuente: Base de datos Ertzaintza. Nota: Lugar privado (piso, chalet, finca, casa de campo, trastero, vehículo propio…). Lugar público abierto (vía pública urbana, carretera, parque, playa, ferrocarril, metro, aguas interiores…). Lugar público cerrado (centro hotelero, centro sanitario, centro tutelar/asistencial, residencia tercera edad, bar, restaurante…).

TERRITORIO HISTÓRICO	LUGAR	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Araba/ Álava	Privado	3	3	11	2	5	4	9	8	8	2	8	63
	Público abierto	2	5	3	5	4	3	3	2	6	4	3	40
	Público cerrado	6	4	2	2			5		1	1	2	23
Bizkaia	Privado	26	38	31	43	43	28	38	38	36	47	35	403
	Público abierto	20	16	19	24	30	20	24	23	21	37	23	257
	Público cerrado	3	7	4	2	7	4	8	5	6	10	8	64
Gipuzkoa	Privado	50	38	50	60	71	78	96	62	64	58	47	674
	Público abierto	37	31	29	30	49	45	38	26	40	34	23	382
	Público cerrado	10	6	10	13	18	10	9	9	10	9	8	112
Total		**157**	**148**	**159**	**181**	**227**	**192**	**230**	**173**	**192**	**202**	**157**	**2018**

Gráfico 13. Número de suicidios en la CAE según el lugar donde se realiza, desde enero 2008 hasta noviembre 5 de 2018. Fuente: Base de datos Ertzaintza.



4.3.1. EL SUICIDIO EN ARABA/ÁLAVA

En el año 2016 se produjeron en Araba/Álava un total de 22 suicidios, con una media de 1 suicidio cada casi 17 días. El número de suicidios es significativamente mayor en varones que en mujeres (81,8% vs 18,2%). Si se comparan con datos con 2015 no se observan cambios en el número total de suicidios, aunque sí existe diferencia por sexos: en los varones hay un aumento del 20%; en las mujeres, por el contrario, hay una disminución de casi el 43%. Respecto al estado civil, es mayor en personas casadas con el 50% de los casos, seguido de las solteras con el 27,3% de los casos, sin diferencias entre sexos.

Se aprecia una tendencia similar en el número total de casos de los últimos 3 años, aunque los valores actuales se sitúan un 29% por debajo del máximo histórico de 2007. En el caso de los varones, tras un leve descenso en 2014, desde 2016 se aprecia un aumento de los casos, aunque por debajo de su máximo histórico en 2009. En el caso de las mujeres, tras una leve subida en 2015, se produce un descenso de casi la mitad de los casos, aunque todavía lejos de su mínimo histórico de 2009, que casualmente fue el año con mayor número de casos en los varones (Gráfico 14). Las tasas se mantienen relativamente constantes en los hombres en los últimos años, en torno a 10-11 suicidios por 100.000 habitantes, mientras que en las mujeres ha habido un descenso de 5 suicidios por 100.000 habitantes en 2013 a 2 suicidios por 100.000 habitantes en 2016 (Gráfico 15).

Analizando el número de suicidios en 2016, se aprecia que el riesgo de suicidio aumenta con la edad, y especialmente en los varones, donde hay un crecimiento significativo de la tasa de suicidios a partir de los 60 años (Gráfico 16). El método utilizado varía en función del sexo. El 50% de las mujeres opta por el envenenamiento por fármacos, seguido de la precipitación y el ahogamiento y sumersión, cada uno utilizado en el 25% de los casos. En los varones, el método más usado es el ahorcamiento en el 56% de los casos, seguido en igual de casos por la precipitación y el uso de armas (17%) (Gráfico 17).

Gráfico 14. Número de suicidios por sexos en Araba/Álava, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.

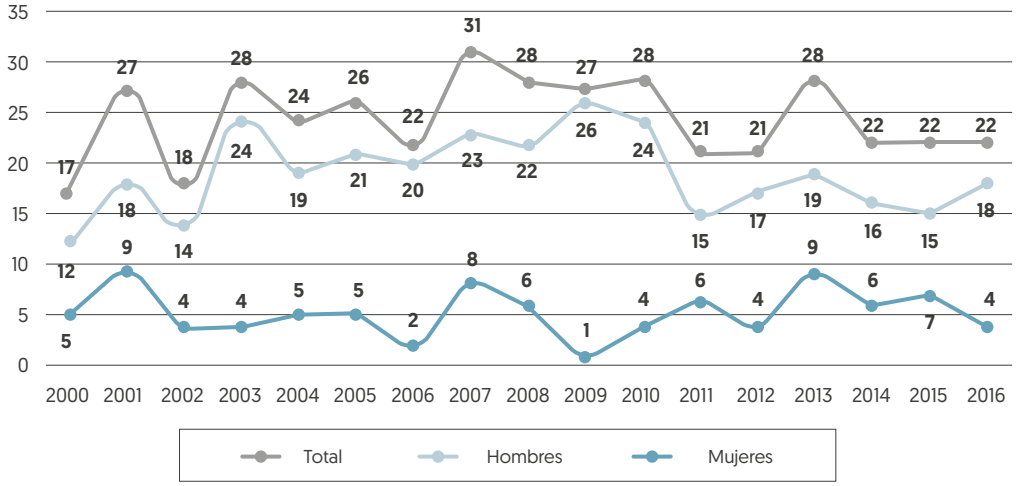


Gráfico 15. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes por sexos en Araba/Álava, 2002-2016. Fuente: INEbase, 2017.

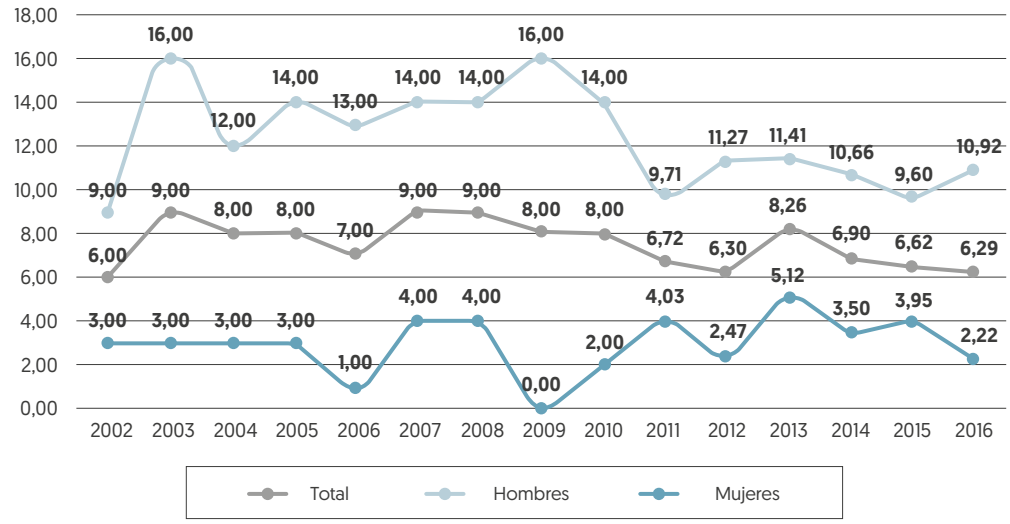


Gráfico 16. Nº y tasa de suicidios por edades y sexo en Araba/Álava, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

Edades	Total	H.	M.
<15 años	N=0 0,00	N=0 0,00	N=0 0,00
15-29 años	N=1 2,34	N=1 4,61	N=0 0,00
30-39 años	N=2 4,33	N=2 8,56	N=0 0,00
40-49 años	N=4 7,34	N=2 7,12	N=2 7,57
50-59 años	N=3 6,22	N=3 12,66	N=0 0,00
60-69 años	N=4 10,40	N=2 10,70	N=2 10,12
70-79 años	N=4 14,91	N=4 31,48	N=0 0,00
>79 años	N=4 19,33	N=4 51,35	N=0 0,00
Total	**N=22 6,74**	**N=18 11,16**	**N=4 2,42**

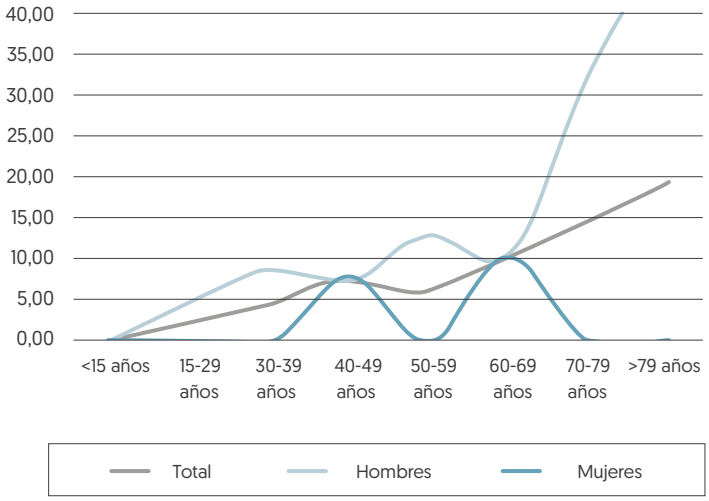
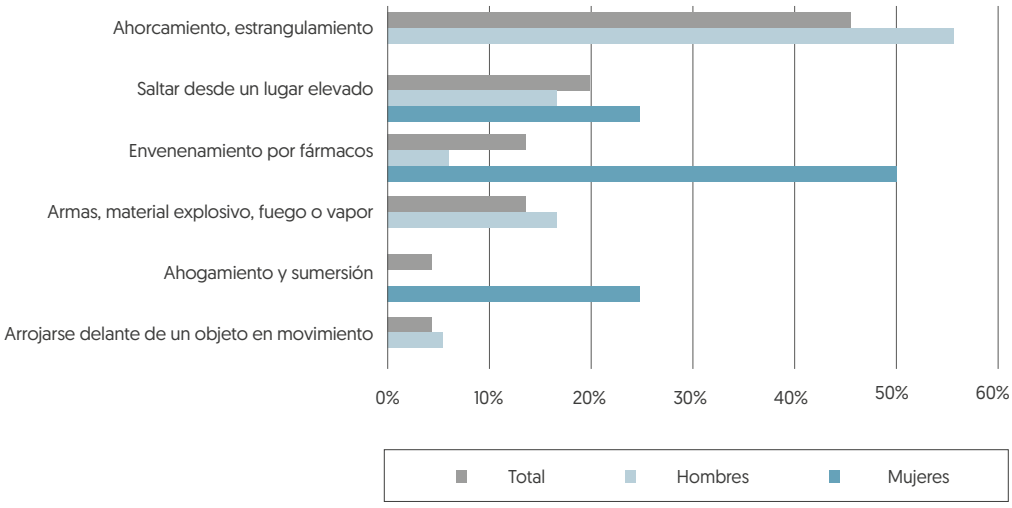
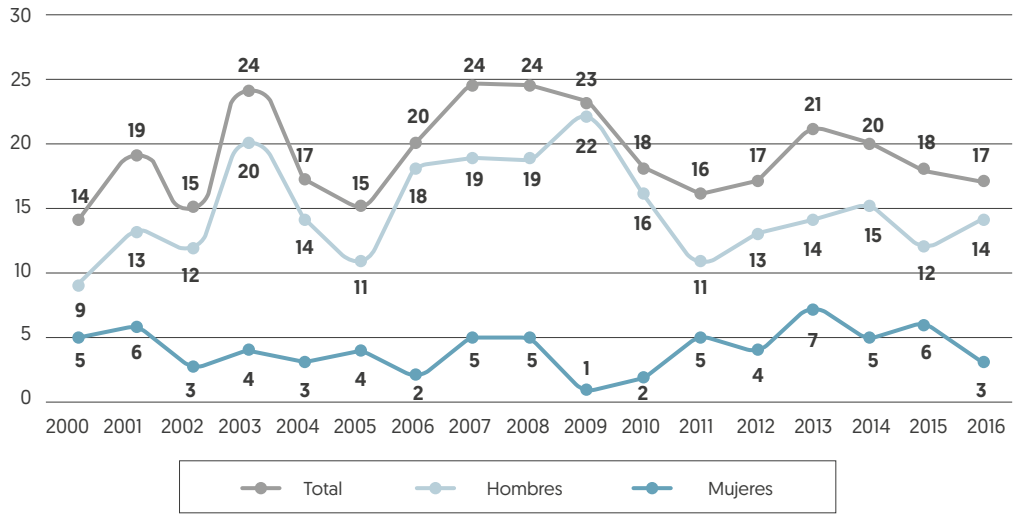


Gráfico 17. Métodos de suicidio empleados por sexos en Araba/Álava, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.



En Vitoria-Gasteiz, el número total de casos ha descendido un 19% desde 2013; si bien con una tendencia desigual por sexos: en las mujeres el número de casos ha descendido un 57%; mientras que en los hombres, después de haber descendido un 14% en 2015, en 2016 han incrementado un 17% y se sitúan en los mismos valores de 2013 (Gráfico 18).

Gráfico 18. Número de suicidios por sexos en Vitoria-Gasteiz, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.



4.3.2. EL SUICIDIO EN BIZKAIA

Atendiendo a los datos del INE, en el año 2016, se produjo en Bizkaia un total de 87 suicidios, con una media de 1 suicidio cada 4 días. Los suicidios son significativamente mayores en varones que en mujeres (72% vs 28%). Al compararse con el año 2015, ha habido una disminución de casi un 7% en el número total de casos, aunque hay diferencias entre sexos. En las mujeres ha habido un crecimiento del 19%, mientras que en los varones ha habido una disminución de los casos del 14%. Al analizar el estado civil se observa un mayor número de casos en personas solteras (45%), seguido de las casadas, con el 29% de los casos.

Se observa una disminución del 20% en el número total de casos desde 2014, que ha sido el año con más número de suicidios (109 casos) (Gráfico 19), con una reducción del 13% en el mismo periodo en los hombres y del 34% en las mujeres. Las tasas se mantienen constantes en los últimos años, en torno a los 11-12 suicidios en hombres y 3-4 en mujeres por 100.000 habitantes (Gráfico 20).

Analizando el número de suicidios en 2016, se aprecia que el riesgo de suicidio aumenta con la edad en ambos sexos a partir de los 60 años, aunque el crecimiento es más significativo en los varones. También se observa que hay un riesgo significativo en varones entre los 40 a 49 años, con una tasa de 19,05 por 100.000 habitantes (Gráfico 21).

Gráfico 19. Número de suicidios por sexos en Bizkaia, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.

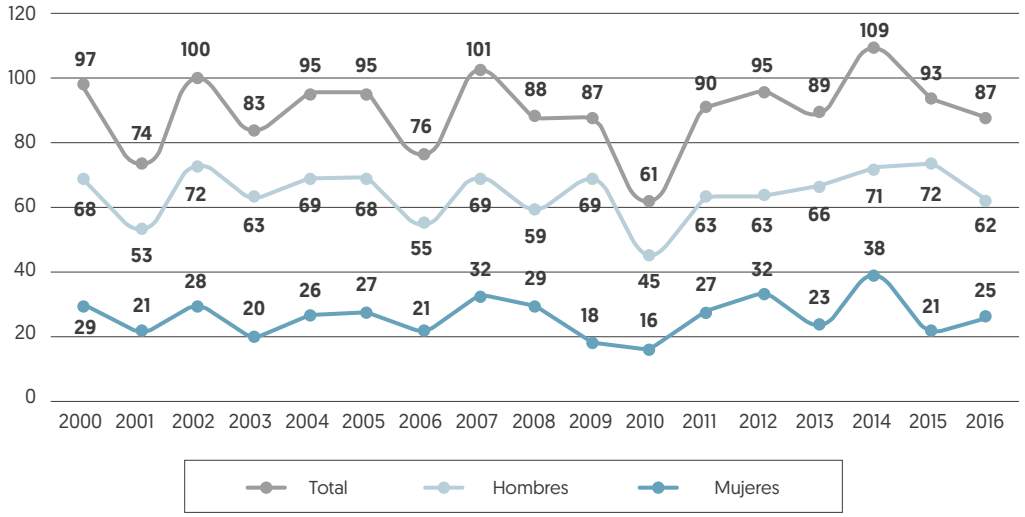
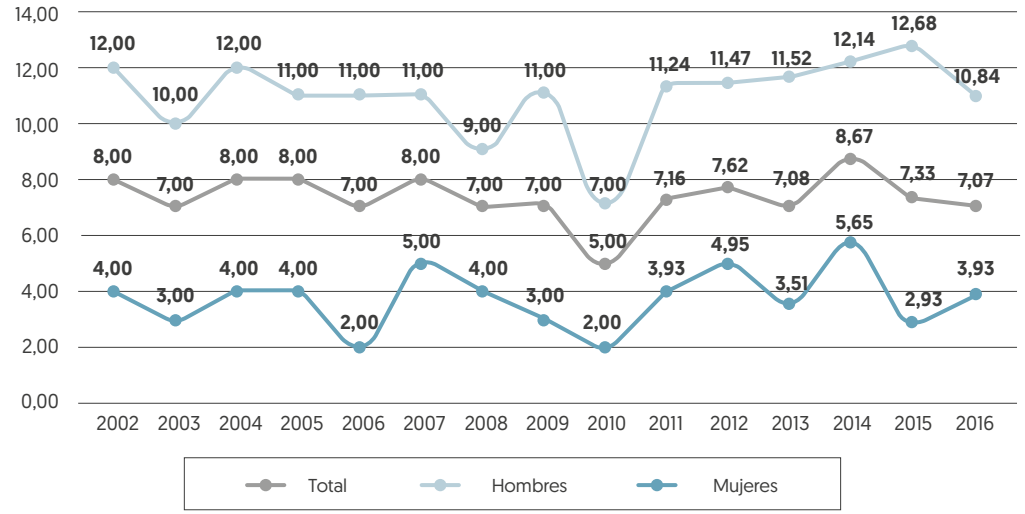


Gráfico 20. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes por sexos en Bizkaia, 2002-2016. Fuente: INEbase, 2017.



El método utilizado también varía en función del sexo. El 52% de las mujeres elige saltar desde un lugar elevado, seguido del ahorcamiento en el 20% de los casos y el envenenamiento por fármacos con el 16% de los casos. En los varones, el ahorcamiento es el método elegido en el 40% de los casos, seguido de la precipitación en el 37% de los casos (Gráfico 22).

En Bilbao, el número total de casos ha descendido un 27% desde 2014; en las mujeres el descenso ha sido del 39%, aunque de 2015 a 2016 ha habido un incremento de 3 casos; mientras que en los hombres el descenso ha sido del 16% en el mismo periodo.

Gráfico 21. Número y tasa de suicidios por edades y sexo en Bizkaia, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

Edades	Total	H.	M.
<15 años	N=0 0,00	N=0 0,00	N=0 0,00
15-29 años	N=9 6,15	N=5 6,70	N=4 5,57
30-39 años	N=10 6,55	N=7 9,04	N=3 3,98
40-49 años	N=20 10,66	N=18 19,05	N=2 2,15
50-59 años	N=9 5,03	N=7 8,03	N=2 2,18
60-69 años	N=8 5,67	N=5 7,46	N=3 4,05
70-79 años	N=14 13,89	N=9 20,33	N=5 8,85
>79 años	N=17 19,50	N=11 36,07	N=6 10,59
Total	**N=87 7,58**	**N=62 11,19**	**N=25 4,21**

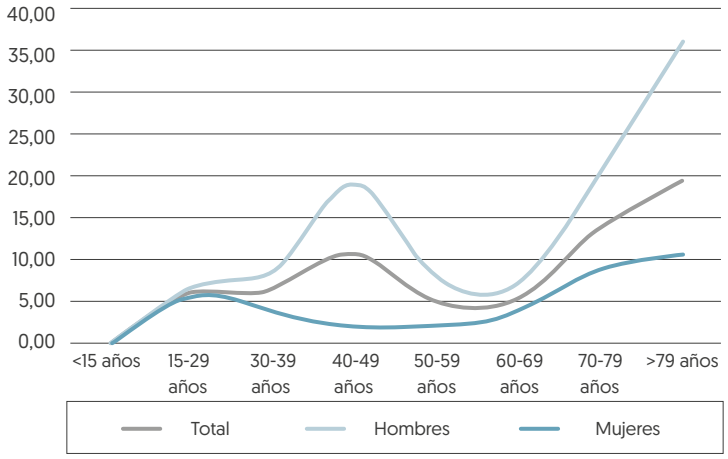


Gráfico 22. Métodos de suicidio empleados por sexos en Bizkaia, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

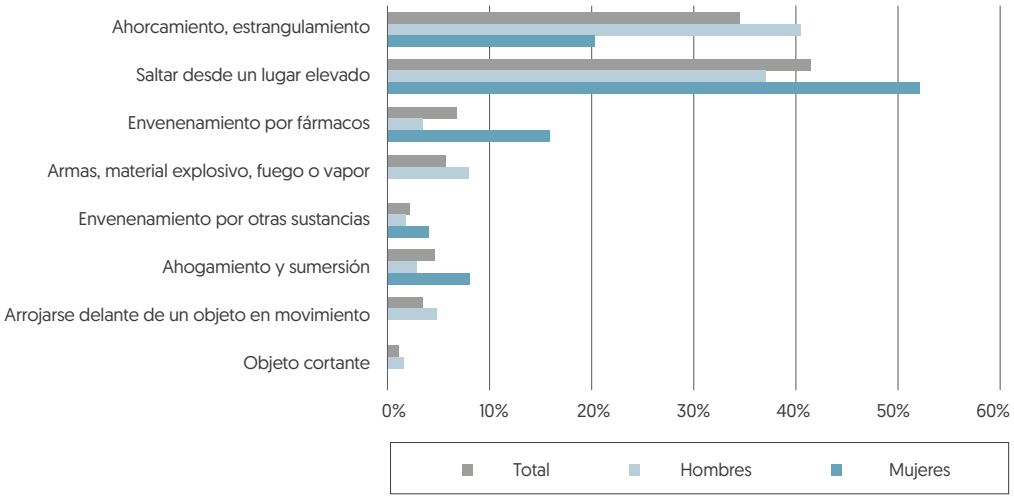
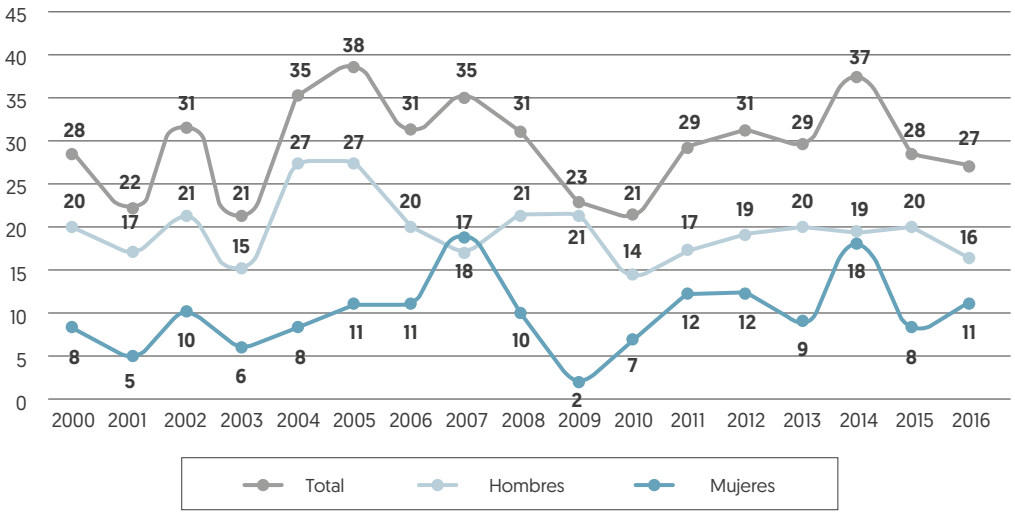


Gráfico 23. Número de suicidios por sexos en Bilbao, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.



4.5.6. EL SUICIDIO EN GIPUZKOA

Según los datos del INE, en 2016 hubo un total de 70 suicidios, una media de 1 suicidio cada 5 días. Es mayor el número de casos en varones que en mujeres (74% vs 26%). Al compararse con 2015, se muestra un aumento en el número de casos en ambos sexos, siendo del 27% en varones y del 50% en mujeres. La mayoría de los casos se registran en personas solteras (43%), seguida de las casadas (39%), sin que haya diferencia entre sexos.

Los suicidios totales se sitúan en valores máximos históricos, alcanzado niveles de 2002 y con un incremento del 28% desde 2014. En los varones, el número de casos se ha incrementado un 45% desde 2014, pero los valores de 2016 se sitúan ligeramente por debajo del máximo histórico de 2012 (53 casos). En las mujeres el número de suicidios está aún por debajo del máximo histórico de 2009 (21 casos) (Gráfico 24). Al analizar las tasas se aprecia el incremento de 7 a 9 casos por 100.000 habitantes de 2014 a 2016, siendo en los hombres más notorio, al pasar de 10-11 a 14-15 casos por 100.000 habitantes en el mismo periodo. En las mujeres las tasas se mantienen constantes en torno a 4-5 suicidios por 100.000 habitantes (Gráfico 25).

Al analizar los datos de 2016, se observa que el riesgo de suicidio crece con la edad, sobre todo en el caso de los varones, que presentan un aumento significativo de la tasa de suicidio a partir de los 40 años (e incluso de a partir de los 80 años). En las mujeres aumenta entre los 40 y 60 años, pero luego parece disminuir a partir de los 80 años (Gráfico 26).

Gráfico 24. Número de suicidios por sexos en Gipuzkoa, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.

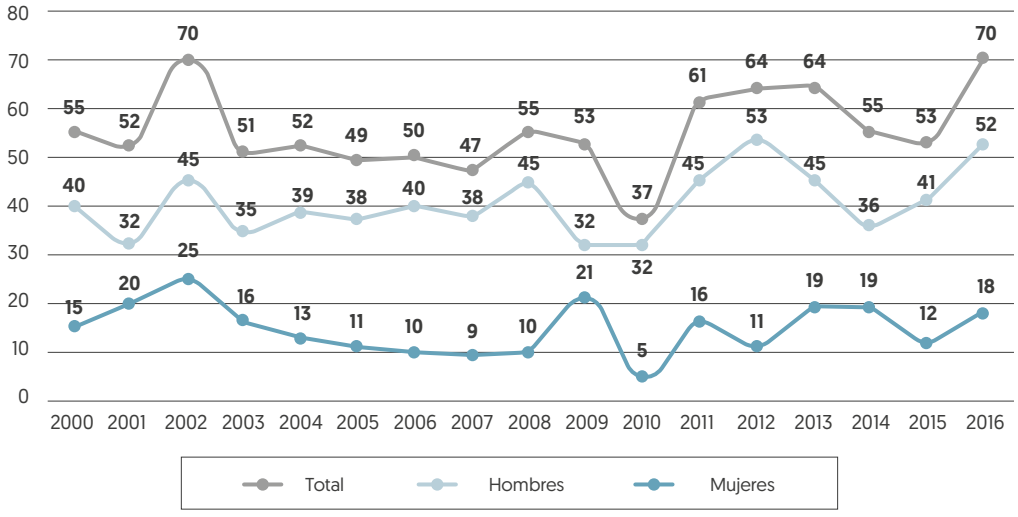
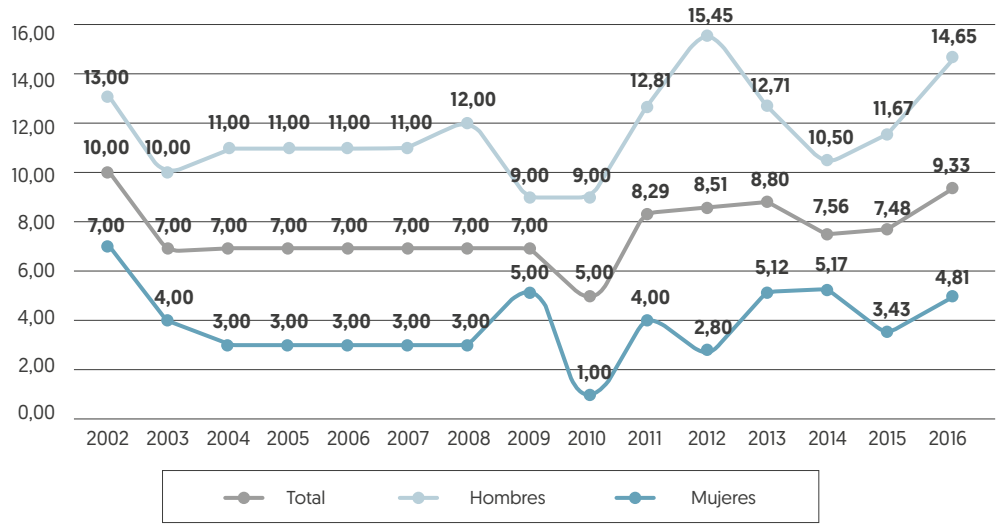


Gráfico 25. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes por sexos en Gipuzkoa, 2002-2016. Fuente: INEbase, 2017.



El método más empleado en ambos sexos es la precipitación, con en el 39% de las mujeres y el 33% de los varones. En las mujeres, el envenenamiento por fármacos es el segundo método más empleado (33%), seguido del ahorcamiento (17%). En los varones, el ahorcamiento es utilizado en el 27% de los casos, seguido del uso de armas en el 12% de los casos (Gráfico 27).

En Donostia-San Sebastián, el número total de casos ha aumentado un 7% desde 2014, pero aún está lejos de su máximo histórico de 2001 (19 casos). En los hombres el número de casos se mantiene constante desde 2012, con 10-11 casos (con excepción de 2014, donde hubo 8 casos). En las mujeres el número de casos fluctúa entre 3 a 7 casos en el mismo periodo (Gráfico 28).

La Red de Salud Mental de Gipuzkoa (RSMG), en colaboración con el Instituto Vasco de Medicina Legal (IVML), realizó un estudio para elaborar un mapa de suicidios en Gipuzkoa de los años 2004 a 2014. A partir de una muestra de 639 suicidios, el estudio analizó, entre otros aspectos, la distribución geográfica de los suicidios. Las tasas de suicidio más elevadas se identificaron en las áreas sanitarias correspondientes a Beasain (9,73/100000 habitantes y año) y Egia (Donostia) (8,73/100.000 habitantes y año) y las más bajas, en las de Zarautz (5,26/100.000 habitantes y año) y Ondarreta (Donostia) (5,39/100.000 habitantes y año). Se analizó también el uso de métodos en función de la edad. La media de edad de las personas que eligieron la sumersión fue la más elevada, con 66 años. Por el contrario, las personas que eligieron la intoxicación por sustancias presentaron la edad media más baja, 43 años. Se analizó también la distribución temporal de los casos, sin que pudieran identificarse patrones (estacionales, mensuales, etc.) concretos. Por otro lado, el estudio permitió identificar tres lugares de alto riesgo o hotspots, dos de los cuales ya están protegidos en la actualidad.

Gráfico 26. Número y tasa de suicidios por edades y sexo en Gipuzkoa, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

Edades	Total	H.	M.
<15 años	N=1 0,95	N=1 1,84	N=1 0,00
15-29 años	N=2 2,06	N=1 2,02	N=1 2,11
30-39 años	N=9 9,67	N=5 10,66	N=4 8,66
40-49 años	N=9 7,71	N=7 11,70	N=2 3,52
50-59 años	N=17 15,99	N=13 24,71	N=4 7,45
60-69 años	N=17 19,47	N=12 28,48	N=5 11,07
70-79 años	N=9 14,30	N=7 24,54	N=2 5,81
>79 años	N=6 11,94	N=6 34,39	N=0 0,00
Total	**N=70 9,73**	**N=52 14,80**	**N=18 4,89**

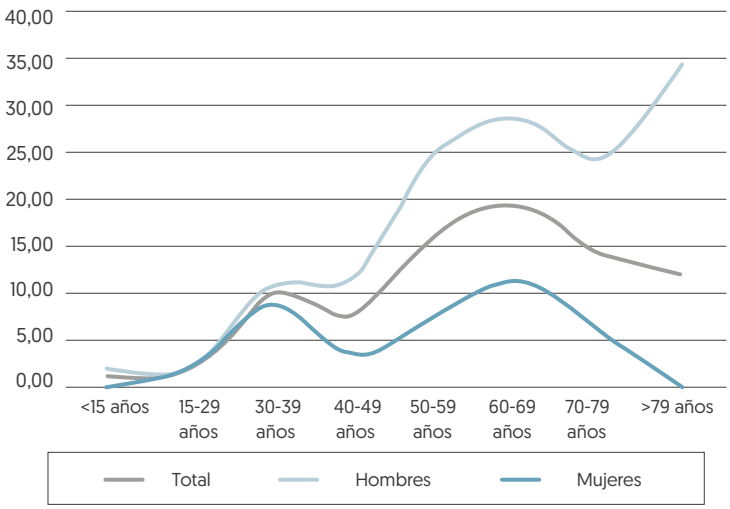


Gráfico 27. Métodos de suicidio empleados por sexos en Gipuzkoa, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

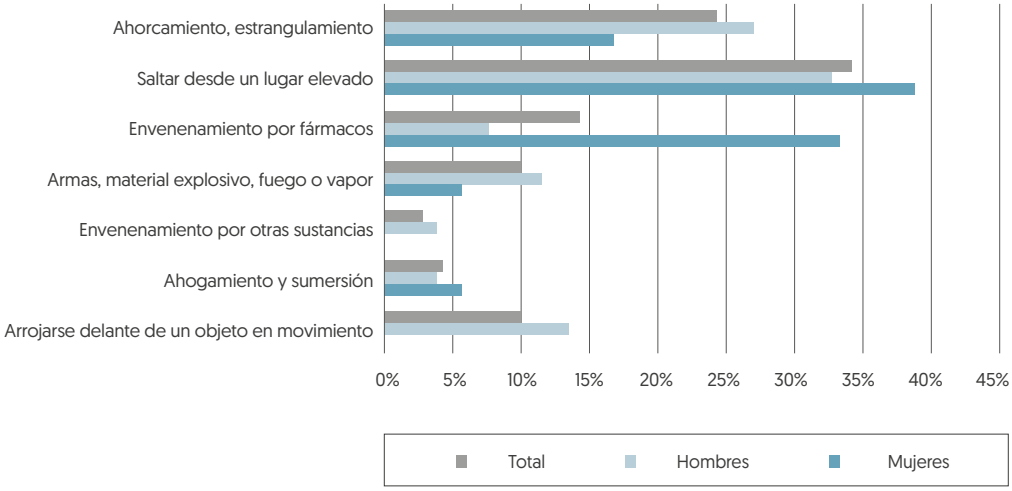
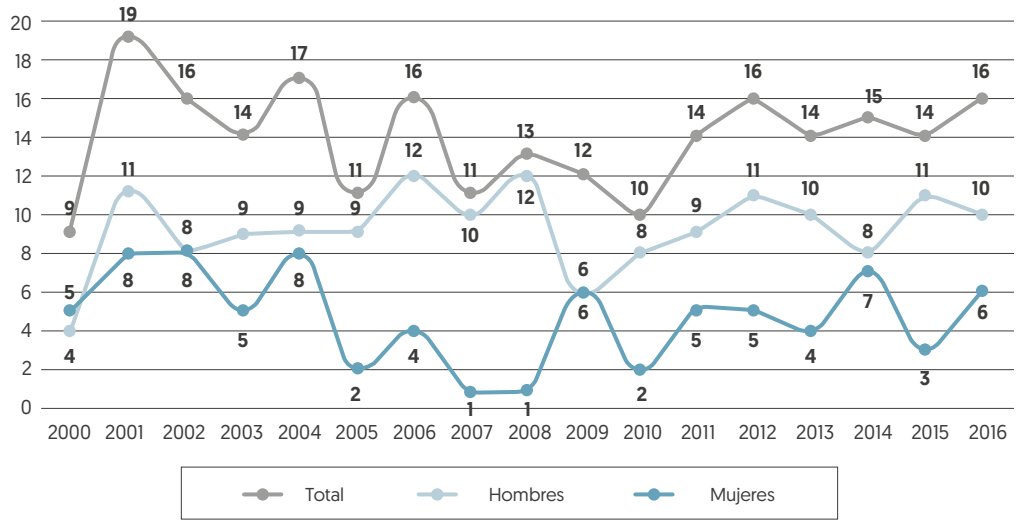


Gráfico 28. Número de suicidios por sexos en Donostia-San Sebastián 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.



5. RECURSOS E INICIATIVAS DE PREVENCIÓN DISPONIBLES

A lo largo de los últimos años en la CAE se han venido desarrollado diferentes iniciativas y acciones para la prevención y abordaje de la conducta suicida, la investigación o la postvención. Dichas actuaciones se han realizado fundamentalmente desde el ámbito sanitario, pero también desde otros entornos como el educativo, el de servicios sociales, o los servicios de emergencias y primera intervención. También existen numerosos recursos e iniciativas que todavía no incluyen la prevención del suicidio de forma explícita entre sus objetivos, pero en los que podría ser viable y eficaz su incorporación. En este apartado se recogen ambos tipos de iniciativas.

5.1. INTERVENCIONES MULTICOMPONENTE

En el año 2013 la Red de Salud Mental de Gipuzkoa (RSMG) inició la aplicación en este territorio del Modelo desarrollado por la Alianza Europea Contra la Depresión (EAAD). En dicho contexto se han venido desarrollando las siguientes actividades:

- Campañas de sensibilización e información sobre el suicidio para población general en varias regiones sanitarias (OSIs) del territorio histórico, incluyendo la difusión de carteles y trípticos informativos o la difusión de información a través los medios de comunicación locales.
- Formación de agentes sociales (o gatekeepers) en identificación y primer abordaje del riesgo de suicidio para profesionales no sanitarios, incluyendo las y los trabajadores sociales, farmacéuticos o farmacéuticas, educadores o educadoras, sacerdotes, policías, etc. Hasta la fecha más de 400 profesionales han recibido formación.
- Charlas-coloquio de sensibilización e información sobre el papel de los medios en la prevención de suicidio. Con profesionales de los medios y estudiantes universitarios o universitarias de comunicación. Se han realizado sesiones anuales en la Universidad de Deusto desde 2014 y en la UPV/EHU en 2018. Han participado más de 200 personas.
- Prevención de conducta suicida en pacientes con riesgo de suicidio atendidos y atendidas en hospitales comarcales, incluyendo acciones para mejorar la coordinación con los centros de salud mental, los sistemas de información y la adherencia a los tratamientos. Se han incluido más de 150 casos de tentativa de suicidio.

5.2. INVESTIGACIÓN

Se han realizado numerosos proyectos de investigación para mejorar el conocimiento sobre la epidemiología de la conducta suicida en la CAE o la eficacia de algunas medidas de prevención puestas en marcha, aunque no todos los trabajos han sido publicados. Algunos ejemplos incluyen:

- 1996. Estudio multicéntrico sobre las conductas parasuicidas en Europa promovido por la OMS. El Hospital Universitario Donostia participó en el estudio, cuyo objetivo era mejorar el conocimiento sobre la epidemiología de las tentativas de suicidio[66].
- 1997. La Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV) incluye la evaluación de las ideas de suicidio en la población encuestada. Dicha variable se recoge también en las encuestas de 2002, 2007 y 2013.
- 1998. Estudio Suicidios en Bizkaia: Factores de riesgo, analizó el perfil de riesgo de los suicidios en Bizkaia, como base para el diseño futuro de un plan de prevención de suicidio.

- 2006. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria. Analizó el perfil clínico y sociodemográfico en una muestra de pacientes con diagnóstico de trastornos del humor ingresado en el Hospital Santiago Apóstol entre 1990-2000[59].
- 2014-2018. Proyecto UNIVERSAL: Universidad y Salud Mental. Iniciativa internacional en el que participan 5 universidades españolas, entre ellas la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) y la Red de Salud Mental de Gipuzkoa. El proyecto pretende identificar los factores asociados a la salud mental y el riesgo de suicidio en las y los estudiantes universitarios[61].
- 2014. Proyecto de investigación El suicidio en la CAE realiza un análisis de los suicidios e intentos de suicidio ocurridos en 2013 en la CAE a partir de los datos recogidos por la Ertzaintza.
- 2014. Estudio de Prevención conducta suicida con técnicas de telemedicina (fase 1). Analiza la eficacia de un programa de prevención de reintentos de suicidio a través de un programa de seguimiento telefónico protocolizado. Participan la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, el Hospital Universitario Araba y el Hospital Universitario de Galdakao.
- 2015. Mapa de suicidios en Gipuzkoa (fase 1). Analiza los suicidios consumados en Gipuzkoa entre 2004 y 2014, incluyendo su distribución geográfica y temporal, así como los perfiles sociodemográficos y de uso de métodos. Participan el Instituto Vasco de Medicina Legal (IVML) de Gipuzkoa y la Red de Salud Mental de Gipuzkoa.
- 2016. El Estudio Suicidio y desempleo: Barakaldo 2003-14, analiza la evolución de los suicidios en el municipio de Barakaldo, así como las variables clínicas y/o sociodemográficas asociadas a un mayor riesgo de muerte por suicidio[67].
- 2016. El Estudio descriptivo de pacientes atendidos en un hospital general tras tentativa suicida en Gipuzkoa (2016) analiza el perfil clínico y sociodemográfico de las y los 190 pacientes atendidos por una tentativa de suicidio en el Hospital Universitario Donostia entre octubre de 2013 y octubre de 2014[64].
- 2017. Proyecto Prevención del suicidio y de la inflamación mediante telemedicina (fase 2). Analiza la eficacia de un programa de seguimiento telefónico protocolizado de duración ampliada y evalúa su impacto en parámetros inflamatorios. Participan el Hospital Universitario Araba, el Hospital Universitario de Galdakao y la Red de Salud Mental de Gipuzkoa.
- 2018. Proyecto SU2: metodología y localización de los suicidios en Bizkaia. Proyecto de investigación de la Red de Salud Mental de Bizkaia junto con el Instituto Vasco de Medicina Legal, para describir los factores y perfiles de riesgo, identificando puntos habituales de suicidio en Bizkaia e introducir la herramienta de la autopsia psicológica.
- 2018. Proyecto Mapa de suicidios en Gipuzkoa (fase 2). Amplía los objetivos de la fase 1 incorporando el análisis de los perfiles clínicos y de uso sanitario, así como la información de los suicidios en 2015.
- 2018. Registro de Suicidios en Gipuzkoa. Se inicia el registro sistemático de las variables de especial interés epidemiológico en los casos de suicidio atendidos por el Instituto Vasco de Medicina Legal, como colaboración con la Red de Salud Mental de Gipuzkoa.
- Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico internacional sobre el uso de esketamina intranasal en pacientes con depresión y riesgo inminente de suicidio, en el que participa el Hospital Universitario de Basurto.

Además, se han identificado numerosas iniciativas adicionales como:

- Los artículos de investigación desarrollados desde el Hospital Universitario Araba sobre suicidio en trastorno bipolar, depresión y psicosis, revisión sistemática de terapias psicológicas para psicosis, estudio unicéntrico con llamadas telefónicas de seguimiento a todas y todos los pacientes con intento de suicidio o proyectos bottom up para la prevención del suicidio.
- Las investigaciones de tipo social que se han elaborado desde la Asociación Vasca de Suicidología-Aidatu.

5.3. INFORMACIÓN Y CONCIENCIACIÓN SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

- La web Osasun Eskola, principal herramienta divulgativa online sobre salud de Osakidetza, incorpora desde 2014 un apartado específico sobre suicido y su prevención.
- Profesionales de Osakidetza han realizado charlas informativas y de sensibilización para la ciudadanía sobre la depresión y el suicidio, con la colaboración, entre otros, del Colegio de Médicos de Gipuzkoa o la iniciativa divulgativa Diálogos de ética, humanismo y ciencia.
- La Ertzaintza ha participado en la difusión de información el suicidio y su prevención desde los medios de comunicación y ha colaborado en jornadas, conferencias y cursos sobre la prevención del suicidio.
- Desde diferentes organizaciones y, especialmente, asociaciones civiles como la Asociación de Supervivientes (Biziraun) o Aidatu se han realizado cursos, jornadas y talleres de formación, aparición en medios de comunicación y divulgación en redes sociales de contenidos relacionados con la conducta suicida en la CAE.

5.4. RESTRICCIÓN DEL ACCESO A MEDIOS LETALES

- La Ertzaintza cuenta con un procedimiento de retirada provisional del arma en caso de identificarse un trastorno de conducta, que persigue, entre otros objetivos, la disminución del riesgo de suicidio.
- El estudio Mapa de Suicidios de Gipuzkoa ha permitido conocer el perfil de uso de métodos de suicidio en este territorio histórico, así como un número de sus hotspots o puntos calientes.

5.5. EMERGENCIAS Y PRIMERA INTERVENCIÓN

- La Academia Vasca de Policía y Emergencias (AVPE) imparte formación en actuación ante conductas suicidas dirigida a los diferentes colectivos que integran el Sistema de Seguridad Pública de la CAE (Ertzaintza, Policías Locales, Alguaciles, Servicio de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamento…). La formación está incluida en los cursos de ingreso y como parte del programa de formación continua.
- Las y los operadores de radio y telefonía (Ardatz-CMC) de la Ertzaintza disponen de un listado de teléfonos y páginas web sobre recursos de ayuda para facilitar a víctimas y/o familiares tanto en atención telefónica como en actuaciones de emergencia (en vía pública o domicilios).
- Desde 2014, profesionales del servicio de atención telefónica de Osakidetza Consejo Sanitario han recibido formación específica y participan en el seguimiento telefónico protocolizado de pacientes con historia de tentativa reciente de suicidio. La iniciativa se enmarca en el contexto de proyectos de investigación.

- Desde 2016, la Ertzaintza dispone de un equipo de profesionales expertos y expertas en negociación ante situaciones de crisis, que incluye la negociación en situaciones de emergencia por intento de suicidio.
- El Gobierno Vasco dispone de varios teléfonos de ayuda y orientación a la ciudadanía ante situaciones relacionadas con la violencia y/o maltrato. Por ejemplo, el Teléfono de Ayuda a la Infancia y Adolescencia (Zeuk Esan) o el Servicio de Atención Telefónica a las Mujeres Víctimas de la Violencia (SATEVI), etc.
- En Gipuzkoa, los bomberos han iniciado una colaboración con el Colegio Oficial de Psicología para trabajar la actuación en emergencias.

5.6. ÁMBITO EDUCATIVO

- Para la prevención de las situaciones de acoso y la intervención con el alumnado (tanto con quienes lo sufren como con quienes acosan), el Departamento de Educación ha desarrollado la iniciativa Bizikasi.
- Se ha elaborado un marco general de colaboración entre niveles asistenciales y educativos del que se ha definido un único procedimiento de coordinación sanitaria-educativa con dos ámbitos de aplicación: psicopedagógico y clínico (para menores y mayores de 6 años).
- En la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) existe un servicio de atención psicológica (SAP) que atiende al alumnado, al profesorado y al personal de administración y servicios, orientado sobre todo a mejorar su bienestar psicológico.
- Como parte del proyecto EAAD, la Red de Salud Mental de Gipuzkoa realiza una colaboración con el servicio de apoyo Berritzegune para ofrecer formación en identificación y primer abordaje del riesgo de suicidio a profesionales del Departamento de Educación.

5.7. SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

- El Departamento de Empleo y Políticas Sociales dispone de la plataforma telemática betiON, que da cobertura sociosanitaria en domicilio a personas mayores, en situación de dependencia, discapacidad o trastorno mental grave. Dicho servicio ha incorporado un protocolo para la identificación del riesgo de suicidio y su primer abordaje como uno de los riesgos sobre los que la teleasistencia puede actuar.
- A nivel comunitario existen protocolos de coordinación sociosanitaria entre los servicios sociales municipales y los centros de atención primaria de Osakidetza para atender de manera conjunta a las diversas necesidades de las personas. A través de estos protocolos y en aquellos casos en los que se considera necesario se incluye a la Red de Salud Mental. Las situaciones de emergencia se resuelven a través del 112.
- Desde las Diputaciones Forales se establecen interconsultas y/o derivaciones a Salud Mental a través del Programa de Atención Psiquiátrica en Residencias.
- Desde el Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián se ha hecho formación a profesionales de los servicios sociales en prevención de conducta suicida.
- Como parte del proyecto EAAD, la Red de Salud Mental de Gipuzkoa realiza una colaboración con la Diputación de Gipuzkoa para ofrecer formación en identificación y primer abordaje del riesgo de suicidio a profesionales de la red de acogimiento residencial para menores de edad en desprotección.

5.8. ÁMBITO LABORAL

- En el ámbito laboral, la Ertzaintza ofrece asistencia psicológica a todas y todos los agentes que lo requieran y servicio de ayuda psicológica (debriefing) en caso de vivenciar experiencias traumáticas durante el servicio.
- La Diputación Foral de Álava ha elaborado e implantado un sistema integral de gestión de riesgos laborales que incluye la evaluación de riesgos psicosociales en los centros.
- Desde 2016, Osakidetza realiza la evaluación de riesgos psicosociales en todas sus organizaciones.
- Como parte del proyecto EAAD, la Red de Salud Mental de Gipuzkoa realizó una colaboración con el grupo empresarial Gureak, grupo sin ánimo de lucro que trabaja con personas con discapacidad, para ofrecer formación en identificación y primer abordaje del riesgo de suicidio a sus profesionales.

5.9. ÁMBITO SANITARIO

- Desde los servicios sanitarios, fundamentalmente desde Salud Mental y Emergencias de Osakidetza, se han desarrollado diversas iniciativas asistenciales en forma de guías de actuación, protocolos o programas piloto. Se incluyen algunos ejemplos:
    - La Red de Salud Mental de Gipuzkoa, siguiendo el modelo internacional Zero Suicide, ha desarrollado un plan de cuidados para el pacientes con riesgo de suicidio, en el que se definen todas las fases de la atención al y a la paciente (identificación, evaluación y abordaje del riesgo). El plan se está aplicando en fase piloto y se ha elaborado en base a la evidencia disponible y al consenso entre profesionales.
    - El Hospital Universitario de Galdakao cuenta con un protocolo de seguridad del y de la paciente para reducir efectos adversos considerados evitables (entre ellos el suicidio) que incluye: prevención del suicidio en la y el paciente ingresado, prevención del suicidio postalta, medicación adecuada, comorbilidad/diagnóstico dual, revisión postincidente. En Osabide Global se han incorporado alertas para señalar el potencial riesgo suicida o de autoagresión de pacientes hospitalizados y hospitalizadas (estableciéndose tres niveles de cuidados de enfermería). También se han elaborado y consensuado criterios de actuación entre unidades de hospitalización y centros de salud mental.
    - En el Hospital Universitario de Basurto existe un protocolo de triaje en el servicio de Urgencias y un protocolo de riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados y hospitalizadas que se aplica en todas y todos aquellos pacientes con riesgo agudo de suicidio que son hospitalizados en la unidad psiquiátrica de corta estancia de este hospital.
    - El Hospital Universitario de Cruces, en colaboración con la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y la OSI Barakaldo-Sestao, junto con la Red Salud Mental de Bizkaia, pusieron en marcha un plan piloto para el registro de todas las intervenciones en el servicio de urgencias (gesto autolítico e ideación autolítica), donde, a criterio del o de la psiquiatra de guardia, se ingresaba un o una paciente con riesgo suicida o era remitido o remitida al CSM donde se le ofrecía atención en las primeras 48 horas. El registro se planificó con el servicio de documentación clínica del Hospital Universitario de Cruces y se dotó de un código específico a tal efecto en la historia de urgencias.

- Como parte del proyecto EAAD, la Red de Salud Mental de Gipuzkoa ha puesto en marcha un protocolo de prevención de conducta suicida en pacientes atendidos en tres hospitales comarcales. Incluye sesiones de formación de médicos y médicas generales de urgencias, un registro de tentativas compartido a nivel hospitalario y ambulatorio, unos tiempos máximos para la visita ambulatoria y un seguimiento telefónico protocolizado de las y los pacientes.
- En Atención Primaria se han desarrollado protocolos de coordinación con Salud Mental en materia de atención a pacientes con los trastornos más prevalentes (ansiedad, depresión, abuso de alcohol).

- Desde el punto de vista de la formación y actualización de conocimientos para profesionales de la salud, se han identificado diversas iniciativas:
  - Desde Osakidetza se han realizado varios cursos de formación para profesionales de Atención Primaria, de Salud Mental y de Emergencias para la prevención y abordaje de la conducta suicida.
  - En el Hospital Universitario de Galdakao se han llevado a cabo sesiones clínicas para profesionales, tanto en el servicio de psiquiatría como con otros servicios, para favorecer la detección y la prevención del riesgo suicida de pacientes atendidos o atendidas.
  - El Hospital Universitario de Basurto tiene un programa de formación específico en Terapia Dialéctica Conductual en colaboración con la Universidad de Deusto y está asociado a la Unidad Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). También realiza jornadas periódicas de actualización sobre tratamientos de la depresión refractaria.

5.10. POSTVENCIÓN

- La asociación Biziraun participa y promueve la ayuda y soporte a supervivientes por suicidio, para lo la cual se ha creado un grupo de ayuda mutua.
- Desde la Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología (DAEM), se puede, en casos de suicidio, movilizar a personal voluntario desde los servicios sociales de la Cruz Roja a los domicilios para acompañar a las personas allegadas o familiares.
- Dentro del plan de cuidados para el o la paciente con riesgo de suicidio desarrollado en la Red de Salud Mental de Gipuzkoa se incluye un protocolo de postvención, con el objetivo de mejorar la atención a los familiares y compañeros o compañeras de los pacientes que realizan un suicidio.

5.11. COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

- Desde la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con problemas de Salud Mental (FEDEAFES) se viene desarrollando el Proyecto Ateak Zabaldu de intervención en personas con enfermedad mental en prisión. En la incorporación al programa se explora el riesgo suicida.
- El Hospital Universitario de Galdakao ha llevado a cabo acciones de formación sobre la conducta suicida entre profesionales de AVIFES (Asociación Vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental).
- Como parte del proyecto EAAD, la Red de Salud Mental de Gipuzkoa realiza una colaboración con la Diputación de Gipuzkoa para ofrecer formación en identificación y primer abordaje del riesgo de suicidio a profesionales de la red de acogimiento

residencial para menores de edad en desprotección.

- En el Ayuntamiento de Bilbao existe un programa de psiquiatría de calle.
- El programa Prevención desde la Comunicación de la Ertzaintza incluye charlas y conferencias en el ámbito escolar acerca de, entre otros temas, el bullying-ciberbullying. También incluye charlas en residencias para tratar temas relacionados con la vulnerabilidad específica de las personas ancianas. La Ertzaintza cuenta así mismo con un programa específico de atención al medio rural.
- Los centros penitenciarios disponen de un Programa Marco de prevención de suicidios, que se pone en marcha en el momento del ingreso o en cualquier momento que se detecte un riesgo. Por otro lado, el traspaso a Osakidetza de la asistencia sanitaria a los centros penitenciarios de la CAE ha propiciado la integración progresiva de profesionales del servicio vasco de salud al PAIEM (Programa de Atención Integral al Enfermo Mental) y al Programa de detección y prevención de la conducta suicida, puestos ambos en marcha por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- En el Hospital Universitario de Basurto existen programas específicos en población psiquiátrica de alto riesgo, en trastornos de personalidad en población infantojuvenil o en trastornos de alimentación.

PARTE III. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN

6. PRINCIPIOS

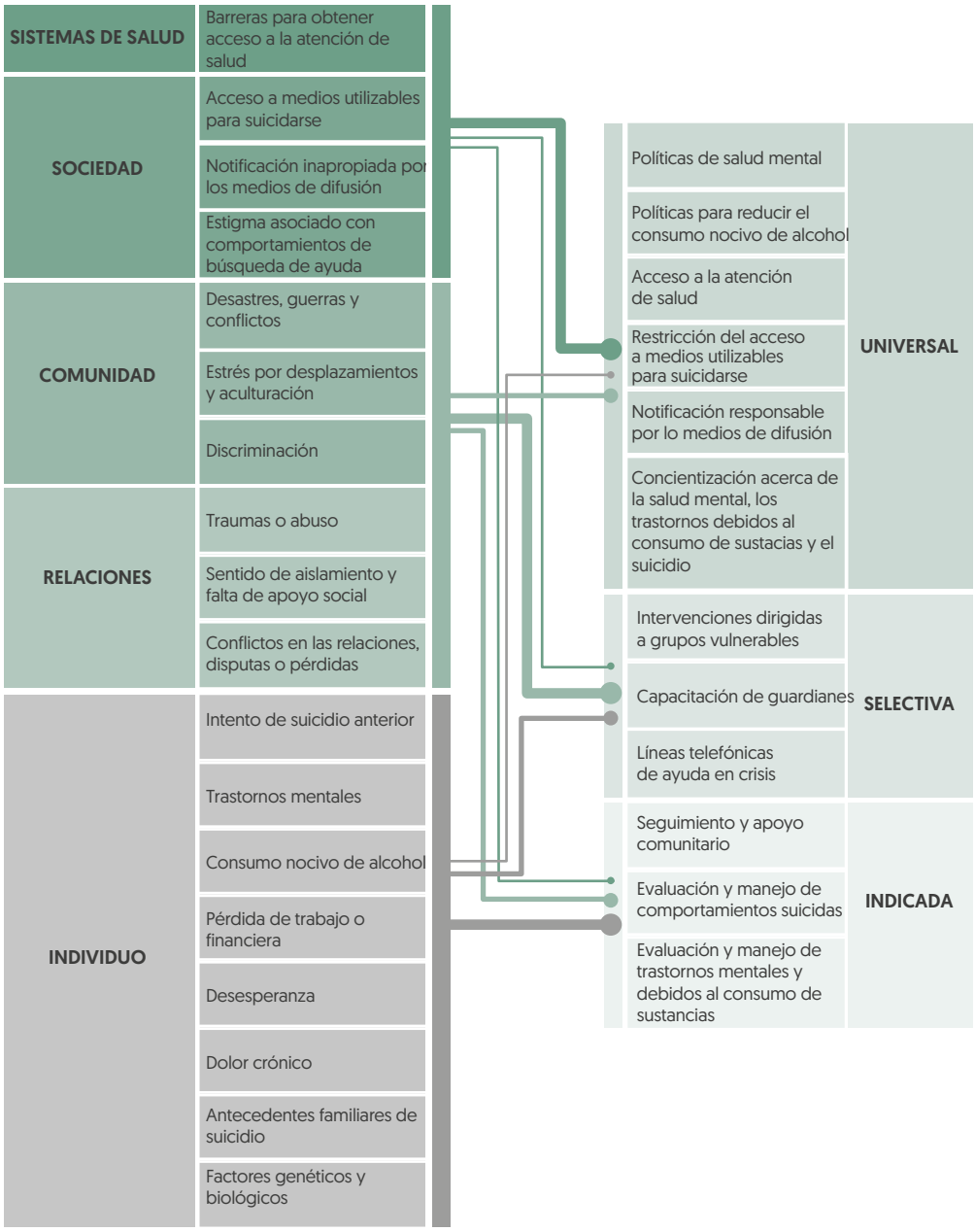
La Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi está basada en los siguientes principios:

1. **Promoción de un entorno protector y seguro para la persona**. La creación y mantenimiento de un ambiente individual, social y cultural favorable a la prevención de la conducta suicida es una base fundamental en el enfoque estratégico de la prevención del suicidio. Una estrategia que debe sostenerse en otros logros de la sociedad vasca, tales como:
   - **Promoción de valores culturales positivos y solidarios**: la prevención de la conducta suicida incluye el desarrollo de acciones para promover una mayor inclusión, participación social y solidaridad de la sociedad vasca, donde se erradique la discriminación, marginación o estigma hacia los colectivos vulnerables y/o en mayor riesgo de presentar conducta suicida.
   - **Promoción conductas saludables, incorporando la gestión de emociones en la educación para la salud**: el fomento de la salud mental y la prevención de la conducta suicida incluyen acciones orientadas hacia la promoción de la autoestima, la resiliencia, las capacidades de relación personal y las habilidades sociales y emocionales.
   - **Introducción de la prevención del riesgo suicida en las políticas y normativas públicas**: para mejorar la salud mental y la prevención de la conducta suicida se fomentarán políticas transversales que potencien las acciones protectoras ante la conducta suicida y minimicen los factores de riesgo potenciales (aislamiento, inequidad, inaccesibilidad a los recursos, etc.).
2. **Formación**. La formación y capacitación de profesionales y de las y los agentes implicados es básica para garantizar la adquisición de competencias para abordar efectivamente la conducta suicida. El objetivo es fortalecer las competencias de los equipos multidisciplinares que intervienen en la prevención, abordaje e intervención de la conducta suicida. La formación y capacitación en prevención de suicidio será periódica y se basará en la evidencia científica y en las mejores prácticas disponibles; buscando la formación de equipos cohesionados de intervención multidisciplinares para todas las fases de la intervención.
3. **Protocolización**. El desarrollo e implementación de protocolos para brindar servicios a las personas en riesgo de suicidio, dado que es una herramienta que promueve la colaboración y la capacidad de respuesta entre las y los distintos agentes implicados. De esta forma se crea una responsabilidad compartida y una atención colaborativa que busca establecer una comunicación efectiva entre profesionales y agentes implicados en la prevención del suicidio en la CAE. Además, se fortalece la coordinación interservicios psicosanitarios, sociales y comunitarios.
4. **Integralidad**. La prevención de la conducta suicida involucra a todos los sectores y a todas y todos los agentes implicados en su prevención. Por tanto, la respuesta que se brinda involucra a todos los sectores para favorecer una respuesta eficaz e integral para una persona en riesgo de suicidio y su familia.

La estrategia propuesta describe las acciones a desarrollar en la CAE para disminuir la morbimortalidad por suicidio y mejorar la atención a las personas en riesgo y a sus familias. Esta estrategia, que incluye tanto al sector público como privado, adopta un enfoque de intervención multidisciplinar (psicosociosanitario) para la prevención del suicidio que, por una parte, pretende romper las barreras que evitan que las personas en riesgo busquen ayuda y, por otra parte, proporcionar más información, una mejor asistencia y una intervención más temprana.

La estrategia sigue el modelo de salud pública y el enfoque recomendado por la OMS para la prevención del suicidio (Ilustración 3).

Ilustración 3. Enfoque de prevención del suicidio de la OMS. Fuente: OMS, 2014[34].



7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL

Reducir la incidencia, prevalencia e impacto de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio) en la CAE a través de un sistema integrado y eficiente de prevención, intervención y postvención con enfoque de salud pública y que tenga en cuenta la perspectiva de género en sus acciones y planteamientos.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Diseñar e implantar un sólido sistema de investigación, conocimiento y vigilancia epidemiológica de la conducta suicida en la CAE.
2. Sensibilizar e informar a la ciudadanía sobre la conducta suicida y su prevención.
3. Mejorar la identificación y primer apoyo desde la comunidad para las personas en situación de riesgo, gracias a la implicación de las administraciones, los servicios sociales, las empresas y otras y otros agentes, trabajando de forma más eficaz y coordinada para ofrecer mejores servicios preventivos desde la comunidad
4. Ofrecer unos servicios de atención sanitaria y/o social más integrados y eficaces para prevenir el suicidio y la conducta suicida en las personas en situación de riesgo.
5. Proporcionar apoyo desde el sistema a través de la postvención a cuidadoras y cuidadores, las familias y las comunidades afectadas por el suicidio de un ser querido.

8. ÁREAS DE ACTUACIÓN Y MEDIDAS

La Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi se compone de 9 áreas de actuación. Cada una con varias medidas o acciones que abarcan la prevención, abordaje e intervención de la conducta suicida desde los diferentes agentes implicados en ella:

1. Coordinación y seguimiento de la Estrategia.
2. Vigilancia epidemiológica e investigación.
3. Información y concienciación.
4. Acceso a medios letales.
5. Emergencias y primera intervención.
6. Ámbito comunitario.
   - 6.1. Educación.
   - 6.2. Sistema de servicios sociales.
   - 6.3. Ámbito laboral.
   - 6.4. Ámbito familiar.
7. Ámbito sanitario.
   - 7.1. Ámbito sanitario general.
   - 7.2. Atención primaria.
   - 7.3. Salud mental.

7.4. Hospital general.
7.5. Farmacia comunitaria.
8. Postvención.
9. Colectivos en situación de vulnerabilidad.

8.1. COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA

8.1.1. OBJETIVOS

- Garantizar el desarrollo de la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi.

8.1.2. MEDIDAS

- **Medida 1. Crear una Comisión de Coordinación y Seguimiento de la Estrategia.** Con representantes de todas las instituciones implicadas en la prevención del suicidio y encargada de liderar la implementación, monitorización y promoción el desarrollo de las acciones previstas en esta estrategia.
- **Medida 2. Elaborar un informe anual de seguimiento.** Que describa la actividad realizada durante ese periodo, los resultados obtenidos y las acciones y resultados previstos para el siguiente año.

8.2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA E INVESTIGACIÓN

8.2.1. OBJETIVOS

- Mejorar los sistemas de vigilancia y su utilidad para recopilar, analizar y aplicar esta información en la prevención del suicidio en la CAE.
- Fomentar la investigación epidemiológica, clínica y social para mejorar la evidencia sobre la conducta suicida y su prevención.

8.2.2. MEDIDAS

- **Medida 3. Crear un Observatorio del suicidio en la CAE.** Independiente o integrado en otros (por ejemplo, en un futuro Observatorio de Salud) y en coordinación con otros (como el Observatorio de la Juventud de Euskadi). Estará encargado de definir, posibilitar y monitorizar un sistema de información sobre conducta suicida (o Conjunto Mínimo de Datos), registrar y hacer vigilancia epidemiológica en coordinación con el IVLM, Eustat, Ertzaintza, SOS-Deiak, Osakidetza, etc., emitir informes de situación, recomendaciones de actuación y coordinar la investigación en prevención de suicidio en la CAE.
- **Medida 4. Elaborar una estrategia de investigación sobre la conducta suicida.** A partir de las necesidades de mejora del conocimiento identificadas por el Observatorio del Suicidio en Euskadi, que ayuden a aportar más información y conocimiento epidemiológico, clínico y social acerca de la conducta suicida, con especial atención a las diferencias de género y los grupos en situación de vulnerabilidad, para proveer de mayor evidencia las actuaciones que se desarrollen bajo el marco de la presente estrategia de prevención.
- **Medida 5. Crear un registro de suicidios en la CAE.** Como herramienta novedosa en nuestro entorno. Que recoja información relevante de los fallecimientos por suicidio que no está disponible en la actualidad (por ejemplo, la categoría profesión, etc.). El registro se creará a partir de la información que los médicos y médicas forenses recogerán de forma sistemática en este tipo de fallecimientos, siguiendo el modelo del sistema de información sobre adicciones ("indicador mortalidad") de la

CAE. Debería incluir mecanismos ágiles de transmisión de la información con referentes locales a fin de facilitar la evaluación de calidad y la intervención proactiva de postvención.

- **Medida 6. Crear un registro de tentativas en la CAE.** Con información fiable y válida sobre la conducta suicida atendida en los servicios de salud, que permita guiar la toma de decisiones clínicas y de planificación sanitaria. Es, además, un recurso imprescindible para mejorar el conocimiento epidemiológico sobre este problema. Su desarrollo estará vinculado a la aplicación de otras medias descritas en esta estrategia (por ejemplo, código riesgo de suicidio).
- **Medida 7. Realizar autopsias psicológicas.** En los perfiles de especial interés identificados por el Observatorio (por ejemplo, menores de edad, hombres adultos, etc.), como mecanismo que habilita y posibilita el contraste y la consulta recíproca de la información clínica y forense de los casos de suicidios consumados.
- **Medida 8. Introducir la prevención del suicidio como una línea prioritaria en las ayudas a la investigación desde las instituciones públicas.** La investigación es esencial para ampliar el conocimiento sobre la conducta suicida y para dotar a las acciones preventivas propuestas de la evidencia necesaria para que sean más efectivas.

8.3. INFORMACIÓN Y CONCIENCIACIÓN

8.3.1. OBJETIVOS

- Mejorar la concienciación y el conocimiento acerca de la conducta suicida en la población general; por ejemplo, incrementando su capacidad para identificar a personas en riesgo.
- Fomentar la búsqueda de ayuda en aquellas personas que estén en riesgo de suicidio.
- Implicar a los medios de comunicación como difusores e informadores de herramientas y recursos para la prevención del suicidio.
- Usar las redes sociales como herramientas de difusión, especialmente en los colectivos más jóvenes.

8.3.2. MEDIDAS

- **Medida 9. Realizar campañas anuales de sensibilización coincidiendo con días relacionados con la conducta suicida.** Se crearán y pondrán en marcha campañas orientadas a la población general para reducir el estigma, aumentando el diálogo público y la conciencia sobre el tema del suicidio. Se propone, por una parte, convertir el Día Mundial de la Prevención del Suicidio (10 de septiembre) en el hito anual de la concienciación social en la CAE, dotándole de relevancia pública mediante acciones comunicativas (campaña, eventos…) de referencia que fomenten la identificación de factores (de riesgo, señales de alerta, precipitantes) y resalten los valores sociales positivos y resilientes (apoyo social) para prevenir la conducta suicida. La actividad de concienciación social tendrá continuidad, más allá de ese día principal, a lo largo del resto del año. Para ello, se propone desarrollar iniciativas en torno a otras fechas señaladas que guardan relación con el tema: Día del o de la Superviviente el tercer sábado de noviembre, Día Mundial de la Salud Mental el 10 de octubre, Día Mundial de la Depresión, etc.
- **Medida 10. Crear una web de información fiable sobre conducta suicida y su prevención.** Que ofrezca información contrastada y de calidad sobre la conducta suicida y su prevención, así como orientación sobre dónde puede acudir una persona en riesgo, además de enlaces de interés a otras páginas de entidades e instituciones

recomendas. El objetivo es hacer de esta web un sitio de referencia para consulta y difusión de contenidos, así como fomentar iniciativas a través de las redes sociales, orientadas tanto al público general y población de riesgo como a instituciones, profesionales del ámbito sociosanitario y educativo y medios de comunicación.

- **Medida 11. Editar y divulgar una guía de orientación para los medios de comunicación.** Se elaborará una guía con recomendaciones para un abordaje responsable de los casos de suicidio. A partir de documentos de referencia (OMS, etc.), la guía trataría de adaptar su contenido a la realidad en la CAE, ofreciendo una herramienta eficaz para, sin menoscabo del derecho y la obligación de informar, contribuir a avanzar la pedagogía de la prevención y desestigmatización del suicidio. Se realizará una labor activa de difusión de la guía a medios claves en la CAE, que podría incluir la realización de talleres o coloquios para profesionales.

8.4. ACCESO A MEDIOS LETALES

8.4.1. OBJETIVOS

- Conocer y limitar el acceso a lugares y medios potencialmente letales en la CAE.
- En los casos en los que esto no sea posible, poner en marcha recursos de vigilancia y apoyo u otras medias de disuasión.
- Aumentar la conciencia de la población sobre la asociación entre el consumo de alcohol y/o sustancias de abuso y la conducta suicida y colaborar con las iniciativas para reducir las tasas de consumo de alcohol en la población.

8.4.2. MEDIDAS

- **Medida 12. Realizar un mapa de suicidios en la CAE.** Que permita conocer el perfil de métodos empleados y los hotspots o zonas de alto riesgo.
- **Medida 13. Instalar barreras en hotspots.** Instalar barreras arquitectónicas en aquellos hotspots donde sea posible impedir su acceso. En aquellos sitios públicos donde no sea posible, instalar instrumentos de disuasión, vigilancia y ayuda, en coordinación con los organismos competentes (MetroBilbao, Renfe, Euskotren Tranbia, etc.).
- **Medida 14. Aumentar el control sobre otros medios potencialmente letales.** Incluyendo:
  a. En la prescripción, dispensación y acopio de fármacos, en coordinación con las oficinas de farmacia.
  b. En la posesión y custodia de armas de fuego, con especial énfasis en colectivos con facilidad de acceso a las armas (cuerpos de seguridad, personas cazadoras, etc.) y en caso de baja médica relacionada trastornos depresivos o ante la presencia de cualquier señal de alerta. Por ejemplo, instaurando protocolos de custodia de armas.
  c. En los pesticidas y otros tóxicos letales, principalmente en zonas rurales.
- **Medida 15. Promover la aplicación de las medidas dirigidas a reducir el consumo de alcohol en la población** previstas en el Plan de Salud, el Plan de Adicciones, la Ley de Atención Integral de Adicciones o el Programa Menores y Alcohol de Euskadi, así como en iniciativas que persigan un objetivo similar, haciendo especial hincapié en la sensibilización de grupos de riesgo sobre la relación entre el consumo de alcohol y el comportamiento suicida.

8.5. EMERGENCIAS Y PRIMERA INTERVENCIÓN

8.5.1. OBJETIVOS

- Coordinar las actuaciones entre los servicios de emergencias y primera intervención en casos de crisis suicida.
- Dotar a las y los profesionales de emergencias y primera intervención de herramientas para hacer frente de forma eficaz a situaciones de crisis y riesgo suicida.
- Favorecer la identificación y derivación al ámbito sanitario de casos donde exista sospecha de riesgo de suicidio.

8.5.2. MEDIDAS

- **Medida 16. Crear un protocolo de actuación integrado para profesionales de primera intervención en crisis suicidas.** Este protocolo deberá asegurar la continuidad asistencial e implicará, al menos, a:
  a. Servicio de atención telefónica de SOS-Deiak.
  b. Servicio de atención telefónica y profesionales de intervención de Emergentziak-Osakidetza.
  c. Ertzaintza.
  d. Policía local.
  e. Cuerpos de Bomberos.
  f. Otros; por ejemplo, servicios sociales, protección civil, etc.

El protocolo debería incluir:

a. Atención telefónica de personas llamantes y personas en riesgo.
b. Atención in situ de crisis suicida.
c. Primera intervención postventiva a familiares tras suicidios consumados.
d. Registro y transmisión de la información, incluyendo la creación, si fuera necesario, de un código de riesgo integrado en Euskarri-Zutabe y Emergentziak-Osakidetza.
e. Atención postventiva a profesionales intervinientes en la crisis suicida.

- **Medida 17. Sistematizar la formación de las y los profesionales de primera intervención y emergencias, referida a la intervención en crisis suicida y los primeros auxilios psicológicos, dentro de los programas de formación continua.** El objetivo es que tengan preparación adecuada para mediar en primera línea, sabiendo cómo identificar y reducir la intensidad de las crisis suicidas. También para que estén preparados o preparadas y sepan, en el caso de un suicidio consumado, establecer eficazmente el primer contacto con la familia y entorno cercano de la persona fallecida.
- **Medida 18. Capacitar al Consejo Sanitario de Osakidetza para liderar la atención telefónica de consultas no urgentes relacionadas con la conducta suicida.** Ejercerán para ello funciones similares a las de un teléfono de ayuda contra el suicidio. La capacitación de profesionales del Consejo Sanitario permitirá poder dar una respuesta efectiva en las situaciones que no requieran la intervención presencial. De esta forma, podrán resolver dudas y ayudarán a ofrecer pautas de actuación más aconsejables en función del riesgo de suicidio detectado. En el caso que se produzca un suicidio, incluirá la atención telefónica de atención al o a la superviviente.

- **Medida 19. Incorporar la identificación y abordaje del riesgo suicida en los teléfonos de ayuda y orientación a la ciudadanía actualmente disponibles.** Por ejemplo, en el Teléfono de Ayuda a la Infancia y Adolescencia (Zeuk Esan), el Servicio de Atención Telefónica a las Mujeres Víctimas de la Violencia (SATEVI), etc., siguiendo propuestas similares al protocolo de la plataforma telemática que da cobertura sociosanitaria en domicilio 'BetiOn', Teléfono de la Esperanza, etc.
- **Medida 20. Incorporar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en las intervenciones de las y los profesionales de emergencias y primera Intervención sobre colectivos vulnerables.** Por ejemplo, en casos de violencia doméstica y de género, entorno rural, tercera edad y población adolescente.

8.6. ENTORNO COMUNITARIO

8.6.1. EDUCACIÓN

8.6.1.1. Objetivos

- Favorecer la identificación temprana y primer apoyo en casos donde exista riesgo de suicidio.
- Dotar a profesionales del sector educativo de herramientas para una correcta identificación y abordaje de jóvenes en riesgo de suicidio.
- Favorecer la derivación al ámbito sanitario de casos donde exista sospecha de riesgo de suicidio.

8.6.1.2. Medidas

- **Medida 21. Incorporar acciones para la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en centros educativos en el marco de proyectos de referencia existentes en la CAE.** Es importante seguir poniendo en marcha programas en el ámbito educativo, como el proyecto Bizikasi, o en el marco de la escuela inclusiva, e incorporar en ellos acciones para la identificación y abordaje del riesgo de suicidio focalizados a grupos de alto riesgo; principalmente en adolescentes y jóvenes victimas de bullying, incluyendo el trabajo con compañeros y compañeras de clase y con las familias. Sería deseable, por ejemplo, poder contar con un protocolo de actuación en casos de bullying con un potencial preventivo acreditado a medio y largo plazo.
- **Medida 22. Protocolizar la actuación ante los casos de riesgo de suicidio identificados en centros educativos en el Marco de Colaboración Educación-Salud Mental del Gobierno Vasco.** Tomando como base el marco de colaboración existente entre las dos instituciones, se incluirá un protocolo de actuación en los casos de riesgo de suicidio.
- **Medida 23. Incorporar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en la formación continuada del profesorado con dedicación especial a grupos de riesgo. Por ejemplo, en los centros de atención educativa hospitalaria, domiciliaria y terapéutico-educativa (OETH).** El objetivo es que sean capaces de reconocer de forma temprana a niñas, niños y jóvenes en situación de aflicción y/o con un alto riesgo de suicidio, proporcionándoles herramientas y habilidades adecuadas de enfrentamiento y afrontamiento de la conducta suicida.
- **Medida 24. Seleccionar y formar personas referentes en el entorno universitario que sirvan de apoyo y orientación en la identificación y abordaje del riesgo suicida.** Estas personas actuarán como recurso de apoyo para atender cualquier necesidad o petición de ayuda por parte de la comunidad educativa.

8.6.2. SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

8.6.2.1. Objetivos

- Favorecer la identificación temprana y primer apoyo en casos donde exista riesgo de suicidio, así como su postvención, desde el sistema de servicios sociales.
- Mejorar la coordinación con otras y otros profesionales y recursos de ayuda (sanitarios y/o comunitarios).
- Dotar a los y las profesionales del sistema de servicios sociales de la formación necesaria para la identificación de situaciones de riesgo y su abordaje.

8.6.2.2. Medidas

- **Medida 25. Incorporar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en la población general y de manera específica en colectivos en situación de vulnerabilidad, dentro de los diferentes protocolos de actuación del sistema de servicios sociales.** Por ejemplo, protocolos de coordinación sociosanitaria y de redes locales de salud, de la atención social especializada y/o planes municipales de salud. Potenciando la coordinación efectiva entre profesionales de distintos ámbitos de actuación y siguiendo propuestas similares a las que desarrolla el servicio BetiON, que dispone de un procedimiento de prevención de suicidio articulado en tres líneas de actuación: prevención, detección y seguimiento.
- **Medida 26. Incorporar la valoración y seguimiento del riesgo suicida en la futura historia sociosanitaria.** Al introducir en la historia sociosanitaria el riesgo suicida se garantiza una mejor atención y seguimiento desde los dos sectores.
- **Medida 27. Incluir la detección, intervención y abordaje del riesgo de suicidio y su postvención en la formación continuada de profesionales del sistema de servicios sociales (tanto de la atención comunitaria como especializada).** Es importante que las y los profesionales que atienden a grupos de personas que forman parte de colectivos especialmente vulnerables sean formados de manera específica en la detección y la primera atención al riesgo de suicidio, así como en la intervención postventiva.

8.6.3. ÁMBITO LABORAL

8.6.3.1. Objetivos

- Impulsar la detección temprana y primer apoyo de casos donde exista riesgo suicida desde el ámbito laboral, especialmente en profesiones asociadas a un mayor riesgo (cuerpos de seguridad, profesionales sanitarios, etc.).
- Dotar a las y los profesionales de salud laboral de herramientas para la correcta identificación o abordaje de personas en riesgo suicida.
- Promover la desestigmatización de los problemas de salud mental y la búsqueda de ayuda en los entornos laborales.

8.6.3.1. Medidas

- **Medida 28. Definir protocolos para mejorar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en profesiones asociadas a un mayor riesgo.** Por ejemplo, incluir el riesgo suicida en los exámenes de salud periódicos o en la evaluación psicosocial de trabajadores y trabajadoras, etc.
- **Medida 29. Incorporar la intervención y abordaje del riesgo de suicidio en la formación continuada de profesionales de salud laboral y otras y otros agentes clave**

(por ejemplo: mandos intermedios). En especial en el caso de quienes trabajan con profesionales de mayor riesgo, para mejorar el reconocimiento y detección temprana de dificultades emocionales, factores de riesgo, precipitantes o señales de alerta del riesgo de suicidio en el trabajo. También para promover la desestigmatización de los problemas de salud mental y la búsqueda de ayuda desde los entornos laborales.

- **Medida 30. Incorporar la variable de la categoría profesional en las estadísticas de conducta suicida (ideación, intento y suicidio).** Esto permitirá conocer los perfiles profesionales con más riesgo de conducta suicida en la CAE, lo que posteriormente ayudará a focalizar las acciones de sensibilización y prevención.

8.6.4. ÁMBITO FAMILIAR

8.6.4.1. Objetivos

- Mejorar la capacitación y sensibilización de la ciudadanía y de las y los profesionales para contribuir a la prevención del suicidio desde el entorno familiar.

8.6.4.2. Medidas

- **Medida 31. Establecer un marco de colaboración estable con la Dirección de Política Familiar y Diversidad del Gobierno Vasco, a fin de incorporar la prevención del suicidio en el desarrollo de algunas de las medidas contempladas en el IV Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias**[68]. Por ejemplo, en el desarrollo de los programas de mediación familiar, en los recursos de apoyo a las mujeres durante el periodo perinatal, en los programas de fomento de la parentalidad positiva para colectivos vulnerables, a través del servicio de intervención socioeducativa y psicosocial de la atención primaria y secundaria o en los proyectos de prevención de los riesgos digitales en la infancia y adolescencia.

8.7. ÁMBITO SANITARIO

8.7.1. ÁMBITO GENERAL

8.7.1.1. Objetivos

- Incorporar la prevención del suicidio como una competencia del personal profesional de la salud y poner en marcha recursos para posibilitar una acción preventiva más eficaz en todas las organizaciones, atendiendo a sus particularidades.
- Establecer mecanismos para favorecer la identificación de personas en situación de riesgo dentro del sistema y garantizar la continuidad de cuidados en su tránsito entre servicios de Osakidetza en particular y sanitarios en general.
- Capacitar a los profesionales de la salud para mejorar la intervención y abordaje de las personas en riesgo de suicidio.

8.7.1.2. Medidas

- **Medida 32. Crear, en Osakidetza, un Código de Riesgo Suicida integrado en la historia clínica electrónica (Osabide Global).** Similar a los códigos existentes en otras comunidades autónomas, que posibilite una mejor identificación y seguimiento del o de la paciente de riesgo dentro del sistema sanitario público y defina unos criterios mínimos de atención. Permitiría también asociar el acto sanitario con el riesgo suicida dentro del sistema de información sanitaria. Idealmente debería incluir, al menos:

a. Código identificativo en Osabide Global del o de la paciente en situación de riesgo (similar a otras alertas de la historia clínica electrónica).

b. Evaluación y seguimiento del o de la paciente desde de salud mental (preferentemente) o desde Atención Primaria mientras persista el riesgo.

c. Garantía de continuidad de cuidados, que incluiría:

- Definición de itinerarios asistenciales y tiempos máximos de derivación entre servicios.
- Identificación de una o un profesional referente de caso en el servicio de atención telefónica Consejo Sanitario de Osakidetza durante las transiciones entre niveles o servicios, tal y como se detalla en la medida 36.

Para facilitar su puesta en marcha, en una primera fase se aplicará a personas que contactan con el sistema de salud por un intento de suicidio, extendiéndose posteriormente su uso a otras situaciones clínicas asociadas a riesgo de suicidio.

- **Medida 33. Incluir la prevención del suicidio dentro de los Contratos Programa de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) de Osakidetza.** Que sea revisado y evaluado todos los años para garantizar la puesta en marcha de las medidas de esta Estrategia relativas al ámbito sanitario, con criterios de calidad.
- **Medida 34. Incorporar la prevención del suicidio como una línea de acción de la Estrategia de Seguridad del y de la Paciente de Osakidetza.** A fin de incorporar la prevención del suicidio como un aspecto de la seguridad a aplicar de forma transversal en todo el sistema sanitario, y para que haya un abordaje integral de la gestión de los incidentes de seguridad garantizando su análisis y aprendizaje a partir de los eventos adversos.
- **Medida 35. Incorporar la prevención del suicidio y su postvención en los programas de formación continuada para profesionales de la salud (fundamentalmente Atención Primaria, Urgencias Generales, y Salud Mental).** Definiendo una periodicidad de reciclaje recomendada (por ejemplo, cada 3 años) y valorando su consideración como competencia básica de estas y estos profesionales. Con el objetivo de que sean capaces de evaluar correctamente la situación clínica e instaurar una intervención que reduzca el riesgo de muerte al mínimo posible, sabiendo derivar de forma coordinada entre servicios y modificando posibles actitudes negativas de las y los profesionales hacia el suicidio. La formación debería incluir también aspectos relativos a la postvención y el duelo por suicidio.
- **Medida 36. Dar un papel central al servicio de atención telefónica Consejo Sanitario de Osakidetza como instrumento de apoyo y continuidad de cuidados para pacientes en riesgo suicida que estén en transición entre niveles y servicios sanitarios.** A través de esta medida se incluye el seguimiento proactivo de pacientes con riesgo suicida detectados en los servicios de seguridad y emergencias, en atención primaria, al alta en los servicios de urgencias y en los servicios hospitalarios; y que son derivados a Salud Mental u otro servicio sanitario, hasta que se hace efectiva su vinculación con dicho servicio. Dicha medida hace referencia a los niveles y servicios de Osakidetza, si bien se podría valorar ampliar esta función de apoyo y continuidad de cuidados a las transiciones de pacientes entre los servicios de salud privados o concertados y los públicos.
- **Medida 37. Elaborar una guía para pacientes en riesgo suicida y personas allegadas.** Elaborar una guía para brindar información sobre factores de riesgo, precipitantes, señales de alerta, recursos y herramientas a los que recurrir cuando se presenta una crisis suicida.

- **Medida 38. Elaborar una guía para profesionales sobre las necesidades asistenciales de las y los pacientes en riesgo suicida y las herramientas disponibles en el sistema sanitario para su abordaje.** Esta guía debe brindar información clínica basada en la evidencia sobre factores de riesgo, precipitantes, señales de alerta, recursos, mejor comunicación entre profesionales y herramientas a los que recurrir cuando se presenta un riesgo suicida. De forma ideal, dicha guía incluiría instrumentos concretos de apoyo, basados en la evidencia y de fácil manejo, a incorporar también en la historia clínica electrónica.

8.7.2. ATENCIÓN PRIMARIA

8.7.2.1. Objetivos

- Mejorar la prevención del suicidio desde los servicios de atención primaria, con especial énfasis en la identificación temprana de personas en situación de riesgo que acuden por patologías (mentales o no) asociadas a un mayor riesgo de suicidio.
- Apoyar la intervención y abordaje de las y los profesionales de atención primaria de casos donde se identifica riesgo suicida.

8.7.2.2. Medidas

- **Medida 39. Incluir la evaluación del riesgo de suicidio como indicador de evaluación de la Oferta Preferente de Osakidetza** (que recoge el conjunto de intervenciones preventivas y de intervención de enfermedades priorizadas por el Plan de Salud de Euskadi a desarrollar en Atención Primaria) **de patologías con especial riesgo (por ejemplo, depresión)**. La evaluación del riesgo suicida debe hacerse de forma sistemática en patologías susceptibles de riesgo de suicidio, como, por ejemplo, ante casos de depresión, enfermedad crónica con dolor o incapacidad funcional, duelo, etc.
- **Medida 40. Introducir herramientas de apoyo para el manejo del riesgo de suicidio en la historia clínica electrónica (Osabide)**. Por ejemplo, "lanzadera" informática o equivalente sobre el riesgo de suicidio, que proporcione recomendaciones en función del riesgo detectado, etc.
- **Medida 41. Incluir recordatorios para evaluar el riesgo de suicidio en herramientas que sean de uso habitual en patologías de alto riesgo suicida**. Estos recordatorios pueden facilitar el trabajo del y de la profesional; por ejemplo, en formularios específicos ya existentes en la historia clínica electrónica, en el Plan Individualizado de Cuidados Paliativos, etc.

8.7.3. SALUD MENTAL

8.7.3.1. Objetivos

- Mejorar la prevención del suicidio desde los servicios de salud mental, intentando garantizar una respuesta rápida y basada en la evidencia en todas las fases de la atención al y a la paciente (identificación, evaluación y abordaje del riesgo, seguimiento y coordinación, registro de información y análisis de resultados).
- En el caso del suicidio de una o un paciente, mejorar la atención sus familiares y/o a las y los profesionales implicados (postvención).
- Proporcionar recursos de formación y apoyo al o a la profesional de salud mental en la intervención y abordaje de la conducta suicida.

8.7.3.2. Medidas

- **Medida 42. En cada organización o servicio de salud mental, definir y aplicar un plan de cuidados para el riesgo de suicidio basado en la evidencia científica.** El Plan de Cuidados, en el caso de Osakidetza, estaría articulado a través de la futura herramienta de Gestión Integral de Procesos de Osabide e incluiría, por ejemplo:
  a. Cribado universal del riesgo de suicidio (a todas las personas atendidas, en todas las visitas).
  b. Plan de Seguridad Individualizado para pacientes en los que se identifique un riesgo.
  c. Contactos breves en inasistencias de las y los pacientes de riesgo y en transiciones.
  d. Intervención psicoterapéutica específica para el riesgo de suicidio, siempre que fuera posible.
  e. Postvención (actuaciones sobre familiares y profesionales).
  f. Medidas específicas de seguridad y auditoría ambiental en las unidades hospitalarias.
- **Medida 43. Revisión multidisciplinar post-incidente de los casos de suicidio en cada organización.** Con el fin de identificar las áreas de mejora en la atención y abordaje de personas en riesgo suicida y en la organización de la atención.
- **Medida 44. Incorporar a la familia en el proceso de atención a pacientes en riesgo suicida.** En los casos donde sea posible, es recomendable incorporar a familiares o personas cercanas como ayuda terapéutica para una persona con conducta y riesgo de suicidio.
- **Medida 45. Posibilitar la atención rápida de pacientes con riesgo de suicidio a través de la mejora en la gestión de agendas.** La asignación de citas será acorde al tiempo estipulado en el protocolo de abordaje e intervención del o de la paciente en riesgo de suicidio.

8.7.4. HOSPITAL GENERAL: SERVICIOS DE URGENCIAS GENERALES Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

8.7.4.1. Objetivos

- Favorecer la identificación de personas con riesgo suicida, acudan o no al hospital por dicho motivo.
- Mejorar el abordaje del riesgo de suicidio desde los servicios de urgencias generales y otros servicios hospitalarios no psiquiátricos.

8.7.4.2. Medidas

- **Medida 46. Incluir en la historia clínica electrónica (Osabide) las situaciones clínicas de sospecha en las que el médico o médica de urgencias generales y/o hospitalización debe evaluar el riesgo de suicidio.** Las y los pacientes que ingresan en urgencias y/o hospitalización con una situación clínica de sospecha (por ejemplo, ciertas ingestas de fármacos, traumatismos, etc.) deben ser valorados para conocer el potencial riesgo suicida que presentan.
- **Medida 47. Protocolizar los aspectos relativos a la seguridad de la o del paciente que acude por una tentativa o en el que exista sospecha de riesgo de suicidio.** Se buscará garantizar la seguridad de las y los pacientes con riesgo suicida atendidos en dichas unidades; por ejemplo, identificando lugares seguros y tiempos máximos de espera, restringiendo el acceso a medios potencialmente letales, aconsejando un

acompañamiento permanente, etc. También se desarrollarán herramientas de apoyo en la toma de decisiones (como listas de verificación para la evaluación del riesgo, preredactado en Osabide, etc.) y se protocolizará la coordinación con enfermería de enlace, MAP y la RSM para asegurar la cita de pacientes tras la intervención en Urgencias.

8.7.5. FARMACIA COMUNITARIA

8.7.5.1. Objetivos

- Mejorar la identificación temprana y primer apoyo de casos donde exista riesgo de suicidio desde la oficina de farmacia, así como la coordinación con los recursos de ayuda del sistema sanitario.
- Capacitar a profesionales de farmacia para que sepan identificar y actuar ante situaciones de riesgo suicida, reduciendo si es posible, el acceso a medios letales.

8.7.5.2. Medidas

- **Medida 48. Establecer protocolos de colaboración entre la farmacia comunitaria y el sistema sanitario.** Que promuevan la identificación de personas con riesgo de suicidio desde la farmacia comunitaria y faciliten su derivación a la atención sanitaria. Deberían incorporar unos criterios para la derivación, unos mecanismos de comunicación con el sistema de salud y proponer unas medidas de seguridad relativas, por ejemplo, a la dispensación de fármacos. La iniciativa podría basarse en modelos equivalentes de aplicación en otras comunidades autónomas para diversas situaciones clínicas.
- **Medida 49. Incorporar la intervención y abordaje del riesgo de suicidio en la formación continuada de profesionales de farmacia comunitaria.** Destinada a facilitar a las y los profesionales farmacéuticos conocimientos sobre factores de riesgo, situaciones precipitantes, señales de alerta del riesgo de suicidio; así como para reforzar su capacidad de detección ante situaciones de riesgo inminente, para que, llegado el caso, puedan limitar el acceso a medios letales.

8.8. POSTVENCIÓN

8.8.1. OBJETIVOS

- Mejorar la intervención y abordaje en la postvención inmediata.
- Garantizar que las personas supervivientes (incluyendo también a profesionales) reciben un apoyo y una respuesta adecuada a sus necesidades desde los servicios sociales y de salud.
- Apoyar los recursos y servicios de ayuda mutua a las personas supervivientes.
- Favorecer la capacitación y formación a profesionales en duelo por suicidio.

8.8.2. MEDIDAS

- **Medida 16.** Es necesario disponer de una protocolización para la postvención inmediata al suicidio, de manera que se pueda dar una primera respuesta rápida y apropiada a las personas supervivientes (incluyendo también a profesionales) y derivar los casos que sea necesarios a recursos de apoyo y ayuda individuales y grupales. Esta recomendación ha quedado explícita como parte de la medida 16, que describe las características y contenido del protocolo de actuación integrado para profesionales de primera intervención en crisis suicidas.

- **Medidas 17, 27 y 35.** Es necesario que la postvención inmediata y el duelo por suicidio sean incorporados como áreas de la formación continuada de profesionales de primera intervención, atención primaria, salud mental, urgencias generales y agentes sociales, para que sepan atender y/o derivar correctamente a los servicios de apoyo y ayuda a las personas que han perdido un ser querido por suicidio. Esta recomendación ha quedado explícita como parte de las medidas 17, 27 y 35 relativas a la formación continuada de las y los profesionales implicados.
- **Medida 50. Fomentar y apoyar el asociacionismo de supervivientes desde instituciones públicas.** Para promover y facilitar la formación de grupos de supervivientes y fomentar su actividad como recurso de ayuda mutua.
- **Medida 51. Incorporar la atención a supervivientes dentro de la prestación de servicios de Osakidetza.** Ofrecer un servicio de psicoterapia, individual y/o grupal, como servicio complementario de ayuda y soporte al o a la superviviente, con especial énfasis en los casos donde haya un duelo complicado.

8.9. COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

8.9.1. OBJETIVOS

- Reducir el riesgo de suicidio en grupos clave de alto riesgo o vulnerables.
- Facilitar el acceso a recursos de ayuda a personas de colectivos considerados como vulnerables.
- Dar una respuesta de intervención y abordaje de la conducta suicida acorde a las necesidades específicas de personas que forman parte de colectivos considerados vulnerables.

8.9.2. MEDIDAS

- **Medida 52. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en población infantil y adolescente.** Valorar y abordar el riesgo suicida con especial seguimiento en niñas, niños y adolescentes que han sufrido acoso escolar, abuso sexual y maltrato físico.
- **Medida 53. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en casos de violencia.** Valorar y abordar el riesgo suicida con especial seguimiento en los casos donde haya la posibilidad de ser víctima o en casos donde este ya haya sido detectado. Ha de tenerse en cuenta también al maltratador. Por ejemplo, en los casos de víctimas de violencia doméstica y de género se puede introducir en el protocolo de atención ya existente unas pautas de control destinadas a detectar y dar tratamiento a la conducta suicida.
- **Medida 54. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en población anciana y personas con enfermedades crónicas, terminales, discapacidad, dependencia o soledad.** Valorar y abordar el riesgo suicida en personas mayores con enfermedades crónicas, terminales, con discapacidad y que están solos o solas o que carecen de vínculos sociales, prestando especial atención al entorno rural.
- **Medida 55. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en centros penitenciarios.** Se asumirá el Plan Marco de Prevención del Suicidio del Ministerio del Interior de 2014, teniendo especial atención a grupos dentro de prisión que sean más susceptibles de riesgo; por ejemplo, personas encarceladas con trastorno mental grave.
- **Medida 56. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en personas que sufren discriminación por su orientación sexual y/o por su identidad de gé-**

nero. Valorar y abordar el riesgo suicida teniendo especial atención en personas que por su condición han sufrido bullying, discriminación, estigma y maltrato.

- **Medida 57. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en personas sin hogar.** Las personas sin hogar suelen presentar problemas de salud mental y de adicciones, por lo que es importante realizar intervenciones preventivas específicas comunitarias para facilitar y adaptar, tanto la detección del riesgo de suicidio, como el acceso a los servicios de salud mental.

9. DESPLIEGUE Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

El despliegue y evaluación de los resultados es un aspecto fundamental de la estrategia. Requiere de una planificación **clara y realista**, de estructuras robustas **para el control y seguimiento** de las acciones y de un **marco de evaluación** de resultados lo más **completo y ágil** posible a fin de guiar la toma de decisiones de forma acertada y rápida.

Es necesario tener en cuenta que el **despliegue de esta estrategia es particularmente complicado** ya que implica de forma transversal a toda la sociedad y requiere de la coordinación de múltiples agentes y sectores. La ciencia de la implementación ha demostrado que la elección de las mejores prácticas no es suficiente para obtener un buen resultado ya que estas deben implementarse de forma adecuada según el contexto concreto de aplicación.

Por otro lado, hay que considerar prevención del suicidio como un **reto desde el punto de vista de la evaluación de resultados**. Las tasas de referencia son bajas por lo que pequeños cambios (por ejemplo; mejoras en la recopilación de datos o en factores ajenos al desarrollo de la estrategia) pueden afectarlas sin que eso implique un efecto real positivo o negativo de las intervenciones. Además, hay que asumir que las estrategias de prevención de suicidio suelen **requerir un tiempo prolongado de aplicación** para tener un impacto claro, lo que se debe a la naturaleza y complejidad de muchas de las intervenciones y del propio fenómeno suicida. De ahí la importancia de combinar diferentes tipos de indicadores en la evaluación del trabajo a realizar.

Se consideran **factores clave** para el éxito de este despliegue:

- Contar con un liderazgo fuerte y visible por parte de responsables de las instituciones implicadas.
- Capacitar y motivar a las personas implicadas, dotándoles de una hoja de ruta clara de la actividad a desarrollar.
- Realizar un seguimiento, evaluación y ajuste continuos del trabajo realizado, en base a un marco de evaluación predefinido.
- Disponer de recursos suficientes para la implementación.

9.1. DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA

9.1.1. HORIZONTE TEMPORAL

Dada la complejidad y multifactorialidad de esta estrategia se establece un horizonte temporal de 5 años para su revisión global, que deberá evaluar el despliegue de esta y los factores de éxito y fracaso en su implementación, así como proponer las correcciones operativas y estratégicas necesarias.

9.1.2. MECANISMOS DE SUPERVISIÓN

9.1.2.1. Comisión de coordinación y seguimiento de la Estrategia

- **Estructura**: la Comisión de coordinación y seguimiento de la Estrategia para la Prevención del Suicidio en Euskadi , es un órgano que se constituye a iniciativa del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi (CASM) como cumplimiento de la medida primera de dicha estrategia. Estará presidida y convocada por el Viceconsejero o Viceconsejera de Salud del Departamento de Salud.
- **Composición**:
  a. Presidente o Presidenta: Viceconsejero o Viceconsejera de Salud. Presidente o Presidenta del CASM.
  b. Secretaría: Secretaría del CASM.
  c. Vocales:
    - Director/a de salud pública del Departamento de Salud.
    - Director/a de Planificación y Ordenación del Departamento de Salud.
    - Subdirector/a de asistencia sanitaria de Osakidetza.
    - 1 representante del Departamento de Seguridad designado por la/el consejera/o.
    - Director/a de innovación educativa del Departamento de Educación.
    - 1 representante del ámbito municipal designado por Eudel.
    - 1 representante de la Diputación foral de Bizkaia designado por la/el diputada/o de acción social.
    - 1 representante de la Diputación Foral de Araba/Álava designado por la/el diputada/o de acción social.
    - 1 representante de la Diputación Foral de Gipuzkoa designado por la diputada/o de acción social.
    - Director/a de Justicia del Departamento de Justicia.
    - 1 persona representante de la asociación Biziraun.
    - 1 persona representante de FEDEAFES.
  d. Coordinación de la estrategia: secretaría técnica de la Comisión.
- **Funciones:**
  a. Velar por la concreción y aplicabilidad de las medidas recogidas en esta Estrategia desde la corresponsabilidad, según el marco competencial en cada ámbito institucional (apartado 9.1.3).
  b. Promover la evaluación y seguimiento de las medidas contempladas en esta Estrategia por parte de los sectores indicados y conforme a los indicadores sugeridos (apartado 9.2).
  c. Monitorizar los objetivos e indicadores de la Estrategia y proponer los cambios y ajustes que se consideren necesarios.
  d. Evaluar los resultados de la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi y elaborar un informe anual de seguimiento.
  e. Proponer la creación de subcomisiones especializadas, en función de la complejidad en el despliegue de las medidas contempladas y la necesidad de una implementación más específica.

- **Periodicidad de las reuniones:** las reuniones de la Comisión tendrán una periodicidad de un máximo de cuatro reuniones al año (trimestral) y un mínimo de dos reuniones al año (semestral).

9.1.2.2. Informe de seguimiento anual

Elaborado por la Comisión. Debe describir la actividad realizada durante ese periodo, los resultados obtenidos y las acciones y resultados previstos para el próximo año. Las personas integrantes de la comisión de evaluación y seguimiento de la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi difundirán dicho informe dentro su ámbito de influencia.

9.1.3. PLAN DE DESPLIEGUE Y RESPONSABLES

Debido a la complejidad de la estrategia y al elevado número de acciones a desarrollar es necesario definir un plan de despliegue que posibilite un trabajo ordenado y eficaz. Se han tenido en cuenta criterios de impacto potencial de cada medida, la viabilidad a corto plazo de su despliegue o la necesidad de apoyarse en el desarrollo previo de alguna otra medida. No obstante, se asume que todas las medidas son necesarias y que debe realizarse un esfuerzo para su despliegue lo más temprano posible.

Así mismo es necesario proponer qué instituciones u organismos deberían ser responsables del desarrollo de cada medida, y dar cuenta ante la comisión del avance en el mismo (Tabla 8).

- **Medidas grupo A**: su despliegue debería iniciarse a lo largo del primer año.
- **Medidas grupo B**: su despliegue debería iniciarse tan pronto como sea posible, pero no más tarde del segundo año.
- **Medidas grupo C**: su despliegue debería iniciarse tan pronto como sea posible, idealmente no más tarde del tercer año.
- **Medidas grupo D**: a desplegar tan pronto como sea posible hasta los cinco años.

9.1.4. RECURSOS PARA EL DESPLIEGUE

La implementación de recursos para el despliegue se encuadra, como estrategia, dentro de la priorización y sensibilización respecto a las conductas suicidas que deben trasmitirse al plano institucional y social. Las distintas organizaciones e instituciones, dentro de su dinámica interna, cuentan habitualmente con recursos organizativos para la incorporación de nuevas prioridades y su financiación específica si ello fuera necesario.

Medidas que implican la reingeniería de los procesos asistenciales y de atención entre los distintos sectores, el fortalecimiento de prestaciones específicas o la formación a profesionales van a poder ser implementados a través de una gestión decidida de las herramientas habituales en los niveles mesorganizativos para ser trasladados a los microrganizativos. Hay medidas que se podrán encuadrar en proyectos más globales actualmente en marcha como el Observatorio del Suicidio dentro del Observatorio Global de Salud o las sinergias con planes institucionales de diversos ámbitos. Por último, habrá medidas que van a necesitar una financiación ad hoc. Estas medidas, habitualmente preventivas y fuera del ámbito estrictamente asistencial, tienen que ver con acceso a medios letales o campañas de sensibilización y necesitarán de un impulso claro desde la Comisión de seguimiento y evaluación para su implementación y priorización en los diferentes ámbitos de influencia (Tabla 8).

Tabla 8. Medidas según su despliegue, ámbito institucional y responsables.

TIPO DE MEDIDA	MEDIDA	ÁMBITO INSTITUCIONAL	RESPONSABLE
MEDIDAS GRUPO A	Medida 3. Crear el Observatorio del Suicidio en la CAE.	· Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. Departamento de Salud. · Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud.	· Consejo Asesor de Salud Mental.
	Medida 10. Crear una web de información fiable sobre conducta suicida y su prevención.	· Osakidetza. Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad (SIAC). Osasun Eskola.	· Responsable del Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad (SIAC).
	Medida 16. Crear un protocolo de actuación integrado para profesionales de primera intervención en crisis suicidas.	· Ertzaintza. · Policías locales. · Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología (DAEM). · Emergencias de Osakidetza. · Bomberos y Bomberas forales y municipales.	· Dirección de la Ertzaintza. · Dirección de Coordinación de Seguridad. · Dirección de la DAEM. · Gerencia de Emergencias de Osakidetza. · Direcciones de Bomberos y Bomberas.
	Medida 22. Protocolizar la actuación ante los casos de riesgo de suicidio identificados en centros educativos en el Marco de Colaboración Educación-Salud Mental del Gobierno Vasco.	· Dirección de Innovación Educativa. Departamento de Educación. · Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza. · Comisión Mixta Salud Educación.	· Dirección de Innovación Educativa. · Responsable de Berritzegune Nagusia. · Coordinación de Salud Mental de Osakidetza.
	Medida 32. Crear, en Osakidetza, un Código de Riesgo Suicida integrado en la historia clínica electrónica (Osabide Global).	· Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.	· Subdirección de Calidad y Sistemas de Información.
	Medida 34. Incorporar la prevención del suicidio como una línea de acción de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza.	· Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.	· Responsable de la estrategia de seguridad del paciente.
	Medida 35. Incorporar la prevención del suicidio en los programas de formación continuada para profesionales de la salud (fundamentalmente Atención Primaria, Urgencias Generales, las redes de Salud Mental y los servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales).	· Formación continuada. Dirección General de Osakidetza.	· Responsable de formación continuada de Osakidetza.
	Medida 36. Dar un papel central al servicio de atención telefónica Consejo Sanitario como instrumento de seguimiento de pacientes en riesgo suicida que estén en transición entre niveles y servicios de Osakidetza.	· Emergencias de Osakidetza. · Redes de Salud Mental y Servicios de Psiquiatría. · Ertzaintza. · Policías locales. · Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología (DAEM).	· Responsable de Consejo Sanitario. · Direcciones médicas de Redes de Salud Mental. · Jefaturas de servicio de psiquiatría de hospital general. · Dirección de la Ertzaintza. · Dirección de Coordinación de Seguridad. · Dirección DAEM.
	Medida 40. Introducir herramientas de apoyo para el manejo del riesgo de suicidio en la historia clínica electrónica (Osabide).	· Subdirección de Calidad y Sistemas de Información. Osakidetza.	· Subdirección de Calidad y Sistemas de información de Osakidetza.
	Medida 42. En cada organización o servicio de salud mental, definir y aplicar un Plan de Cuidados para el riesgo de suicidio basado en la evidencia científica.	· Redes de Salud Mental. · Servicios de psiquiatría de hospital general.	· Direcciones médicas de Redes de Salud Mental. · Jefaturas de servicio de psiquiatría de hospital general.
	Medida 50. Fomentar y apoyar el asociacionismo de supervivientes desde instituciones públicas.	· Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud. · Dirección de servicios sociales. Departamento de Empleo y Políticas Sociales.	· Dirección de Salud Pública y Adicciones. · Dirección de Servicios Sociales. · Diputaciones Forales. · Ayuntamientos.

TIPO DE MEDIDA	MEDIDA	ÁMBITO INSTITUCIONAL	RESPONSABLE
MEDIDAS GRUPO B	Medida 4. Elaborar una Estrategia de investigación sobre la conducta suicida.	· Dirección de Investigación e Innovación Sanitarias.	· Dirección de Investigación e Innovación Sanitarias.
	Medida 5. Crear el registro de suicidios en la CAE.	· Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. · Dirección de Administración de Justicia. Instituto Vasco de Medicina Legal. · Subdirección de Calidad y Sistemas de Información de la DAS. Osakidetza.	· Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. · Responsable del Observatorio de Salud.
	Medida 6. Crear el registro de tentativas en la CAE.	· Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. · Subdirección de Calidad y Sistemas de Información de la DAS. Osakidetza.	· Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. · Responsable del Observatorio de Salud.
	Medida 9. Realizar campañas anuales de sensibilización.	· Gobierno Vasco. · Asociaciones de supervivientes. · Asociaciones profesionales.	· Comisión de Coordinación y Seguimiento de la Estrategia. · Responsables de asociaciones.
	Medida 12. Realizar un mapa de suicidios en la CAE.	· Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. · Dirección de Administración de Justicia. Instituto Vasco de Medicina Legal. · Subdirección de Calidad y Sistemas de Información de la DAS. Osakidetza. · Ertzaintza. · Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología (DAEM). · Bomberos y Bomberas forales y municipales.	· Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. · Responsable del Observatorio de Salud.
	Medida 17. Sistematizar la formación a profesionales de primera intervención y emergencias, referida a la intervención en crisis suicida y los primeros auxilios psicológicos, dentro de los programas de formación continua.	· Formación continuada. Dirección General de Osakidetza. · Academia Vasca de Policía y Emergencias.	· Responsable de Formación Continuada Osakidetza. · Dirección General de la Academia Vasca de Policía y Emergencias.
	Medida 18. Capacitar al Consejo Sanitario de Osakidetza para liderar la atención telefónica de consultas no urgentes relacionadas con la conducta suicida.	· Emergencias. Osakidetza	· Responsable Consejo Sanitario. · Gerencia de Emergencias de Osakidetza.
	Medida 24. Seleccionar y formar personas referentes en el entorno universitario que sirvan de apoyo y orientación en la identificación y abordaje del riesgo suicida.	· Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) (UPV/EHU). Departamento de Educación.	· Dirección / Rectoría de Universidades.
	Medida 26. Incorporar la valoración y seguimiento del riesgo suicida en la futura historia sociosanitaria.	· Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.	· Coordinación sociosanitaria autonómica.
	Medida 31. Establecer un marco de colaboración estable con la Dirección de Política Familiar y Diversidad del Gobierno Vasco, a fin de incorporar la prevención del suicidio en el desarrollo de algunas de las medidas contempladas en el IV Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias.	· Dirección de Política Familiar y Diversidad del Gobierno Vasco.	· Dirección de Política Familiar y Diversidad del Gobierno Vasco.

TIPO DE MEDIDA	MEDIDA	ÁMBITO INSTITUCIONAL	RESPONSABLE
MEDIDAS GRUPO B	Medida 39. Incluir la evaluación del riesgo de suicidio como indicador de evaluación de la Oferta Preferente de Osakidetza de patologías con especial riesgo.	· Consejo Asesor de Atención Primaria. Departamento de Salud. · Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.	· Presidencia del Consejo Asesor de Atención Primaria. · Subdirección de Asistencia Sanitaria.
	Medida 47. Protocolizar los aspectos relativos a la seguridad del y de la paciente que acude (al hospital general) por una tentativa o cuando exista sospecha de riesgo de suicidio.	· Servicios de psiquiatría de hospital general. · Servicios de Urgencia. · Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.	· Jefaturas de servicio de psiquiatría de hospital general. · Jefaturas de servicio de Urgencias. · Responsable de seguridad del paciente. Osakidetza.
	Medida 48. Establecer protocolos de colaboración entre la farmacia comunitaria y el sistema sanitario.	· Dirección de Farmacia.	· Dirección de Farmacia. · Coordinación sociosanitaria autonómica.
MEDIDAS GRUPO C	Medida 7. Realizar autopsias psicológicas	· Redes de Salud Mental de Osakidetza. · Servicios de psiquiatría de hospital general de Osakidetza. · Instituto Vasco de Medicina Legal.	· Direcciones médicas y jefaturas de servicio de las organizaciones participantes.
	Medida 11. Editar y divulgar una guía de orientación para los medios de comunicación.	· Dirección de Salud Pública. Guías de orientación. · Consejo Asesor de Salud Mental en colaboración con las personas responsables de comunicación del Departamento de Salud.	· Dirección de Salud Pública. · Consejo Asesor de Salud Mental.
	Medida 19. Incorporar la identificación y abordaje del riesgo suicida en los teléfonos de ayuda y orientación a la ciudadanía actualmente disponibles.	· Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco. · Diputaciones Forales. · EUDEL. · Tercer sector concernido.	· Dirección de Servicios Sociales.
	Medida 20. Incorporar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en las intervenciones de las y los profesionales de emergencias y primera Intervención sobre colectivos vulnerables.	· Ertzaintza. · Policías locales. · Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología (DAEM). · Emergencias. Osakidetza. · Bomberos y Bomberas forales y municipales.	· Dirección de la Ertzaintza. · Dirección de Coordinación de Seguridad. · Dirección de la DAEM. · Gerencia de Emergencias de Osakidetza. · Direcciones de Bomberos y y Bomberas.
	Medida 21. Incorporar acciones para la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en centros educativos en el marco de proyectos de referencia existentes en la CAE.	· Dirección de Innovación Educativa. Departamento de Educación. · Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud. · Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza. · Comisión Mixta Sanidad - Educación.	· Dirección de Innovación Educativa. · Dirección de Salud Pública y Adicciones. · Coordinación de Salud Mental de Osakidetza.
	Medida 23. Incorporar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en la formación continuada del profesorado con dedicación especial a grupos de riesgo.	· Dirección de Innovación Educativa. Departamento de Educación.	· Dirección de Innovación Educativa.
	Medida 27. Incluir la detección, intervención y abordaje del riesgo de suicidio y su postvención en la formación continuada de profesionales del sistema de servicios sociales (tanto de la atención comunitaria como especializada).	· Formación continuada. Dirección general de Osakidetza.	· Responsable de formación continuada. Osakidetza.
	Medida 28. Definir protocolos para mejorar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en profesiones asociadas a un mayor riesgo.	· Osalan. · Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.	· Dirección de Osalan. · Coordinación de Salud Mental de Osakidetza.

TIPO DE MEDIDA	MEDIDA	ÁMBITO INSTITUCIONAL	RESPONSABLE
MEDIDAS GRUPO C	Medida 33. Incluir la prevención del suicidio dentro de los contratos programa de las Organizaciones Sanitarias Integradas de Osakidetza.	· Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitarias. Departamento de Salud.	· Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitarias.
	Medida 41. Incluir recordatorios para evaluar el riesgo de suicidio en herramientas que sean de uso habitual en patologías de alto riesgo suicida.	· Subdirección de Calidad y Sistemas de Información. Osakidetza.	· Subdirección de Calidad y Sistemas de información de Osakidetza.
	Medida 43. Revisión multidisciplinar post-incidente de los casos de suicidio en cada organización.	· Redes de Salud Mental. · Servicios de psiquiatría de hospital general.	· Direcciones médicas de Redes de Salud Mental. · Jefaturas de servicio de psiquiatría de hospital general.
	Medida 49. Incorporar la intervención y abordaje del riesgo de suicidio en la formación continuada de profesionales de farmacia comunitaria.	· Dirección de Farmacia.	· Dirección de Farmacia. · Coordinación sociosanitaria autonómica.
	Medida 51. Incorporar la atención a supervivientes dentro de la prestación de servicios de Osakidetza.	· Redes de Salud Mental (RSM). · Servicios de psiquiatría de hospital general.	· Direcciones médicas de RSM. · Jefaturas de servicio de psiquiatría de hospital general.
MEDIDAS GRUPO D	Medida 8. Introducir la prevención del suicidio como una línea prioritaria en las ayudas a la investigación desde las instituciones públicas.	· Dirección de Investigación e Innovación Sanitarias.	· Dirección de Investigación e Innovación Sanitarias.
	Medida 13. Instalar barreras en lugares de alto riesgo o hotspots.	· Diputaciones Forales. · Gobierno Vasco. · EUDEL.	· Comisión de Coordinación y Seguimiento de la Estrategia. · Coordinación sociosanitaria autonómica.
	Medida 14. Aumentar el control sobre otros medios potencialmente letales.	· Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. · Colegio de Farmacéuticos. · Ertzaintza. · Policías locales · Dirección de Agricultura y Ganadería del Departamento de Desarrollo Económico e Infraestructuras.	· Dirección de Farmacia. · Dirección de la Ertzaintza. · Dirección de Agricultura y Ganadería. · Dirección de Coordinación de Seguridad
	Medida 15. Promover la aplicación de las medidas dirigidas a reducir el consumo de alcohol en la población.	· Dirección de Salud Pública y Adicciones.	· Dirección de Salud Pública y Adicciones.
	Medida 25. Incorporar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en la población general y de manera específica en colectivos vulnerables, dentro de los diferentes protocolos de actuación del sistema de servicios sociales.	· Comisiones Sociosanitarias. OSIs. Osakidetza. · Redes locales de salud. Dirección de Salud Pública. Departamento de Salud. · Tercer sector. · EUDEL. Ayuntamientos. · Diputaciones Forales.	· Responsables de los protocolos de coordinación sociosanitaria. · Coordinación sociosanitaria autonómica.
	Medida 29. Incorporar la intervención y abordaje del riesgo de suicidio en la formación continuada a profesionales de salud laboral y otras y otros agentes clave (por ejemplo: mandos intermedios).	· Osalan. · Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.	· Dirección de Osalan. · Coordinación de Salud Mental de Osakidetza.
	Medida 30. Incorporar la variable de la categoría profesional en las estadísticas de conducta suicida (ideación, intento y suicidio).	· Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. · Dirección de Administración de Justicia IVML. · Subdirección de calidad y sistemas de información de la DAS. Osakidetza.	· Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. · Responsable del Observatorio de Salud.
	Medida 37. Elaborar una guía para pacientes en riesgo suicida y personas allegadas.	· Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. · SIAC. Osakidetza.	· Presidencia del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. · Responsable del SIAC.

TIPO DE MEDIDA	MEDIDA	ÁMBITO INSTITUCIONAL	RESPONSABLE
MEDIDAS GRUPO D	Medida 38. Elaborar una guía para profesionales sobre las necesidades asistenciales de las y los pacientes en riesgo suicida y las herramientas disponibles en el sistema sanitario para su abordaje.	· Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. · SIAC. Osakidetza.	· Presidencia del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. · Responsable del SIAC.
	Medida 44. Incorporar a la familia en el proceso de atención a pacientes en riesgo suicida.	· Redes de Salud Mental. · Servicios de psiquiatría de hospital general.	· Direcciones médicas de Redes de Salud Mental. · Jefaturas de servicio de psiquiatría de hospital general.
	Medida 45. Posibilitar la atención rápida de pacientes con riesgo de suicidio a través de la mejora en la gestión de agendas.	· Redes de Salud Mental. · Servicios de psiquiatría de hospital general.	· Direcciones médicas de Redes de Salud Mental. · Jefaturas de servicio de psiquiatría de hospital general.
	Medida 46. Incluir en la historia clínica electrónica (Osabide) las situaciones clínicas de sospecha en las que el médico o médica de urgencias generales y/o hospitalización debe evaluar el riesgo de suicidio.	· Subdirección de Calidad y Sistemas de Información. Osakidetza.	· Subdirección de Calidad y Sistemas de información.
	Medida 52. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en población infantil y adolescente.	· Osakidetza. · Diputaciones Forales. · Ayuntamientos. · EUDEL. · Departamento de Educación.	· Osakidetza. · Diputaciones Forales. · Ayuntamientos. · Dirección del Departamento de Educación.
	Medida 53. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en casos de violencia.	· Ertzaintza. · Policías Locales. · Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología (DAEM). · Emergencias de Osakidetza. · Emakunde.	· Dirección de la Ertzaintza. · Dirección de Coordinación de Seguridad. · Dirección de la DAEM. · Gerencia de Emergencias Osakidetza. · Dirección de Emakunde.
	Medida 54. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en población anciana y personas con enfermedades crónicas, terminales, discapacidad, dependencia o soledad.	· Osakidetza. · Diputaciones Forales. · Ayuntamientos. · EUDEL. · Ertzaintza. · Policías locales. · Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología (DAEM).	· Osakidetza. · Ayuntamientos. · Diputación Forales. · EUDEL. · Dirección de la Ertzaintza. · Dirección de Coordinación de Seguridad. · Dirección de la DAEM.
	Medida 55. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en centros penitenciarios.	· Osakidetza. · Instituciones Penitenciarias.	· Osakidetza. · Dirección del Centro Penitenciario.
	Medida 56. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en personas que sufren discriminación por su orientación sexual y/o por su identidad de género.	· Osakidetza. · Asociaciones / Tercer Sector.	· Osakidetza.
	Medida 57. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en personas sin hogar.	· Osakidetza. · Diputaciones Forales. · Ayuntamientos. · EUDEL.	· Osakidetza. · Diputaciones Forales. · Ayuntamientos. · EUDEL.

9.2. EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

El objetivo último de esta estrategia y, por tanto, el resultado principal deseado es reducir las tasas de conducta suicida, si bien ya se ha comentado que, debido a la complejidad de este fenómeno y de las intervenciones a desarrollar, no es previsible poder conseguir este resultado en un corto plazo de tiempo. Por ello, es necesario contar con un conjunto de indicadores de resultados intermedios y de proceso que permitan evaluar la marcha del despliegue y su impacto sobre una variedad de aspectos relacionados. Además, se ha definido un conjunto mínimo de indicadores que permitirán orientar al a la persona evaluadora hacia los aspectos clave a monitorizar.

La Tabla 9 muestra los resultados principales esperados y sus indicadores asociados.

La Tabla 10 muestra las medidas, junto con el área de actuación a la que corresponden y sus indicadores de resultados intermedios y de proceso.

El conjunto mínimo de indicadores de la estrategia se muestra en la Tabla 11.

Tabla 9: Resultados principales esperados y sus indicadores asociados.

RESULTADOS PRINCIPALES	INDICADOR PRINCIPAL	INDICADORES ADICIONALES	FUENTE DE INFORMACIÓN
Reducción en las tasas de suicidio en población general y en grupos vulnerables.	· Tasa estandarizada anual de suicidios en población general (total, por sexo, edad, nivel socioeconómico, territorio histórico, profesión). · Tasa estandarizada anual de suicidios en grupos vulnerables (si están disponibles).		· EUSTAT. · Registro de Suicidios.
Reducción en las tasas de intento de suicidio en población general y en grupos vulnerables.	· Tasa anual de tentativas de suicidios en población general (total, por sexo, edad, nivel socioeconómico, territorio histórico). · Tasa anual de tentativas de suicidios en grupos vulnerables (si están disponibles).	· % de los intentos de suicidio con métodos altamente letales. · % de personas que realizan un reintento de suicidio en los 12 meses siguientes.	· Registro de tentativas de suicidio.
Reducción en la prevalencia de ideación suicida en población general y en grupos vulnerables.	· Prevalencia de ideación suicida en población general (total, por sexo, edad, nivel socioeconómico, territorio histórico). · Prevalencia de ideación suicida en grupos vulnerables (total, por sexo, edad, nivel socioeconómico, territorio histórico).		

Tabla 10. Áreas de actuación, medidas e indicadores de resultados intermedios y de proceso.

ÁREA DE ACTUACIÓN	MEDIDA	INDICADORES
1. Coordinación y seguimiento de la estrategia	**1.** Crear una Comisión de Coordinación y Seguimiento de la Estrategia de Prevención del suicidio en Euskadi.	· Creación y puesta en marcha de la Comisión. · Actas de las reuniones de la Comisión.
	2. Elaborar un informe anual de seguimiento.	· Publicación del informe anual de seguimiento.
2. Vigilancia epidemiológica e investigación.	**3.** Crear el Observatorio del Suicidio en Euskadi.	· Memoria anual de actividad del Observatorio. · Sistema de información o conjunto mínimo de datos sobre conducta suicida.
	4. Elaborar una estrategia de investigación sobre la conducta suicida.	· Creación de la estrategia de investigación sobre la conducta suicida. · Nº de investigaciones financiadas.
	5. Crear un registro de suicidios en la CAE.	· Creación del registro de suicidios. · Nº anual de suicidios registrados (total/ por territorio) · % de suicidios registrados sobre el total. · % de suicidios del registro con >70% de las variables completadas.
	6. Crear un registro de tentativas en la CAE.	· Creación del registro de tentativas. · Nº anual de tentativas registradas (total/ por hospital). · % anual de tentativas registradas respecto de las esperadas (literatura) (total/por hospital).
	7. Realizar autopsias psicológicas.	· Nº de autopsias psicológicas realizadas. · % de suicidios con autopsia psicológica. (total/por territorio/por grupo prioritario de interés).
	8. Introducir la prevención del suicidio como una línea prioritaria en las ayudas a la investigación desde las instituciones públicas.	· Nº de convocatorias en las que se prioriza la investigación en conducta suicida. · Nº de investigaciones financiadas.
3. Información y concienciación.	**9.** Realizar campañas anuales de sensibilización coincidiendo con días relacionados con la conducta suicida.	· Nº de campañas de concienciación realizadas. · Nº de actividades realizadas en las fechas señalas para la prevención del suicidio. · Nº de organizaciones implicadas en la conmemoración.
	10. Crear una web de información fiable sobre conducta suicida y su prevención.	· Creación y puesta en marcha de la web. · Nº de noticias, documentos, etc., divulgados a través de las páginas web institucionales y redes sociales. · Nº de personas usuarias y de Nº de visitas registradas en la web de divulgación y sensibilización.
	11. Editar y divulgar una guía de orientación para los medios de comunicación.	· Publicación de la guía. · Nº de medios de comunicación que se han adherido a la guía de estilo sobre conducta suicida.

ÁREA DE ACTUACIÓN	MEDIDA	INDICADORES
4. Acceso a medios letales.	**12.** Realizar un mapa de suicidios en la CAE.	· Elaboración del mapa de suicidios en la CAE. · Informe con conclusiones y recomendaciones. · Nº de lugares de alto riesgo o hotspots identificados.
	13. Instalar barreras en lugares de alto riesgo o hotspots.	· Nº de lugares de alto riesgo o hotspots con acceso limitado.
	14. Aumentar el control sobre otros medios potencialmente letales.	· Nº de acciones para aumentar el control de prescripción, dispensación, tomas y acopio de fármacos potencialmente letales en caso de sobredosis. · Nº de acciones para aumentar el control de armas de fuego. · Nº de acciones realizadas para la limitación del uso de pesticidas y otros tóxicos letales.
	15. Promover la aplicación de las medidas dirigidas a reducir el consumo de alcohol en la población.	· Nº de medidas para reducir el consumo de alcohol.
5. Emergencias y primera intervención.	**16.** Crear un protocolo de actuación integrado para profesionales de primera intervención en crisis suicidas.	· Publicación del protocolo. · Nº de personas atendidas con el protocolo. · % de situaciones en los que se aplica el protocolo.
	17. Sistematizar la formación a profesionales de primera intervención y emergencias, referida a la intervención en crisis suicida y los primeros auxilios psicológicos, dentro de los programas de formación continua.	· Nº de actividades formativas realizadas. · Nº de personas profesionales implicadas que participan en estas actividades formativas. · Evaluación de las actividades formativas.
	18. Capacitar al Consejo Sanitario de Osakidetza para liderar la atención telefónica de consultas no urgentes relacionadas con la conducta suicida.	· Nº de actividades formativas realizadas. · Nº de personas profesionales implicadas que participan en estas actividades formativas. · Evaluación de las actividades formativas. · Nº de personas que contactan con consejo sanitario por un motivo relacionado con la conducta suicida y % del total de llamadas.
	19. Incorporar la identificación y abordaje del riesgo suicida en los teléfonos de ayuda y orientación a la ciudadanía actualmente disponibles.	· Nº de medios de teléfonos de ayuda y orientación ciudadana que han incorporado la identificación y abordaje del riesgo suicida.
	20. Incorporar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en las intervenciones de profesionales de emergencias y primera Intervención sobre colectivos vulnerables.	· Nº de personas de colectivos vulnerables identificadas con riesgo de suicidio y derivadas. · % sobre el total de actuaciones.

ÁREA DE ACTUACIÓN	MEDIDA	INDICADORES
6. Entorno comunitario. **6.1 Educación.**	**21.** Incorporar acciones para la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en centros educativos en el marco de proyectos de referencia existentes en la CAE.	· Nº de programas de prevención desarrollados. · Nº de personas que participan en los programas de prevención.
	22. Protocolizar la actuación ante los casos de riesgo de suicidio identificados en centros educativos en el Marco de Colaboración Educación-Salud Mental del Gobierno Vasco.	· Elaboración y difusión del protocolo. · % de centros educativos adheridos a los protocolos de derivación de personas en riesgo de suicidio. · Nº de personas atendidas con el protocolo.
	23. Incorporar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en la formación continuada del profesorado con dedicación especial a grupos de riesgo.	· Nº de actividades formativas realizadas. · Nº de personas profesionales implicadas que participen en estas actividades formativas. · Evaluación de las actividades formativas.
	24. Seleccionar y formar personas referentes en el entorno universitario que sirvan de apoyo y orientación en la identificación y abordaje del riesgo suicida.	· Nº de actividades formativas realizadas. · Nº de personas profesionales implicadas que participen en estas actividades formativas. · Evaluación de las actividades formativas. · Nº de actuaciones atendidas por la persona de apoyo.
6. Entorno comunitario. **6.2 Sistema servicios sociales.**	**25.** Incorporar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en la población general y de manera específica en colectivos vulnerables, dentro de los diferentes protocolos de actuación del sistema de servicios sociales.	· Nº de protocolos de coordinación sociosanitaria y redes locales de salud con identificación y abordaje del riesgo de suicidio. · Nº de personas identificadas con riesgo suicida según los protocolos.
	26. Incorporar la valoración y seguimiento del riesgo suicida en la futura historia sociosanitaria.	· Existencia de la valoración y seguimiento del riesgo suicida en la historia sociosanitaria. · Nº de personas con valoración y seguimiento de su riesgo suicida a través de la historia sociosanitaria. · Nº de actuaciones de seguimiento de personas en riesgo suicida.
	27. Incluir la detección, intervención y abordaje del riesgo de suicidio y su postvención en la formación continuada de profesionales del sistema de servicios sociales (tanto de la atención comunitaria como especializada).	· Nº de actividades formativas realizadas. · Nº de personas profesionales implicadas que participen en estas actividades formativas. · Evaluación de las actividades formativas.

ÁREA DE ACTUACIÓN	MEDIDA	INDICADORES
6. Entorno comunitario. **6.3 Ámbito laboral.**	**28.** Definir protocolos para mejorar la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en profesiones asociadas a un mayor riesgo.	· Elaboración y difusión del protocolo. · % de centros de trabajo adheridos a los protocolos definidos. · Nº de reconocimientos médicos o de evaluación psicosocial donde se detecta riesgo suicida. · Nº de personas derivada según el protocolo.
	29. Incorporar la intervención y abordaje del riesgo de suicidio en la formación continuada de profesionales de salud laboral y otros agentes clave (por ejemplo: mandos intermedios).	· Nº de actividades formativas realizadas. · Nº de profesionales y de las y los agentes implicados que participen en estas actividades formativas. · Evaluación de las actividades formativas.
	30. Incorporar la variable de la categoría profesional en las estadísticas de conducta suicida (ideación, intento y suicidio).	· Incorporación de la variable profesión en la estadística de conducta suicida. · Nº y % de suicidios por categoría profesional.
6. Entorno comunitario. **6.4 Ámbito familiar.**	**31.** Establecer un marco de colaboración estable con la Dirección de Política Familiar y Diversidad del Gobierno Vasco, a fin de incorporar la prevención del suicidio en el desarrollo de algunas de las medidas contempladas en el IV Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias.	· Nº de medidas establecidas de colaboración con la Dirección de Política Familiar y Diversidad del Gobierno Vasco.

ÁREA DE ACTUACIÓN	MEDIDA	INDICADORES
7. Ámbito sanitario. **7.1 Ámbito general.**	**32.** Crear un código de riesgo suicida (CRS) integrado en Osabide Global.	· Creación del Código de Riesgo Suicida (CRS). · Nº de pacientes incluidos o incluidas en el CRS. · % de pacientes con código de identificación en riesgo suicida respecto al total de pacientes. · % de pacientes en CRS que realizan seguimiento en SM. · % de pacientes en CRS que han tenido contacto con CS. · % de pacientes con un tiempo hasta la derivación a salud mental igual o inferior al recomendado en el CRS.
	33. Incluir la prevención del suicidio dentro de los Contratos Programa de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) de Osakidetza.	· Nº y % de contratos programa donde se incluye la prevención del suicidio.
	34. Incorporar la prevención del suicidio como una línea de acción de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza.	· Incorporación de la prevención del suicidio como línea de acción de la Estrategia de Seguridad del Paciente. · Nº de medidas para garantizar la seguridad del o de la paciente relativas al riesgo de suicidio.
	35. Incorporar la prevención del suicidio en los programas de formación continuada para profesionales de Osakidetza (fundamentalmente Atención Primaria, Urgencias Generales, las redes de Salud Mental y los servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales).	· Nº de actividades formativas realizadas. · Nº de personas profesionales implicadas que participen en estas actividades formativas. · % de profesionales asistenciales de cada organización que han recibido formación en prevención de suicidio. · Evaluación de las actividades formativas. · % de profesionales asistenciales de cada organización que se reciclan según la periodicidad recomendada. · Inclusión de la prevención de suicidio como competencia básica del o de la profesional.
	36. Dar un papel central a Consejo Sanitario como instrumento de seguimiento de pacientes en riesgo suicida que estén en transición entre niveles y servicios de Osakidetza.	· Nº de personas con seguimiento por riesgo de suicidio desde Consejo Sanitario. · % de pacientes incluidos en el CRS que han tenido algún contacto con Consejo Sanitario.
	37. Elaborar una guía para pacientes en riesgo suicida y personas allegadas.	· Publicación y difusión de la guía.
	38. Elaborar una guía para profesionales sobre las necesidades asistenciales de pacientes en riesgo suicida y las herramientas disponibles en el sistema sanitario para su abordaje.	· Publicación y difusión de la guía.

ÁREA DE ACTUACIÓN	MEDIDA	INDICADORES
7. Ámbito sanitario. **7.2 Atención primaria.**	**39.** Incluir la evaluación del riesgo de suicidio como indicador de evaluación de la oferta preferente de patologías con especial riesgo.	· % de patologías con especial riesgo de suicidio en las que se ha incluido como indicador de la oferta preferente la evaluación de este riesgo. · % de cumplimiento de la Oferta Preferente relativa al indicador de evaluación de riesgo suicida en patologías susceptibles. · Nº de pacientes en riesgo suicida identificados o identificadas.
	40. Introducir herramientas de apoyo para el manejo del riesgo de suicidio en Osabide.	· Inclusión de la herramienta de apoyo en Osabide. · Nº de actuaciones donde se ha utilizado la herramienta.
	41. Incluir recordatorios para evaluar el riesgo de suicidio en herramientas que sean de uso habitual en patologías de alto riesgo.	· Nº de formularios ya existentes donde se incluye la evaluación del riesgo. · Nº de actuaciones donde se han utilizado los recordatorios para evaluar el riesgo.

ÁREA DE ACTUACIÓN	MEDIDA	INDICADORES
7. Ámbito sanitario. **7.3 Salud mental.**	**42.** En cada organización o servicio de Salud Mental, definir y aplicar un plan de cuidados para el riesgo de suicidio basado en la evidencia científica.	· % de las organizaciones de salud mental dónde se ha definido y se aplica un Plan de Cuidados para el riesgo de suicidio. · Nº de pacientes incluidos o incluidas en un Plan de Cuidados sobre el total de cada organización de Salud Mental. · % de pacientes en el CRS incluidos en un Plan de Cuidados. · % de pacientes incluidos o incluidas en el Plan de Cuidados en riesgo suicida que abandonan antes del año.
	43. Revisión multidisciplinar post-incidente de los casos de suicidio en cada organización.	· % de las organizaciones de salud mental que disponen de un protocolo para la revisión multidisciplinar post-incidente de los casos de suicidio. · % de los casos de suicidio en pacientes de cada organización en los que se realiza una revisión post incidente. · % de las organizaciones que elaboran un informe anual con las conclusiones de las revisiones realizadas. Otros posibles indicadores para evaluar: · Tasa anual de suicidio en pacientes incluidos en el CRS. · Tasa anual de tentativas de suicidio en las y los pacientes incluidos en el CRS. · % de pacientes con tentativa de suicidio derivados o derivadas a los centros de Salud Mental desde los servicios de Urgencias. · % de pacientes atendidos o atendidas por riesgo suicida que realizan un suicidio consumado en los 12 meses siguientes. · % de pacientes con riesgo suicida incluidos o incluidas en plan de cuidados que realizan un suicidio consumado en los 12 meses siguientes. · % de pacientes con riesgo suicida que habían abandonado el plan de cuidados que realizan un suicidio consumado en los 12 meses siguientes. · % de pacientes con riesgo suicida incluidos o incluidas en plan de cuidados con alta clínica antes de 1 año. · % de pacientes con nuevas tentativas de suicidio en pacientes con riesgo suicida.
	44. Incorporar a la familia en el proceso de atención de pacientes en riesgo suicida.	· Nº de actuaciones dónde se ha incorporado a la familia en la intervención del o de la paciente en riesgo suicida.
	45. Posibilitar la atención rápida de pacientes con riesgo de suicidio a través de la mejora en la gestión de agendas.	· Tiempo medio para la asignación de citas. · % de los y las pacientes con un tiempo hasta la derivación a salud mental igual o inferior al recomendado en el CRS.

ÁREA DE ACTUACIÓN	MEDIDA	INDICADORES
7. Ámbito sanitario. **7.4 Hospital general: servicios de urgencias generales y otros servicios hospitalarios.**	**46.** Incluir en Osabide Global las situaciones clínicas de sospecha en las que el médico o médica de urgencias generales y/o hospitalización debe evaluar el riesgo de suicidio.	· Identificación en Osabide Global de las situaciones clínicas de sospecha de riesgo de suicidio. · % de pacientes con situaciones clínicas de sospecha en los que se evalúa el riesgo de suicidio.
	47. Protocolizar los aspectos relativos a la seguridad del o de la paciente que acude por una tentativa o en el que exista sospecha de riesgo de suicidio.	· Elaboración y difusión del protocolo. · Nº de pacientes con protocolo de seguridad. · % sobre el total de pacientes atendidos o atendidas con riesgo suicida.
7. Ámbito sanitario. **7.5 Farmacia comunitaria.**	**48.** Establecer protocolos de colaboración entre la farmacia comunitaria y el sistema sanitario.	· Elaboración y difusión del protocolo. · % de farmacias adheridas a los protocolos de colaboración de personas en riesgo de suicidio. · Nº de personas atendidas según el protocolo.
	49. Incorporar la intervención y abordaje del riesgo de suicidio en la formación continuada de profesionales de farmacia comunitaria.	· Nº de actividades formativas realizadas. · Nº de personas profesionales implicadas que participen en estas actividades formativas. · Evaluación de las actividades formativas.
8. Postvención.	**50.** Fomentar y apoyar el asociacionismo de supervivientes desde instituciones públicas.	· Nº de acciones para fomentar y/o apoyar el asociacionismo de supervivientes. · Nº de personas supervivientes apoyadas desde las asociaciones.
	51. Incorporar la atención a supervivientes dentro de la prestación de servicios de Osakidetza.	· Nº de centros de Osakidetza que ofrecen servicios de postvención a familiares o allegados personas allegadas. · Nº de personas supervivientes atendidas desde los servicios de postvención de Osakidetza. · Nº de centros de Osakidetza que tienen servicios de postvención a profesionales. · Nº de personas profesionales atendidas desde los programas de postvención.
9. Colectivos vulnerables.	**52.** Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en población infantil y adolescente.	· Nº de niños y niñas y adolescentes valorados por riesgo suicida y % sobre el total.
	53. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en casos de violencia.	· Nº de casos de violencia de género valorados por riesgo suicida y % sobre el total.
	54. Detección y abordaje de la conducta suicida en población anciana y personas con enfermedades crónicas, terminales, discapacidad, dependencia o soledad.	· Nº de personas con enfermedad crónica, discapacidad, dependencia o soledad valoradas por riesgo suicida y % sobre el total.
	55. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en centros penitenciarios.	· Nº de personas en centros penitenciarios valoradas por riesgo suicida y % sobre el total.
	56. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en el colectivo LGTBI.	· Nº de personas del colectivo LGTB valoradas por riesgo suicida y % sobre el total.
	57. Mejorar la detección y abordaje de la conducta suicida en personas sin hogar.	· Nº de personas sin hogar valoradas por riesgo suicida y % sobre el total.

77

Tabla 11. Conjunto mínimo de indicadores.

INDICADORES	FUENTE
1. Tasa estandarizada anual de suicidios en población general (total, por sexo, edad, nivel socioeconómico, territorio histórico, profesión).	· INE. · EUSTAT. · IVML. · Registro de tentativas. · Registro de suicidios.
2. Tasa anual de tentativas de suicidios en población general (total, por sexo, edad, nivel socioeconómico, territorio histórico, hospital).	
3. % de personas que realizan un reintento de suicidio en los 12 meses siguientes (total, por sexo, edad, nivel socioeconómico, territorio histórico, hospital).	
4. Nº de personas atendidas dentro del protocolo de emergencias y primera intervención y % del total de personas atendidas.	
5. Nº de personas que contactan con consejo sanitario por un motivo relacionado con la conducta suicida y % del total de consultas.	
6. Nº de personas atendidas dentro del protocolo para personas de riesgo detectadas desde el ámbito educativo.	
7.· Nº de personas con valoración y seguimiento de un riesgo suicida a través de historia sociosanitaria.	
8. Nº de personas atendidas dentro del protocolo de colaboración entre la farmacia comunitaria y el sistema sanitario.	
9. Nº de pacientes incluidos o incluidas en el Código de Riesgo Suicida (CRS)	
10. % de pacientes en CRS que realizan seguimiento en Salud Mental.	
11. % de pacientes en CRS que han tenido algún contacto con el centro de salud.	
12. % de pacientes con un tiempo hasta la derivación a salud mental igual o inferior al recomendado en el CRS.	
13. % de pacientes en CRS incluidos en un plan de cuidados (PC) para el riesgo de suicidio.	
14. Tasa anual de suicidio en pacientes incluidos o incluidas en el CRS.	
15. Tasa de tentativas de suicidio en pacientes incluidos o incluidas en el CRS.	
16. % de cumplimiento de la oferta preferente relativa a la evaluación de riesgo suicida en patologías susceptibles.	
17. % de profesionales asistenciales de cada organización que han recibido formación en prevención de suicidio.	

ANEXOS

ANEXO 1. GRUPO DE TRABAJO

1. COORDINACIÓN

- José Antonio de la Rica Giménez. Coordinador de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Osakidetza.
- Andrea Gabilondo Cuéllar. Psiquiatra. Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Osakidetza.
- José Andrés Martín Zurimendi. Secretario del Consejo Asesor de Salud Mental. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Galdakao. OSI Barrualde-Galdakao. Osakidetza.

2. PARTICIPANTES

- **Nerea Antía Vinós**. Asesora de Gestión Estratégica. Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud.
- **Esther Astola Garro**. Coordinadora Sociosanitaria. Diputación Foral de Araba/Álava.
- **Arantxa Ayarza Azurza**. Coordinadora territorial sociosanitaria. Responsable de la Sección de Salud Mental y Área Sociosanitaria. Diputación Foral de Gipuzkoa.
- **José Luis Balenziaga Muñoz**. Médico de Familia y Jefe de Unidad de Atención primaria del Centro de Salud Landako. OSI Barrualde- Galdakao. Osakidetza.
- **Eva Bilbao Garmendia**. Presidenta de Biziraun, Maite dugun norbaiten suizidioak mindutako pertsonen elkartea. Asociación de personas afectadas por el suicidio de un ser querido.
- **Cristina Blanco Fernández de Valderrama**. Presidenta Asociación Vasca de Suicidología-Aidatu.
- **María José Cano**. Gerente de la Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental – FEDEAFES.
- **Boni Cantero**. Coordinadora Servicios Sociales. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- **Luis Javier Echevarría González de Garibay**. Responsable del Servicio de Registros e Información Sanitaria. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. Departamento de Salud.
- **Iñaki Eguíluz Uruchurtu**. Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces, OSI Ezkerraldea-Enkarterri- Cruces. Osakidetza.
- **Edorta Elizagarte Zabala**. Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico de Álava. Red de Salud Mental de Araba/Álava. Osakidetza.
- **Agustín Erkizia Olaizola**. Cofundador de Biziraun, Maite dugun norbaiten suizidioak mindutako pertsonen elkartea. Asociación de personas afectadas por el suicidio de un ser querido.
- **Izaskun Eskubi Goienetxe**. Responsable Escuela Inclusiva y NEAE. Berritzegune Nagusia. Departamento de Educación.
- **Ainara García Alcalá**. Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología (DAEM). Departamento de Seguridad.
- **Jon García Ormaza.** Psiquiatra. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza.
- **Mercedes García Plazaola**. Servicio médico del Centro Penitenciario de Basauri. Osakidetza.
- **Alberto Santos Gartzia Garmendia**. Periodista. Comunicación- Departamento de Salud.

- **Ana María González-Pinto Arrillaga**. Jefa de Servicio de Investigación. Hospital Universitario Álava. OSI Araba/Álava. Osakidetza.
- **Patricia Insúa Cerratani**. Psicóloga. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU).
- **Álvaro Iruin Sanz**. Representante de la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría. Director Gerente Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Osakidetza.
- **Peio López de Munain López de Luzuriaga**. Concejal delegado del Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- **Benito Morentín**. Jefe del servicio de Patología Forense. Instituto Vasco de Medicina Legal-IVML.
- **Fernando Mosquera Ulloa**. Director médico. Red de Salud Mental de Álava. Osakidetza.
- **Iñigo Pombo Ortiz de Artiñano**. Concejal delegado del Área de Acción Social. Ayuntamiento de Bilbao.
- **Imanol Querejeta Ayerdi.** Psiquiatra. Hospital Universitario Donostia. OSI Donostialdea. Osakidetza.
- **Sandra Ranea Galán**. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Prevención del Suicidio de la Ertzaintza.
- **Elena Redondo Hermosa**. Jefa de Servicio de Acción Comunitaria. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- **Ander Retolaza Balsategui**. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza. Asociación de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental (OME-AEN).
- **Raquel Roca Castro**. Supervisora del Consejo Sanitario. Emergentizak-Osakidetza.
- **Ángel Ruiz de Pellón**. Psicólogo clínico. Hospital Universitario Donostia. OSI Donostialdea. Osakidetza.
- **Eduardo Ruiz Parra**. Jefe de Sección Médica de Psiquiatría. OSI Bilbao-Basurto. Osakidetza.
- **Aitziber San Román Abete**. Concejala Delegada de Acción Social. Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián.
- **Emilio Sola Ballojera**. Director de Servicios Sociales. Departamento de Empleo y Políticas Sociales.
- **María Jesús Velasco Pérez**. Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología (DAEM). Departamento de Seguridad.
- **Iñaki Zorrilla Martínez**. Psiquiatra. Red de Salud Mental de Araba/Álava-Álava. Osakidetza.
- **Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laraudogoitia.** Jefa de Servicio de Valoración y Orientación. Diputación Foral de Bizkaia.

3. COLEGIOS PROFESIONALES Y PERSONAS EXPERTAS

- **Colegio Oficial de Psicólogos de Araba/Álava.**
- **Colegio Oficial de Trabajo Social de Gipuzkoa.**
- **Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia.**
- **Miguel Gutiérrez Fraile.** Vocal del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi.
- **Izaskun Landaida Larizgoitia.** Directora de Emakunde-Instituo Vasco de la Mujer.

- **Diego Palao Vida.** Director Ejecutivo de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.
- **Ainhoa Perea. Técnica de Igualdad.** Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- **Carlos José Pereira Rodríguez.** Vocal del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi.
- **Víctor Pérez Sola.** Director del Institut de Neuropsiquiatria i Addicions. Hospital del Mar.

4. ASESORÍA TÉCNICA

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

- **Andoni Anseán Ramos.** Director de proyecto.
- **Silvia Fort Culillas**. Técnica de proyecto.
- **Ingrid Muñoz Mayorga.** Técnica de proyecto.

ANEXO 2. MARCO NORMATIVO Y PLANIFICADOR INTERNACIONAL Y ESTATAL

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En mayo de 2012, la 65ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la **resolución WHA65.4** sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social. El plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 es adoptado por la 66ª Asamblea mediante la **resolución WHA66.8**, de mayo de 2013. Dicho plan tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios sanitarios y sociales y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. La prevención del suicidio es una de las prioridades importantes y se establece como meta la reducción de su tasa en un 10% para el año 2020. Igualmente, se insta a los países a elaborar estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos vulnerables[69].

El plan de acción de la Oficina Regional de la OMS en **Europa 2013-2020**, también tiene entre sus objetivos la reducción de las tasas de suicidio y propone entre sus acciones desarrollar e implementar estrategias de prevención del suicidio que incorporen la mejor evidencia, combinando un enfoque universal con actividades que protejan principalmente a los grupos vulnerables[70]. Entre los desafíos menciona la promoción del diagnóstico precoz de las personas con depresión y prevenir el suicidio iniciando programas y servicios de intervención basados en la comunidad, como líneas telefónicas de emergencia y apoyo psicológico[71].

2. UNIÓN EUROPEA

En 2008, la Comisión Europea desarrolló el **Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar**, centrándose en 5 áreas prioritarias: salud mental en jóvenes y educación, prevención de la depresión y el suicidio, salud mental en personas mayores, promoción de la inclusión social y lucha contra el estigma y promoción de la salud mental en los lugares de trabajo. Para la prevención del suicidio, plantea como acciones importantes la formación de profesionales, restringir el acceso a medios letales, tomar medidas para reducir los factores de riesgo, proporcionar mecanismos de apoyo para quien haya intentado suicidarse y para quien haya perdido a un ser querido.

Este Pacto desencadenó en 2009 la **Resolución del Parlamento Europeo sobre la Salud Mental** (2008/2209(INI))[72], que considera la elaboración de políticas encaminadas a reducir el número de casos de depresión y de suicidio como una medida de la protección de la dignidad humana. Fundamentalmente pide a los Estados miembros que apliquen programas intersectoriales de prevención del suicidio, especialmente con destino a jóvenes y adolescentes; e insta a poner en marcha cursos de formación específicos para profesionales como medida para mejorar el reconocimiento del riesgo de suicidio y las formas de hacerle frente.

Posteriormente, en 2013, se crea la **Acción Conjunta para la Salud y el Bienestar Mental** (The Joint Action for Mental Health and Well-being), que tiene como objetivo construir un marco para la acción en políticas de salud mental a nivel europeo. La acción se centra en 5 áreas: promoción de la salud mental en los lugares de trabajo, promoción de

la salud mental en las escuelas, promover acciones contra la depresión y el suicidio y la implementación de enfoques de salud electrónica, desarrollar atención comunitaria y socialmente inclusiva para las personas con trastornos mentales graves y promover la integración de la salud mental en todas las políticas sectoriales.

3. ÁMBITO ESTATAL

La **Constitución de 1978**[73], en su artículo 43, reconoce a toda la ciudadanía el "derecho a la protección de la salud, correspondiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Igualmente, en el artículo 50, se insta a que los poderes públicos promuevan su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atienda sus problemas específicos de salud".

La **Ley 14/1986**[74], de 25 de abril, General de Sanidad, prevé, en su artículo 70 y siguientes, la aprobación de planes de salud por parte del Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias y, en su artículo 74, del Plan Integrado de Salud, que recogerá en un único documento los Planes estatales, los Planes de las Comunidades Autónomas y los Planes conjuntos, teniendo en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria.

El artículo 6 establece que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias deben orientarse a "promover la salud y la adecuada educación sanitaria de la población". De igual forma, "garantizar que las acciones sanitarias se desarrollen y estén dirigidas a garantizar la prevención de las enfermedades, a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud y a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente".

En referencia a la Salud Mental, la Ley, en su artículo 20, estipula que las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán, entre otras, la promoción y mejora de la salud mental. En concreto, la "atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general".

La **Ley 16/2003**[75], de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), configura el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de este en la reducción de las desigualdades en salud. En el artículo 7, establece que el catálogo de prestaciones del SNS tiene por "objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del SNS, los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigida a los ciudadanos".

En el artículo 12, precisa que la atención primaria, comprende actividades de "promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo

social". Entre su ámbito de actuación está la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.

El artículo 14 define la prestación sociosanitaria como "el conjunto de cuidados destinados a los enfermos, generalmente crónicos", que por "sus especiales características y/o situación pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social".

El **Real Decreto 1030/2006**[76], 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, específica que la atención a la salud mental desde la Atención Primaria se debe hacer en coordinación con los servicios de atención especializada e incluye: "actividades de prevención, promoción, detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, conductas adictivas, trastornos de comportamiento y otros trastornos metales, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria". El seguimiento de personas con trastorno mental grave y prolongado debe hacerse de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales.

Por su parte, la atención especializada comprende "las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel". La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial incluye: "actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios". Al igual que el "diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos, crónicos, conductas adictivas, trastornos psicopatológicos, trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social". Además, incluye la información y asesoramiento a las personas vinculadas al o a la paciente, especialmente a la persona cuidadora principal.

La **Ley 39/2006**[77], de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, tiene por objeto "regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia". En relación con las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, el baremo para la valoración de la situación de dependencia mide la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización.

La **Ley 33/2011**[78], de 4 de octubre, General de Salud Pública, tiene como objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de actividades organizadas por las administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales. Como consecuencia, los ciudadanos y ciudadanas tienen derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública, derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad sin que pueda producirse discriminación de ninguna índole; y todas las personas tienen derecho al respeto de su dignidad e intimidad personal y familiar en relación con su participación en actuaciones de salud pública.

3.1. ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SNS

La prevención del suicidio es uno de los objetivos principales de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (ESM-SNS)[79] aprobada por el Consejo Interterritorial de 11 de diciembre de 2006 y de su posterior actualización de 2009-2013, elaborada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI)[80].

La ESM-SNS insta a que se realicen y evalúen acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo, entre las que se recomienda el "desarrollo de intervenciones preventivas, preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención en cada uno de los siguientes entornos: centros docentes, instituciones penitenciarias y residencias de mayores".

Aunque ha habido intentos, a día de hoy esta estrategia sigue sin actualizarse. La última propuesta no fue aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS en su reunión del 14 de abril de 2016. Actualmente está elaborándose una nueva propuesta que se prevé sea aprobada a lo largo de 2019.

3.2. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL SNS

En 2017 fue aprobada en el Congreso de los Diputados una proposición no de ley sobre un plan estatal de prevención del suicidio, promovida desde Unión del Pueblo Navarro (UPN), que no ha tenido continuidad desde entonces, como tampoco la tuvo otra proposición no de ley semejante, promovida en 2014 por el extinto partido político Unión Progreso y Democracia (UPyD).

Por su parte, en 2018 se anuncia una estrategia de prevención del suicidio en el SNS por parte del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. No obstante, la sustitución al frente de la responsable de este ministerio trajo consigo el abandono de la iniciativa y el anuncio de que las actuaciones en esta materia se integrarán en la próxima Estrategia en Salud Mental del SNS.

ANEXO 3. FACTORES DE LA CONDUCTA SUICIDA

1. FACTORES DE RIESGO

Se considera que un factor de riesgo es aquella característica mensurable de una persona en una población específica que precede a la situación que se está estudiando (en este caso, el suicidio) que sirve para dividir a la población en grupos con base en el riesgo relativo[81] , ya sea en grupos de alto como bajo riesgo. Por factores de riesgo de la conducta suicida, se entienden aquellos que influyen en la suicidalidad de una persona. Estos factores pueden ser individuales, sociofamiliares y contextuales.

1.1. FACTORES INDIVIDUALES

Los factores individuales o personales incluyen problemas de salud mental y física, los rasgos de personalidad, como la capacidad de una persona para manejar circunstancias difíciles, manejar emociones complicadas o enfrentar el estrés.

1.1.1. Problemas de salud mental

La presencia de un trastorno mental es uno de los factores de riesgo de suicidio más importantes; en los estudios de suicidios consumados realizados mediante autopsia psicológica, el 90% de los sujetos padecían un trastorno mental[20]. De esta manera, respecto a los trastornos mentales:

- La presencia de un **trastorno depresivo** mayor supone un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general[7,82]. Existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años[83]. En torno al 80% de las y los pacientes deprimidos presentan en algún momento ideación autolítica y ésta proporciona un buen indicador de la intensidad del trastorno subyacente[84].
- Entre el 20% y el 58% de las y los pacientes con **trastorno bipolar** intenta el suicidio[85]. El porcentaje de suicidabilidad (ideación suicida/intento de suicidio) es del 54% para las formas mixtas, frente al 2% para las formas puras[86,87].
- En personas con **esquizofrenia**, el riesgo de suicidio es 30-40 veces mayor que en la población general y se estima que entre el 25-50% hará un intento de suicidio a lo largo de su vida[7,82]. La edad promedio de suicidio en las personas con esquizofrenia es de 33 años[88].
- Entre el 25% y el 38% de las y los pacientes con **trastornos de la conducta alimentaria** (TCA) refieren conductas autolíticas[89,90]. La prevalencia de autolesiones en personas con TCA se sitúa entre el 25% y el 55%[91]. El riesgo de cometer suicidio aumenta 4,7 veces ante la presencia del TCA, ocho veces ante la presencia de anorexia nerviosa y 5 veces en bulimia nerviosa[92].
- En personas con **abuso de sustancias**, el riesgo de suicidio puede ser de hasta 8,5 veces mayor en las personas que abusan del alcohol[93] y 13,5 veces mayor en el caso de consumo de opioides[94]. Los trastornos debidos al consumo de alcohol u otras sustancias acompañan entre un 25% y un 50% de los suicidios[95], y el riesgo de suicidio aumenta si el uso de alcohol u otras sustancias va acompañado de otros trastornos psiquiátricos[34].
- Los varones entre 5 y 24 años con **déficit de atención por hiperactividad** (TDAH) tienen casi tres veces más probabilidades de morir por suicidio, ya que el TDAH

parece aumentar la gravedad de las comorbilidades como el trastorno de la conducta y depresión[96].

1.1.2. Intentos de suicidio previo e ideación suicida

- Los intentos de suicidio previos son el factor de riesgo más importante para consumarlo, siendo el riesgo de suicidio 100 veces superior al de la población general[21].
- El 50% de las y los suicidas tienen antecedentes de tentativas de suicidio[97]. Un intento de suicidio incrementa un 32% el riesgo de un intento posterior[21].
- Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces[7].
- La severidad y letalidad del período de mayor suicidabilidad del o de la paciente es un factor predictivo del riesgo suicida futuro[98].

1.1.3. Factores psicológicos y rasgos de personalidad

- En adolescentes, la inestabilidad emocional es un factor que multiplica el riesgo 2,3 veces para cometer un suicidio[99].
- La **desesperanza** es otro factor muy importante: es expresada por el 91% de las y los pacientes con conducta suicida[83,100].
- Las presiones autogeneradas y externas para buscar el **perfeccionismo**, es parte de la personalidad premórbida de las personas propensas a la ideación e intento de suicidio[101]. Puede ser importante predictor del riesgo de suicidio en colectivos donde se exige el cumplimiento de altos estándares, como por ejemplo en cuerpos militares.
- La **impulsividad** es un factor de riesgo importante, sobre todo en la adolescencia temprana[7]. Los actos impulsivos repetidos previos pueden hacer que una persona con tendencias e ideación suicida pueda volverse más experimentada, audaz y competente con respecto al suicidio y, por lo tanto, ser capaz de planificarlo mejor[102].

1.1.4. Enfermedad física o discapacidad

- La **enfermedad física** está presente en el 25% de los suicidios, y en el 80% cuando se presenta en persona de edad avanzada[83].
- La ideación suicida aparece con relativa frecuencia entre pacientes con infección por **VIH**. El riesgo de suicidio se incrementa en los seis meses posteriores al haber recibido el diagnóstico y el momento en que aparecen los síntomas[103].
- En pacientes con **esclerosis múltiple**, las tasas de mortalidad son aproximadamente el doble que, en la población general, siendo mayor el riesgo en hombres jóvenes y en los primeros años posteriores al diagnóstico[104].

1.1.5. Factores genéticos

- Se ha encontrado una asociación entre polimorfismos genéticos y la conducta suicida; los resultados más sólidos apoyan la asociación con las variantes TPH1-rs1800532[105], SLC6A4-5-HTTLPR[106], COMT-rs4680[107] y BDNF-r6265[108].
- Respecto a la ideación suicida, se han asociado dos marcadores de forma significativa; ambos residen en los genes GRIA3 y GRIK2 y codifican los receptores ionotrópicos del glutamato[7].

1.1.6. Edad

- Las tasas de suicidio en la adolescencia y juventud son mayores que en la infancia; son del 6% y 2,3% respectivamente[109].

- Los hombres mayores de 65 años y, en particular, los varones de 75 años, son los que tienen una tasa mayor de suicidio consumado[24,110].
- Los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres entre los 15-24 años de edad, seguido por los 25-34 años y los 35-44 años, mientras que en los hombres las tasas más altas se encuentran entre los 25-34 años, seguido por los 35-44 años y los 15-24 años[111].
- La tasa de ideación suicida es mayor en las personas más jóvenes[112]; suelen ofrecer cifras que van del 1% al 20% aproximadamente[113,114,115].

1.1.7. Sexo

- Las mujeres presentan tasas de ideación suicida e intentos de suicidio 3-4 veces mayores que los varones, mientras que el suicidio consumado es 2-4 veces mayor en los hombres[25,26].
- En los hombres el mayor riesgo relativo de suicidio es la esquizofrenia, seguido de trastorno afectivo y el abuso de sustancias. En las mujeres, el mayor riesgo es el abuso de sustancias, seguido de trastorno afectivo y esquizofrenia[116].
- Para los factores socioeconómicos, en los hombres el mayor riesgo asociado es tener un trabajo de baja cualificación, un logro académico bajo y un bajo nivel de ingresos salariales. En las mujeres el riesgo está asociado con estar desempleada, bajo nivel educativo y bajo nivel de ingresos económicos[116].

1.2. FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CONTEXTUALES

Los factores sociofamiliares, incluyen las relaciones y la participación con otras personas, como la familia, los amigos y amigas, los compañeros y compañeras de trabajo, la comunidad en general y el sentido de pertenencia de una persona con su medio social. Los factores contextuales incluyen los sociales, políticos, ambientales, culturales y económicos que contribuyen a la calidad de vida de una persona.

1.2.1. Historia familiar de suicidio

- Las y los menores expuestos a la conducta suicida de su padre o madre son cuatro veces más propensos a reportar un intento de suicidio comparado con las y los no expuestos[117].
- El intento de suicidio por parte de la madre se asocia con un riesgo tres veces mayor de autolesión con intención suicida[118], mayor riesgo de intentos múltiples[119] y una tendencia a intentos de suicidio a edades más tempranas[120].
- Las y los adolescentes que experimentan el intento de suicidio de una persona de la familia son más propensos a consumir marihuana, a tener consumos de riesgo de alcohol, a tener ideas e intentos suicidas, a verse envueltos en peleas y a tener mayores sentimientos de desesperanza[117].

1.2.2. Falta de apoyo sociofamiliar

- La conducta suicida es más frecuente entre personas solteras, divorciadas, que viven solas o carecen de apoyo social y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad)[7].
- Las tasas de suicidio para los hombres solteros y divorciados y las mujeres divorciadas son tres veces mayores que para los hombres y mujeres casados[121].
- Entre los hombres divorciados, el 25% había tenido ideación suicida, en comparación con el 9% de los hombres casados. Solo el 2% de los hombres casados alguna vez

intentó suicidarse, en comparación con el 9% de los hombres divorciados[122].

1.2.3. Nivel socioeconómico y situación laboral

- El desempleo se asocia con un mayor riesgo de suicidio, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio cuando existen eventos estresantes como la pérdida de empleo o la jubilación[123].
- Las personas desempleadas de larga duración tienen un mayor número de intentos de suicidio y un mayor riesgo de volver a intentar el suicidio[124].
- El empleo inestable parece tener un impacto significativo en el suicidio entre las personas de entre 25 y 34 años, siendo mayor el impacto en los varones treintañeros[125].

1.3. FACTORES PROTECTORES

Los factores protectores proveen protección contra el comportamiento suicida y suelen considerarse atendiendo a los factores individuales de una persona o a los relacionados con el entorno sociofamiliar y contextual. Entre los factores individuales 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[30]. También se consideran importantes los valores y normas, como el valor de la propia vida, la esperanza y el optimismo[31]. Entre los factores externos destacan la accesibilidad a los dispositivos de salud, la existencia de una red social y familiar apropiada, la participación social y la restricción a métodos letales de suicidio[32].

1.3.1. Factores individuales

1.3.1.1. Capacidad de resolución de problemas

- La capacidad de resolución de problema suele actuar como una herramienta o recurso cuando surgen situaciones de desesperanza[126].
- Las estrategias de afrontamiento centradas en la resolución positiva de los problemas pueden tener un efecto negativo con el intento de suicidio[126].

1.3.1.2. Autocontrol y capacidad de afrontamiento

- La capacidad de autocontrol cognitivo y emocional y el pensamiento positivo facilitan la resiliencia ante los intentos suicidas[127].
- El autocontrol sobre la conducta, pensamiento y emociones está relacionado con la capacidad de afrontamiento y los intentos de suicidio[128].

1.3.2. Factores sociofamiliares y contextuales

1.3.2.1. Disponibilidad de acceso a los servicios de salud

- El 69% de los suicidios consumados ha consultado en el último año con el médico o la médica de atención primaria[129].
- En el 52% de los suicidios y un 53% de los intentos de suicidio, las personas contactan con el médico o médica de atención primaria en las ocho semanas previas al mismo.
- Las personas con intentos de suicidio consultan al médico o médica de Atención Primaria en el mes previo principalmente por depresiones (64%), abuso de drogas (57%) y trastornos de adaptación (77%)[130].

1.3.2.2. Restricción del acceso a medios letales

- Reducir la disponibilidad y uso de métodos de suicidio altamente letales se ha asociado con descensos en las tasas de suicidio de entre el 30% al 50%[131].

1.3.2.3. Red social de apoyo

- La presencia de una red social de apoyo puede proporcionar el soporte social necesario que influye en una menor tasa de suicido[132].
- El apoyo social se asocia con un menor riesgo de intentos de suicidio[133]; esta tendencia puede ser determinante en personas con alta sintomatología depresiva[134].

1.3.2.4. Buenas relaciones familiares

- El efecto es mayor entre adolescentes; se ha encontrado un efecto protector cuando existe una buena relación con los padres y madres[135].
- Principalmente se ha encontrado una menor probabilidad de intento de suicidio entre quienes que refieren mayor participación paterna y materna, entendida como apoyo emocional, compromiso, responsabilidad y accesibilidad[136].

1.3.2.5. Creencias y prácticas religiosas

- Las creencias religiosas pueden tener un efecto protector contra el suicidio; es menor la probabilidad de cometer un suicidio cuando se tiene una afiliación religiosa[137].
- El carácter protector está relacionado con el soporte social e integrador que confieren algunas comunidades religiosas, y no tanto por el efecto de condena de las diferentes confesiones[138].
- La objeción moral al suicidio puede convertirse en una razón de vivir y ha mostrado ser significativamente mayor en las personas con intentos de suicidio de baja letalidad comparado con aquellas personas con intentos de alta letalidad[139].

1.4. FACTORES PRECIPITANTES

Existen una serie de eventos o situaciones que pueden provocar un estrés intenso en un momento particular de una persona y pueden precipitar un acto suicida. Algunos pueden ser comunes en los distintos grupos de edad, y otros factores precipitantes son más frecuentes en unas etapas de la vida o en otras[140].

1.4.1. Acontecimientos vitales estresantes

- Existe una elevada incidencia de acontecimientos vitales estresantes en los meses previos a la realización de un suicidio o una tentativa, especialmente en el mes previo[141,142]. Estos se dan con mayor frecuencia en los varones[28].
- En los varones, los tipos de estresores se relacionan con la enfermedad somática, los conflictos interpersonales, los problemas financieros y la separación[28].
- En las mujeres, los tipos de estresores que influyen son los trastornos mentales, los conflictos interpersonales y la pérdida de seres cercanos[28].
- Los problemas familiares y las dificultades laborales son factores de riesgo para el suicidio consumado tanto en varones como en mujeres[28].
- En las personas jóvenes se encuentran los conflictos interpersonales, las pérdidas, las dificultades económicas, la separación y los conflictos legales[143].
- En las personas mayores, pueden influir problemas médicos, las situaciones de aislamiento y la soledad y la jubilación[28].

1.4.2. Desesperanza

- Es uno de los factores con más peso: el 91% de las y los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck[7].
- Los niveles de desesperanza correlacionan con los intentos de suicidio en mayor

grado que las medidas de depresión[144].

1.4.3. Acoso (bullying)

- El acoso o bullying tiene efectos en la salud mental principalmente de niños, niñas y jóvenes. Se ha demostrado que el acoso escolar está asociado con la ideación suicida (probabilidad 2,79) y el intento de suicidio (probabilidad 2,66)[145].
- Se ha llegado a estimar que entre el 15% y el 35% de las personas jóvenes han sido víctimas de ciberbullying[146].
- Las personas que han experimentado ciberbullying tienen 2,35 más probabilidades de autolesionarse, 2,10 más probabilidades de mostrar conductas suicidas, 2,57 más probabilidades de intentar suicidarse y 2,15 más probabilidades de tener ideación suicida[147].

1.4.4. Maltrato físico y abuso sexual

- Los suicidios consumados en adolescentes son seis veces más frecuentes en quienes han sido víctimas de abuso infantil[148].
- Cuanto más joven es la persona en el momento de sufrir el primer abuso, más intentos de suicidio cometerá[148].
- Los niños que sufren abusos físicos en la adolescencia tienen un mayor riesgo de síntomas depresivos, ideación suicida, abuso de alcohol y abuso físico de sus propios hijos e hijas y esposa posteriormente en su vida[148].

1.4.5. Violencia de género

- Las mujeres que experimentan violencia de género por parte de su pareja (particularmente abuso sexual) tienen siete veces más riesgo de comunicar ideación suicida[149,150].
- Las mujeres en riesgo de ser agredidas por su pareja tienen una probabilidad significativamente mayor de presentar intentos suicidas durante su vida[151].
- El impacto de la violencia generará problemas de salud mental, tales como trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión[152,153], los que, a su vez, son factores de riesgo de la ideación suicida[83].
- Se ha encontrado una asociación entre agresor y suicidio: en España, el 21,9% de los agresores realizaron un intento de suicidio y el 16,4% lo consumaron tras asesinar a su pareja[154].

1.4.6. No aceptación de la identidad sexual

- La no aceptación de la homosexualidad en el varón se asocia a un incremento en la ideación y conducta autolítica[155].
- Los homosexuales presentan un número de tentativas 5-10 veces superior a las de la población general[156,157].
- El riesgo de los intentos de suicidio en los homosexuales hombres es hasta 6 veces mayor que en los hombres heterosexuales[158].
- Las mujeres lesbianas tienen un riesgo de intento de suicidio 2 veces mayor respecto a las mujeres heterosexuales[158].

1.5. SEÑALES DE ALERTA

Una señal de alerta puede ayudar a indicar que una persona podría estar en un mayor riesgo de suicidio; estas señales pueden ser verbales, físicas o de comportamiento. La

presencia de estas no tiene porqué conllevar necesariamente riesgo suicida, pero sirven de indicio en aquellos casos en los que su presentación es inusual o numerosa y podrían indicar que una persona estaría teniendo serios pensamientos de quitarse la vida y que podría incluso estar planificando cómo realizarlo. Este tipo de señales pueden ser una señal para pedir ayuda y pueden proporcionar una oportunidad para la familia, amigos y profesionales para intervenir y potencialmente evitar que la persona se suicide o se autolesione.

1.5.1. Señales físicas y de comportamiento

- Descuido de la imagen, apariencia, vestimenta e higiene personal.
- Quejas físicas persistentes, como dolor crónico.
- Agravamiento de síntomas de trastornos mentales que pueda sufrir.
- Pérdida o aumento de peso debido a la pérdida o ganancia de apetito.
- Aislamiento social y familiar.
- Participar en comportamientos temerarios o arriesgados, aparentemente sin pensar.
- Cumplir un deseo.
- Escribir testamento.
- Despedidas inusuales, como si no se volviera a ver a la persona.
- Abuso del alcohol u otras drogas.
- Presentar patrones anormales de sueño: no dormir, o dormir todo el tiempo.
- Tener cambios intensos en el estado de ánimo: repentinos sentimientos de felicidad después de un largo período de tristeza o depresión.
- Autocrítica, autohumillación.
- Regalo de pertenencias, objetos apreciados o valiosos.
- Gasto de dinero injustificado o desproporcionado.
- Redacción de notas de despedida.

1.5.2. Señales verbales

- Expresar sentimientos de desesperanza: Toda mi vida ha sido inútil, Estoy cansado de luchar.
- Usar expresiones de ira, rabia hacia sí mismo: No valgo para nada, Soy una carga para todo el mundo.
- Expresar sentimientos de estar atrapado, como si hubiera no hubiera salida: Las cosas no van a mejorar nunca, Lo mío no tiene solución.
- Decir que no tienen ningún motivo para vivir o no tienen sentido o propósito en la vida: Esta vida es un asco, Mi vida no tiene sentido.
- Hablar sobre la muerte, morir o quitarse la vida (especialmente cuando esto no es habitual o es inusual para la persona): Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto, No deseo seguir viviendo.

ANEXO 4. EVIDENCIA SOBRE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Existen tres clases de estrategias de prevención para contrarrestar los factores de riesgo de la conducta suicida: prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada.

1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

1.1. PREVENCIÓN UNIVERSAL

Las medidas de prevención universal están diseñadas para llegar a toda una población. Estas estrategias buscan promover el acceso a la atención de salud; fomentar acciones de prevención de la salud mental, tal como reducir el consumo nocivo de alcohol; limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse y promover una información responsable por parte de los medios de difusión:

- **Restricción del acceso a medios letales**. Restringir el acceso a un método específico puede reducir la tasa de suicidio, en particular si el método es altamente letal, ampliamente disponible y es responsable de la mayoría de los suicidios[20,37]. La evidencia se ha fortalecido, especialmente con respecto al control de analgésicos y la limitación de acceso a hotspots de muerte por precipitación[159]. Medidas puestas en marcha en otros países muestran una reducción en el número de muertes. Por ejemplo, la reducción de muertes por suicidio al instalar puertas en las plataformas del metro[160], la disminución de suicidios por consumo de pesticidas tras las regulaciones a su uso[161] o la reducción de suicidios por arma de fuego tras la puesta en marcha de regulaciones para su compra[162].
- **Notificación responsable por parte de los medios de difusión**. Las prácticas inapropiadas de los medios de difusión al publicar información sobre el suicidio pueden llegar a exaltar el suicidio y aumentar el riesgo de suicidio por imitación en las personas vulnerables[38]. Una medida efectiva está relacionada con la elaboración de guías de estilo para evitar el sensacionalismo informativo[38]. También es importante trabajar en la prevención en colaboración con los medios[37], proporcionando, entre otros, datos precisos sobre dónde buscar y encontrar ayuda e informar de historias personales sobre cómo hacer frente a situaciones difíciles en la vida o a pensamientos suicidas[163].
- **Campañas de sensibilización pública**. Las campañas mejoran el conocimiento del público en general sobre el suicidio y contribuyen moderadamente a una mejor aceptación social de las personas con depresión y otras enfermedades mentales, ya que ayudan a disminuir el estigma y los falsos mitos[164]. Estas parecen ser más efectivas cuando se realizan como parte de una estrategia de prevención de suicidio y no como campañas independientes[165].
- **Implementar políticas de control al consumo de riesgo de alcohol**. El riesgo suicida es mayor en personas con problemas de alcoholismo que en personas que ocasionalmente o nunca consumen bebidas alcohólicas[36]. Las restricciones al consumo de riesgo de alcohol pueden contribuir a la prevención del suicidio en la población general y a nivel individual. Las restricciones incluyen mayores impuestos, establecer una edad mínima legal para consumir alcohol, tener tolerancia cero para conducir bajo los efectos del alcohol[20], entre otras.

1.2. PREVENCIÓN SELECTIVA

La prevención selectiva está dirigida a personas o a un subgrupo de población cuyos que están en riesgo de desarrollar ideas o comportamientos suicidas. Los programas están diseñados para prevenir la aparición de esta conducta. Algunas de las medidas que se han mostrado más efectivas son:

- **Desarrollar programas comunitarios de prevención**. Los programas de intervención comunitarios pueden disminuir el estigma asociado a los problemas de salud mental y pueden ayudar reducir los intentos de suicidio[40].
- **Desarrollar programas de prevención en el ámbito escolar.** El desarrollo de programas en el ámbito escolar tiende a mejorar el nivel de conocimiento de los factores de riesgo y señales de alerta de la conducta suicida y ha mostrado su eficacia a la hora de identificar estudiantes con alto riesgo de suicidio[166]. El ámbito educativo ofrece un entorno ideal para su prevención. Los programas desarrollados en este ámbito pueden reducir los intentos y pensamientos suicidas[41]. Algunos programas han encontrado que estudiantes que participan en programas de prevención (principalmente centrados en estrategias de afrontamiento y en aumentar la búsqueda de ayuda) tenían una probabilidad menor, en un 40%, de experimentar un intento de suicidio que quienes no participan de estos programas[167]. En adolescentes en alto riesgo, los programas escolares de prevención basados en la capacitación y el apoyo social son efectivos para reducir los factores de riesgo y mejorar los factores de protección contra el suicidio[168]. También se ha demostrado que la implantación de programas aumenta los comportamientos de conexión entre estudiantes y profesorado (tutorías), lo cual puede beneficiar y favorecer los comportamientos proactivos de búsqueda de ayuda.
- **Formar y capacitar a agentes sociales.** La capacitación de agentes sociales (docentes y otro personal escolar, líderes comunitarios o comunitarias, policía, bomberos y bomberas, militares, líderes religiosos y espirituales, personal y gerentes de recursos humanos, etc.) ha demostrado ser efectiva para disminuir el estigma, aumentar el conocimiento sobre la conducta suicida y mejorar las actitudes y la confianza para identificar y ayudar a personas en riesgo de suicidio[42].
- **Desarrollar programas de prevención en el ámbito laboral.** En este ámbito es importante crear una cultura en el lugar de trabajo que promueva el bienestar mental, que pueda ayudar a prevenir que las personas padezcan un trastorno mental o ayudarles a manejar mejor los problemas de salud mental que puedan presentar[169].

1.3. PREVENCIÓN INDICADA

La prevención indicada se dirige a personas de la población que pueden ser identificadas en riesgo de suicidio. Las estrategias y acciones se desarrollan individualmente o en grupos, con el objetivo de reducir los factores de riesgo y mejorar los factores de protección. Entre las acciones más prometedoras están:

- **Brindar apoyo a profesionales y proveedores y proveedoras de atención primaria.** Capacitar a las y los profesionales para que hagan un mejor abordaje de los trastornos de depresión puede reducir los suicidios, obteniéndose mejores resultados en mujeres y adultos mayores. Esta capacitación debe incluir el entrenamiento para identificar los factores de riesgo y señales de alerta. La Atención Primaria es un servicio clave para la prevención del suicidio; los estudios han demostrado que una persona que se suicida tiene mayor probabilidad de visitar a un médico o médica de Atención Primaria que a un profesional de Salud Mental[170,171]. La evidencia sugiere que la mejora en el reconocimiento de la depresión y la evaluación del riesgo

de suicidio por parte de los médicos de familia es un componente importante de la prevención del suicidio[172].

- **Capacitar a familiares/personas cuidadoras de personas con alto riesgo**: el apoyo brindado a los padres y madres de adolescentes en riesgo de suicidio es efectivo para reducir las conductas suicidas y mejorar la salud mental de las y los adolescentes.
- **Poner en marcha programas de atención y apoyo basados en las tecnologías de la información y comunicación (TICs)**: los programas de autoayuda por Internet para tratar la depresión y la ansiedad sirven como complemento de la atención presencial[173]. El uso de las TIC es muy útil como herramienta de seguimiento de personas que han tenido tentativas de suicidio.

2. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

Las medidas de intervención están dirigidas a personas que tienen un trastorno diagnosticado y/o ideación y comportamiento suicida. Están destinadas a aliviar un trastorno de salud mental o a reducir los síntomas o efectos de este trastorno. Entre las intervenciones más efectivas están:

- **Crear programas/herramientas de detección e identificación en atención primaria y en servicios de urgencias y emergencias:** los instrumentos de cribado en atención primaria y en emergencias han mostrado una buena efectividad en personas adultas, especialmente cuando son realizados por profesionales entrenados o entrenadas. En emergencias, aunque el cribado es un primer paso importante para identificar pacientes con riesgo de suicidio o necesidades de salud mental, un siguiente paso crítico es clasificar correctamente a las y los pacientes según la necesidad de intervención, para prestar una atención efectiva en base a las necesidades identificadas[174]. La evidencia sobre la efectividad de los programas de prevención de suicidio en los servicios de emergencias es prometedora y se ha demostrado que la atención que se inicia en este servicio reduce la conducta suicida y favorece la adherencia al tratamiento[175]. La evaluación del riesgo de suicidio en los servicios de emergencias puede ayudar a determinar si se requiere derivación del o de la paciente a salud mental o si el o la paciente necesita hospitalización. Las intervenciones breves en los servicios de emergencias, incluida la restricción al acceso de medios letales (armas de fuego, medicamentos, etc.), pueden ser efectivas, dependiendo del entorno y los recursos de los servicios de emergencias para ayudar a prevenir intentos posteriores (una persona que acude al servicio de emergencias por un intento de suicidio tiene el riesgo de otro intento de suicidio durante los próximos tres meses)[176] y evitar un suicidio[177]. Si bien es fundamental establecer medidas para garantizar la seguridad de las y los pacientes en riesgo de suicidio, ya que, por lo general, en las unidades de hospitalización se producen entre un 2% y un 6% de los suicidios consumados[178].
- **Tratamientos farmacológicos**. El tratamiento con medicamentos para la depresión disminuye la ideación y la conducta suicida[179]. La administración de sertralina se asocia con una disminución de la ideación y la conducta suicida no emergente[37]. La ketamina ha sido asociada como tratamiento potencialmente efectivo y rápido de la ideación suicida, independientemente de la mejoría en la depresión[37]. Además, se ha encontrado que la clozapina es eficaz para reducir las conductas suicidas entre pacientes con esquizofrenia[180] y el litio es prometedor en pacientes con trastornos del estado de ánimo[181].
- **Intervenciones de psicoterapia y enfoques psicosociales**. Las intervenciones de enfoque cognitivo conductual tienen una buena respuesta en la reducción de la conducta suicida, la repetición de los intentos de suicidio y las autolesiones en perso-

nas adultas y adultos mayores[182]. La psicoterapia, en sus diferentes modalidades, es particularmente efectiva para personas de alto riesgo, como aquellas con un trastorno límite de la personalidad o las o los pacientes ingresados en un servicio de emergencias después de un intento de suicidio[183]. Las intervenciones como la terapia dialéctico-conductual (TDC) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) pueden ayudar a reducir la conducta e ideación suicida. La terapia de resolución de problemas también se considera un tipo de psicoterapia prometedora, aunque de momento no tienen la evidencia suficiente[20].

3. MEDIDAS DE SEGUIMIENTO

Las medidas de seguimiento se refieren a la gama de programas psicoeducativos, psicofarmacológicos, psicoterapéuticos y de apoyo empleados para brindar atención continua y prolongada a personas con enfermedades mentales crónicas y graves o con conductas suicidas. Entre éstas, han mostrado su eficacia el seguimiento y apoyo comunitario. Especialmente es recomendable el seguimiento frecuente que puede incluir contacto telefónico o breves visitas (informales o formales) para establecer y promover el contacto continuo. Igualmente, es importante el apoyo de la comunidad, con la participación de familiares, amistades, u otros recursos comunitarios que pueden supervisar regularmente a las personas y promover la adherencia al tratamiento[34].

4. LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA A NIVEL INTERNACIONAL

Las diversas estrategias de prevención de la conducta suicida desarrolladas se han valido de las recomendaciones de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS)[34], el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)[184], o el Instituto Australiano *Black Dog*[43].

Atendiendo a las necesidades y características de la población, las estrategias desarrolladas se han enfocado en los siguientes elementos principales:

1. **Vigilancia:** aumentar la calidad del registro y la especificidad de los datos sobre los intentos de suicidio y el suicidio consumado. La investigación epidemiológica es básica para proporcionar evidencia para una mejor comprensión del alcance del problema de la conducta suicida, para identificar grupos de alto riesgo y monitorizar los efectos de las acciones de prevención del suicidio[185]. Para esto, es necesario contar con registros de alta calidad, dado que los sistemas de notificación de muertes por suicidio e intentos de suicidio inexactos y/o incompletos imposibilitan el desarrollo posterior de intervenciones oportunas[186]. Sin un sistema de vigilancia preciso de la conducta suicida es casi imposible obtener estadísticas vitales oportunas y actualizadas sobre los suicidios y evaluar de forma efectiva un programa de prevención[187]. La investigación de los intentos de suicidio y suicidios consumados con procedimientos estandarizados de recopilación de datos han mostrado su eficacia a la hora de ampliar la evidencia y conocimiento de la conducta suicida, que luego puede ser utilizada para evaluar le efectividad de una intervención en particular[188,189].
2. **Creación de entornos protectores:** está relacionado con la reducción de la disponibilidad y el acceso a los medios para suicidarse, con el desarrollo de políticas comunitarias para la reducción del consumo excesivo de alcohol y refuerzo de políticas y valores culturales que promuevan respuestas prosociales ante una persona en riesgo de suicidio en diferentes ambientes sociales (lugares de trabajo, centros educativos, etc.).

3. **Medios de comunicación:** promover la creación de medios y la implementación de guías de comunicación para apoyar la información responsable de la conducta suicida en medios impresos, radio y redes sociales. Los medios de comunicación pueden desempeñar un papel importante para potenciar la prevención del suicidio. La comunicación responsable sobre el suicidio puede ayudar a proporcionar información objetiva y útil sobre el suicidio[190] y puede minimizar el riesgo de suicidio por imitación[191]. El uso de guías con orientaciones para los medios de comunicación también ayuda a disminuir la incidencia y tasa de suicidios[192,193].
4. **Formación de agentes sociales:** crear y mantener programas periódicos integrales de formación para todas y todos aquellos agentes emergentes (servicios sociales, policía, docentes, religiosos, farmacéuticos, compañeros y compañeras de trabajo y de escuela, líneas de ayuda telefónica, etc.) implicados en la prevención y abordaje de la conducta suicida. Es frecuente que las personas en riesgo de suicidio tarden un tiempo en pedir ayuda a una o un profesional de la salud o incluso que no lo hagan[194]. El Sistema de Servicios Sociales atiende a la población general y también, mediante servicios y programas específicos, a colectivos especialmente vulnerables al suicidio. Estos servicios y programas no presentan en su mayoría personal sanitario propio, por lo que la formación y coordinación con el sistema de salud se considera de gran importancia. La formación de estas y estos profesionales permite desarrollar los conocimientos, actitudes y aptitudes para identificar a personas en riesgo, determinar el nivel de riesgo, y luego derivar a esas personas para que reciban tratamiento. Los programas que han mostrado resultados prometedores han sido los adaptados a poblaciones específicas[195]. También el seguimiento y el apoyo desde los servicios sociales o la comunidad se han mostrado eficaces para reducir los suicidios y los intentos de suicidio entre pacientes recientemente dados de alta[196], especialmente en quienes carecen de apoyo social y pueden sentirse aislados sin la atención que antes recibían.
5. **Formación y apoyo en atención primaria:** Los médicos y médicas de atención primaria deben tener programas de apoyo basados en la detección de la conducta suicida. La formación debe enfocarse, entre otras cuestiones, en el reconocimiento de los factores de riesgo, protectores y señales de alerta y en el uso de herramientas para atender a pacientes en riesgo y a reducir el estigma. La formación de las y los profesionales sanitarios no solo aumenta la confianza profesional en el tratamiento de personas suicidas, sino que aporta seguridad para evaluar el riesgo y valorar directamente la ideación suicida en las personas con sospecha[197].
6. **Acceso a los servicios:** promover un mayor acceso a servicios integrales para las personas vulnerables a la conducta suicida y eliminar cualquier barrera que impida un correcto abordaje y atención. Principalmente relacionadas con el acceso, cobertura y garantía de un número adecuado de recursos disponibles para personas con problemas de salud mental.
7. **Calidad del cuidado:** mejorar la calidad de la atención y las intervenciones clínicas, basadas en la mejor evidencia científica disponible. Se ha mostrado especialmente relevante el uso de las intervenciones psicosociales.
8. **Intervención en crisis:** garantizar que la comunidad tenga la capacidad de responder a las crisis con intervenciones rápidas, coordinadas y apropiadas. Las y los profesionales de emergencias y primera intervención (policías, bomberos y bomberas y otras y otros socorristas) suelen ser las y los primeros en responder cuando alguien está en una crisis suicida[198]. Por tanto, es crucial que puedan reconocer cuando alguien está en riesgo de suicidio y tener las habilidades para reducir la intensidad de una crisis suicida. La evidencia sugiere la escucha compasiva y la empatía como unas de las herramientas más eficaces[199]. Por ello, y más allá de

la conducta suicida, son importantes la formación y la capacitación en otras habilidades, como la comunicación efectiva, para aliviar la situación de la persona en crisis. Aparte de las habilidades individuales, la OMS también enfatiza la necesidad de fuertes vínculos entre profesionales de primera intervención y servicios de apoyo locales para facilitar la intervención y abordaje de la conducta suicida[200].

9. **Seguimiento coordinado de pacientes en riesgo**: mejorar la atención de las personas después de un intento de suicidio es importante para reducir intentos posteriores y una posible muerte. El seguimiento efectivo consiste en contactos periódicos breves en pacientes que han tenido un intento de suicidio. La provisión de un seguimiento de pacientes entre niveles y servicios es fundamental para disminuir el riesgo de suicidio[201]. El riesgo de intento de suicidio o muerte es mayor en el primer mes después del alta hospitalaria o la atención en el servicio de urgencias[202]. Hasta el 70% de las y los pacientes que son atendidos en el servicio de urgencias después de un intento de suicidio nunca asisten a su primera cita de seguimiento. Por lo tanto, el contacto de seguimiento, con personas de alto riesgo (por ejemplo, mediante llamadas, etc.) se ha mostrado muy efectivo a la hora de disminuir el riesgo de suicido y favorecer la transición entre servicios.
10. **Detección y abordaje de la conducta suicida en colectivos vulnerables**: algunos grupos de personas tienen un mayor riesgo de suicidio que la población general. Por ejemplo, las y los pacientes psiquiátricos, niños, niñas, adolescentes y personas mayores, son unos de los grupos de mayor riesgo. En consecuencia, la mejora del tratamiento, incluida la hospitalización psiquiátrica, tiene un potencial preventivo[20,37]. El soporte telefónico u otras formas de contacto y apoyo emocional se han mostrado eficaces para mitigar la ideación y el riesgo suicida[172]. En niños, niñas y adolescentes, algunos estudios sugieren que mejorar la capacidad de resolución de problemas, de afrontamiento del estrés y de mayor resiliencia potencia los factores protectores contra la conducta suicida[20]. En pacientes mayores, las intervenciones psicofarmacológicas parecen reducir los intentos de suicidio, al igual que el desarrollo de programas basados en la comunidad y proporcionar cuidados paliativos a personas con cáncer parece disminuir la incidencia de suicidios[172].
11. **Postvención**: mejorar la respuesta y el cuidado de las personas afectadas por un suicidio y proporcionar apoyo oportuno de seguimiento a las personas afectadas por el suicidio y por intentos de suicidio. La intervención postventiva se ha relacionado con una menor probabilidad de riesgo de suicidio[203], menores niveles de depresión[204,205] y de ansiedad[204]. El apoyo en el duelo ayuda a las personas supervivientes a mejorar su conciencia del impacto del suicidio y a combatir el estigma en torno al suicidio. Por tanto, se recomienda maximizar los recursos postventivos y las oportunidades para su acceso, incluso identificando a quienes no quieren recibir apoyo desde el principio, pero que puedan necesitarlo más adelante[206]. La evidencia también señala el desafío para los profesionales de primera intervención y emergencias, ya que tienen que controlar la escena para garantizar que se lleve a cabo una investigación, transmitir información sobre el suicidio a las familias, etc. Por ello, también debería tenerse en cuenta a la hora de hacer recomendaciones[206].
12. **Supervisión y coordinación:** crear y utilizar un organismo responsable de la gobernanza y la supervisión para promover y coordinar la investigación, la capacitación y la prestación de servicios en respuesta a la conducta suicida. La evaluación y seguimiento forma parte integrante de todo plan o estrategia de prevención del suicidio, y proporciona información sobre el progreso en su desarrollo. Esta información puede servir para monitorizar los resultados a corto, medio y largo plazo, introducir las modificaciones necesarias y orientar la futura planificación

y la asignación de recursos[207]. Permite mejorar la manera de planificar y administrar el plan o estrategia y sus medidas, establecer asociaciones integradoras y acciones que promuevan el aprendizaje y la mejora continua[208].

13. **Concienciación y reducción del estigma**: llevar a cabo campañas de información pública para promover el uso de los servicios de salud mental y ayudar a comprender que los suicidios se pueden prevenir y que la sociedad puede ayudar a prevenirlos. Las campañas de concienciación sobre el suicidio tienen como objetivo aumentar la capacidad para reconocer el riesgo, favorecer la búsqueda de ayuda, reducir el estigma y mejorar la comprensión sobre las causas del suicidio y los factores de riesgo. Este tipo de campañas son particularmente adecuadas para llegar a personas en riesgo que normalmente evitan la búsqueda de ayuda. Han mostrado ser efectivas para informar y aumentar el conocimiento de esta problemática en la población general[209]. Es importante hacerlas junto con otras estrategias ya que, por sí solas, no han demostrado gran impacto en la reducción de las tasas de suicidio.
14. **Fortalecer el apoyo económico:** poner el foco en el fortalecimiento de la seguridad financiera para reducir la dificultad económica y el estrés relacionados con la pérdida del trabajo o con otros problemas financieros no anticipados. Además, establecer políticas para ayudar a la estabilidad de la vivienda para aquellas personas vulnerables que lo necesitan en tiempos de inseguridad financiera[29,207].

En la Tabla 12 se presentan algunos de los ejemplos más relevantes en cuanto a líneas y medidas desarrolladas por países de nuestro entorno.

Tabla 12. Líneas estratégicas para la prevención del suicidio por países. Fuente: elaboración propia.

PAÍS	LÍNEAS ESTRATÉGICAS	ALGUNAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS
AUSTRALIA	**1.** Mejorar la evidencia y la comprensión de la prevención del suicidio. **2.** Desarrollar la resiliencia individual y la capacidad de autoayuda. **3.** Mejorar la resiliencia y la capacidad de la comunidad en la prevención del suicidio. **4.** Adoptar un enfoque coordinado para la prevención del suicidio. **5.** Proporcionar actividades específicas para la prevención del suicidio. **6.** Implementar estándares de calidad en la prevención del suicidio.	· Identificar las actividades e intervenciones para la prevención del suicidio, así como su impacto y relevancia en la incidencia de la conducta suicida. · Mejorar la evidencia sobre las señales de alerta, factores de riesgo y factores protectores. · Fortalecer la evidencia del suicidio mediante estudios sistemáticos, longitudinales y multidisciplinarios. · Mejorar la evidencia para identificar y abordar las necesidades de las y los supervivientes. · Crear un sistema nacional de registro estandarizado para las muertes por suicidio. · Promover programas para apoyar la adquisición de habilidades de resiliencia individual y comunitaria. · Proporcionar apoyo a profesionales que tienen un papel clave en la prevención del suicidio. · Desarrollar y promover programas para concienciar sobre la importancia del bienestar emocional, trastornos mentales y prevención del suicidio. · Promover el desarrollo y el intercambio de buenas prácticas en las comunidades locales. · Capacitar a las comunidades para identificar y responder a las señales de alerta y factores de riesgo asociados con el suicidio. · Aprovechar la capacidad de las escuelas, lugares de trabajo y otros entornos relevantes para identificar y brindar apoyo a las personas en riesgo. · Desarrollar herramientas y protocolos conjuntos entre servicios. · Diseñar e implementar recursos y herramientas para respaldar la prestación coordinada de servicios comunitarios. · Desarrollar y promover programas innovadores para llegar a poblaciones de alto riesgo que no tengan acceso a los servicios de salud. · Desarrollar sistemas de apoyo para personas que han intentado suicidarse y para sus familias. · Implementar directrices y herramientas de apoyo para mejorar las habilidades de trabajadores y trabajadoras de primera línea que interactúan de manera rutinaria con grupos de alto riesgo. · Desarrollar y planificar el alta de los recursos y el apoyo de la comunidad. · Desarrollar y promover estándares nacionales específicos para la prevención del suicidio. · Identificar las habilidades y la capacitación necesarias para trabajar eficazmente en la prevención del suicidio. · Promover la evaluación sistemática de las iniciativas de prevención del suicidio. · Promover el papel de la evaluación y la investigación para aumentar la evidencia sobre el suicidio y ayudar en la mejora continua.

PAÍS	LÍNEAS ESTRATÉGICAS	ALGUNAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS
ESTADOS UNIDOS	**1.** Empoderar a las familias y a la comunidad. **2.** Promover servicios preventivos clínicos y comunitarios. **3.** Tratamiento y servicios de soporte. **4.** Vigilancia, investigación y evaluación.	· Desarrollar y mantener alianzas público-privadas para avanzar en la prevención del suicidio. · Integrar la prevención del suicidio en los valores, la cultura, el liderazgo y el trabajo de las organizaciones y programas para apoyar las actividades de prevención del suicidio. · Aumentar los mensajes positivos que apoyen estrategias adaptativas de intervención en crisis. · Aumentar el conocimiento de las señales de alerta y de cómo conectar a las personas en crisis con los servicios de asistencia y cuidado. · Alentar y reconocer a los medios de comunicación que desarrollan e implementan políticas y prácticas que abordan la información responsable del suicidio. · Desarrollar e implementar protocolos y programas para personal de primeros auxilios, personal de atención en crisis sobre cómo implementar estrategias efectivas para comunicar y gestionar de manera colaborativa el riesgo de suicidio. · Alentar a proveedores que interactúan con personas en riesgo de suicidio a que evalúen rutinariamente el acceso a medios letales. · Asumir la meta de "cero suicidios" en los servicios de atención médica y apoyo comunitario que brindan servicios y apoyo a poblaciones de pacientes en riesgo. · Promover el acceso oportuno a la evaluación, la intervención y la atención efectiva para las personas con mayor riesgo de suicidio. · Desarrollar herramientas de colaboración entre emergencias y especializada para proporcionar alternativas a la atención al alta, y para promover un seguimiento rápido después del alta. · Evaluar la ideación y la conducta suicida en todos los pacientes. · Adoptar e implementar políticas y procedimientos para evaluar el riesgo de suicidio, promover la seguridad y reducir las conductas suicidas entre pacientes que reciben atención para trastornos de salud mental y/o abuso de sustancias. · Involucrar a sobrevivientes de los intentos de suicidio en servicios de apoyo y tratamiento en la comunidad. · Mejorar la presentación de informes de registros y datos de la conducta suicida. · Aumentar el número de encuestas y otros instrumentos de recopilación de información que incluyan preguntas sobre conducta suicidas, factores de riesgo, etc., en la población. · Evaluar la efectividad de las intervenciones de prevención del suicidio. · Examinar cómo se implementan las estrategias de prevención del suicidio en otros países para identificar los tipos de estructuras que pueden ser más eficientes y efectivas. · Evaluar el impacto y la efectividad de la Estrategia en la reducción de la morbilidad y mortalidad por suicidio.

PAÍS	LÍNEAS ESTRATÉGICAS	ALGUNAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS
IRLANDA	**1.** Mejorar la comprensión y la actitud respecto de la conducta suicida y la salud mental. **2.** Apoyar a las comunidades locales para prevenir y responder ante el suicidio. **3.** Realizar intervenciones específicas en grupos prioritarios. **4.** Mejorar el acceso e integración de servicios para personas con riesgo suicida. **5.** Garantizar servicios seguros y de alta calidad para las personas vulnerables al suicidio. **6.** Reducir y restringir el acceso a medios letales. **7.** Mejorar la vigilancia, la evaluación y la investigación.	· Desarrollar campañas coordinadas de comunicación para la promoción de la salud mental. · Informar sobre los servicios de salud mental y mecanismos de acceso y derivación. · Desarrollar campañas para reducir el estigma asociado a la conducta suicida. · Usar páginas web para difundir buenas prácticas e informar correctamente sobre la conducta suicida. · Brindar a las organizaciones comunitarias directrices, protocolos y capacitación sobre la prevención efectiva del suicidio. · Desarrollar programas de promoción de la salud mental en entornos comunitarios para grupos de alto riesgo. · Integrar la prevención del suicidio en el desarrollo de políticas, planes y programas nacionales. · Desarrollar protocolos operacionales entre servicios. · Brindar capacitación para profesionales de primera línea- atención primaria. · Implementar programas de intervención temprana y prevención de abuso de consumo de alcohol. · Implementar políticas y programas de prevención en las escuelas. · Brindar un servicio coordinado, uniforme, 24/7, que tenga protocolos de atención desde atención primaria a servicios de salud mental. · Prestar una valoración uniforme en los servicios de acuerdo a guías establecidas. · Brindar intervenciones accesibles y uniformes de base psicosocial, tanto en atención primaria como especializada. · Desarrollar estándares de calidad para los servicios de prevención del suicidio. · Desarrollo de repositorios de herramientas, recursos, directrices y protocolos basados en la evidencia. · Desarrollar un procedimiento uniforme para responder a la conducta suicida en salud mental. · Trabajar con las y los profesionales para reducir la prescripción inapropiada de medicamentos. · Reunir información sobre las características de la conducta suicida en colectivos de alto riesgo. · Reunir, analizar y difundir datos de alta calidad respecto a la conducta suicida. · Crear alianzas con centros de excelencia para apoyar la evaluación y la investigación en conducta suicida.

PAÍS	LÍNEAS ESTRATÉGICAS	ALGUNAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS
REINO UNIDO	**1.** Reducir el riesgo de suicidio en grupos de alto riesgo. **2.** Mejorar la salud mental en grupos específicos. **3.** Reducir el acceso a medios letales. **4.** Proporcionar información y apoyo a las personas afectadas por el suicidio.	· Proveer servicios de alta calidad que sean accesibles para reducir el riesgo de suicidio en personas con problemas de salud mental. · Mejorar los protocolos de atención entre emergencias, atención primaria y secundaria, atención hospitalaria y comunitaria y al alta hospitalaria. · Mejorar comunicación entre la atención secundaria y primaria, ya que muchas personas que acuden a los servicios de urgencias después de un episodio de autolesión consultan a su médico o médica de AP poco después. · Evaluar de forma oportuna y efectiva a todas las personas vulnerables para una rápida identificación y derivación a los servicios de apoyo apropiados. · Evaluar de forma rutinaria la depresión como parte de la planificación de atención personalizada. · Concienciar sobre el suicidio y capacitar a las personas para reconocer y responder a las señales de alerta de suicidio en sí mismas o en otras. · Estar atentos y responder a métodos y lugares de suicidio nuevos o inusuales. · Proveer apoyo emocional, eficaz y oportuno a las familias en duelo o afectadas por el suicidio para ayudar en el proceso de duelo, prevenir la angustia emocional y apoyar su recuperación.

ANEXO 5. MARCO NORMATIVO Y PLANIFICADOR EN LA CAE

1. MARCO NORMATIVO

La **Ley Orgánica 3/1979**[210], de Estatuto de Autonomía para el País Vasco, de 18 de diciembre, atribuye a la Comunidad las competencias de desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación en materia de sanidad interior, "pudiendo organizar y administrar a tales fines, y dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de Sanidad".

La **Ley de Ordenación Sanitaria** (8/1997)[211] delimita las actuaciones que permiten hacer efectivo el derecho de la ciudadanía vasca del derecho a la protección y el cuidado de la salud. Esta Ley, en su artículo 2, señala que: corresponde a todos los poderes "públicos vascos la misión preferente de promocionar y reforzar la salud en cada uno de los sectores de la actividad socioeconómica, con el fin de estimular los hábitos de vida saludables, la eliminación de los factores de riesgo, la anulación de la incidencia de efectos negativos y la sensibilización y concienciación sobre el lugar preponderante que por su naturaleza le corresponde".

Igualmente, confiere al Gobierno Vasco la competencia de "preservar ese marco institucional de la salud en Euskadi, dirigiendo las recomendaciones o adoptando las medidas que estime oportunas para velar por su consideración en todas las políticas sectoriales, así como propiciando el diseño de acciones positivas multidisciplinares que complementen a las estrictamente sanitarias para lograr una mejora continua del nivel de salud de la población. Para lo cual insta al establecimiento de acciones necesarias de cooperación con las Administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales al objeto de garantizar la continuidad en la atención a los problemas o situaciones sociales que concurran en los procesos de enfermedad o pérdida de la salud".

En el artículo 3, atribuye a la Administración sanitaria vasca la tutela general de la salud pública a través de medidas preventivas, de promoción de la salud y de prestaciones sanitarias individuales. Así mismo, le corresponde "garantizar un dispositivo adecuado de medios para la provisión de las prestaciones aseguradas con carácter público, a través fundamentalmente de la dotación, mantenimiento y mejora de la organización de los medios".

En el artículo 5, se crea el sistema sanitario de Euskadi, que tiene como objetivo "el mantenimiento, la recuperación y mejora del nivel de salud de la población y que está configurado con un carácter integral por todos los recursos sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de la Euskadi".

La **Ley 12/2008**[212], de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, tiene por objeto "promover y garantizar en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco el derecho a las prestaciones y servicios de servicios sociales mediante la regulación y ordenación de un Sistema Vasco de Servicios Sociales de carácter universal". En el caso de la atención en Salud Mental, el artículo 46, considera que "constituyen colectivos particularmente susceptibles de ser atendidos en el marco de la atención sociosanitaria", pudiendo constituir dispositivos exclusivamente sociosanitarios, así como unidades específicamente sociosanitarias insertas en dispositivos o establecimientos de carácter más amplio, con

el fin de mejorar la "coordinación e integración del trabajo social y sanitario, buscando un mejor servicio a las personas atendidas y una mayor sinergia y aprovechamiento de recursos". La coordinación sociosanitaria, y en particular la coordinación de la atención personalizada "se articulará a través de programas o procesos de intervención en los que tomarán parte servicios de ambos sistemas, velándose por la continuidad de cuidados".

El **Decreto 69/2011**[213], de 11 de abril, regula las funciones, la composición y las pautas básicas de funcionamiento del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, en aplicación y desarrollo del artículo 46.6 de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria es el órgano que articula, a nivel autonómico, la cooperación y la coordinación entre el Sistema Vasco de Servicios Sociales y el Sistema Sanitario de Euskadi. Con carácter general, el Consejo tiene por finalidad la orientación y el seguimiento de las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de coordinación sociosanitaria. Así mismo, entre sus funciones, debe velar por "promover y apoyar la creación y el funcionamiento de los cauces de coordinación que deberán existir a nivel foral y municipal, en forma de consejos territoriales, comisiones u otros órganos de carácter mixto, orientados a promover y facilitar la coordinación sociosanitaria en los niveles de atención primaria y secundaria, así como en el marco del trabajo interdisciplinar y en el diseño de los itinerarios de intervención con las personas usuarias".

El **Decreto 147/2015**[214], de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de la CAE, tiene por objeto concretar el conjunto de derechos y obligaciones y regular los servicios encargados de velar por su cumplimiento. En concreto, pacientes o personas usuarias tienen derecho, entre otros, a ser tratados con respeto y corrección en un clima de seguridad y confianza, a recibir la información disponible sobre su salud, de forma comprensible y adecuada a las circunstancias y a su capacidad; a que toda intervención terapéutica se realice con su consentimiento libre y voluntario; a negarse al tratamiento, aunque esto pudiera perjudicar su salud o conducirle a la muerte (salvo en los casos determinados en la ley) y a la seguridad clínica con mecanismos adecuados de detección y prevención de riesgos.

En relación con la organización y gestión del sistema sanitario de la CAE, las personas usuarias tienen derecho "a disponer de un sistema sanitario eficiente y adecuado a las necesidades de salud de la población, con accesibilidad, efectividad y eficiente uso de los recursos sanitarios públicos, y con mecanismos profesionales de garantía de calidad asistencial que incluyan sistemas de evaluación y mejora continua".

En relación con las políticas sanitarias específicas, "el paciente o usuario tiene derecho, entre otros, a que se desarrollen políticas de salud pública y se sigan protocolos o programas de protección específica para las personas pertenecientes a colectivos vulnerables".

2. MARCO PLANIFICADOR

2.1. ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DE LA CAE 2010

La Estrategia de salud mental de la CAE de 2010[54] concibe la salud mental como un valor, por lo que exhorta a cambiar el énfasis desde la perspectiva tradicional, centrada en los trastornos mentales, hacia una nueva perspectiva que tome en consideración la promoción de la salud mental. Entre sus objetivos, "busca formular, realizar y evaluar acciones orientadas a asesorar, informar y sensibilizar a los y las responsables institucionales de las administraciones vascas, para su participación en los días mundiales específicos (salud mental, prevención del suicidio)".

Como línea de prevención, la Estrategia alienta a realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo. Para ello proponen como acciones prioritarias:

- "Tener una política de comunicación coherente, que supone manejar las tasas de suicidio de forma completa y responsable (desde ámbitos institucionales e informativos), y dar una respuesta profesional en forma estructurada y desde la perspectiva clínica".
- "Desarrollar la oferta preferente en atención primaria en relación con el diagnóstico y tratamiento de la depresión".
- "Elaborar una guía clínica de la atención a la depresión en atención primaria (atención de episodios completos, manejo de psicofármacos, psicoterapia)".
- "Desarrollar acciones de prevención dirigidas a familiares en primer grado y en situación de riesgo (cuidadores): detección precoz de síntomas depresivos".
- "Plantear la generalización como buena práctica de intervenciones grupales dirigidas a grupos de riesgo específicos (pacientes con intentos previos de suicidio)".

2.2. POLÍTICAS DE SALUD PARA LA CAE 2013-2020

El Plan de Salud 2013-2020[55] constituye el documento guía para el desarrollo de las políticas en materia de salud en la CAE. Respecto a la enfermedad mental, el plan define como acciones para garantizar la atención adecuada de estas y estos pacientes:

- "Protocolizar medidas para la prevención del suicidio a nivel comunitario y en personas con diagnóstico de enfermedad mental y/o factores de riesgo, teniendo en cuenta la perspectiva de género".
- "Continuar el desarrollo y perfeccionamiento de los planes individualizados de tratamiento (PIT)".
- "Orientar el proceso asistencial hacia el ámbito comunitario en los trastornos mentales graves prolongados".
- "Mejorar la coordinación entre salud mental y atención primaria".

El plan establece como objetivo a 2020 la disminución de la mortalidad por suicidio en un 10% en hombres y en un 5% en mujeres. El informe anual de resultados del Plan 2017[215], evidencia que, a pesar de que el objetivo en tasa de mortalidad por suicidio (de 15 a 29 años) en los chicos ha disminuido (7.1 vs 4.6) y tiene una tendencia hacia la consecución del objetivo, en las chicas ha habido un empeoramiento con relación a la situación basal (1.6 vs 3.7).

2.3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS. DEPARTAMENTO DE SALUD 2017-2020

Las líneas generales contempladas en este documento guían la acción del Departamento de Salud en el periodo 2017-2020, teniendo como eje central la mejora de los resultados en salud y la calidad de vida de las personas que viven en la CAE, establecido en el Plan de Salud 2013-2010. Entre sus líneas y concretamente relacionado con la problemática del suicidio, la línea sobre sostenibilidad y modernización del sistema sanitario señala que, "a través del Consejo Sanitario, se potenciarán los programas de seguimiento no presencial (servicio telefónico) de pacientes crónicos y otros programas específicos (entre otros, la prevención del suicidio y cuidados paliativos)[56]".

2.4. RETOS Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE OSAKIDETZA 2017-2020

Las líneas estratégicas marcadas por el Departamento de Salud, entre las que se apuesta por construir una Osakidetza moderna y comprometida con la sociedad vasca, constituyen los ejes principales desde los que Osakidetza debe dar respuesta a la necesidad de establecer actuaciones de manera coordinada con otros agentes que intervienen en la salud de la ciudadanía o con el propio ciudadano buscando su participación activa. Específicamente, uno de los objetivos como respuesta al reto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad es "desplegar el protocolo de prevención del suicidio".

De igual forma, ante el reto de la integración asistencial y cronicidad, se aboga por "ahondar en la coordinación integral de todos los recursos primarios, especializados y hospitalarios para el abordaje de las patologías emergentes en psiquiatría, tales como los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y la prevención del suicidio[57]".

2.5. ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2020

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2017-2020[58] recoge las diferentes líneas de acción y de proyectos en materia de seguridad del y de la paciente impulsados por el sistema sanitario vasco como prioridad absoluta en términos de salud de las personas, como para la sostenibilidad del sistema. Con relación a la atención en salud mental, específicamente, se plantea como objetivo el desarrollo de mecanismos y procedimientos específicos de identificación inequívoca para pacientes ingresados en unidades de media-larga estancia de salud mental, y homogeneizar su uso en las diferentes organizaciones de servicios, evitando elementos que puedan suponer en estos casos un factor estigmatizador. Igualmente, es considerado como objetivo abordar la seguridad en las áreas de Urgencias, incluyendo los servicios de Urgencias Hospitalarias (Urgencias Generales, de Pediatría y de Salud Mental) y de Atención Primaria (Puntos de Atención Continuada o PAC).

2.6. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EUSKADI 2017-2020

Las prioridades estratégicas de atención sociosanitaria Euskadi 2017-2020[59] nacen con el objetivo de dar prioridad a los proyectos de coordinación y orientar las actuaciones futuras para dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de la ciudadanía. Concretamente, en Salud Mental, una de las prioridades y objetivos es definir rutas asistenciales sociosanitarias para la atención de los diferentes colectivos diana (personas con discapacidad y/o en situación de dependencia, personas en riesgo de exclusión y desprotección, niños y niñas con necesidades especiales, personas afectadas por un trastorno mental y otros colectivos, mujeres víctimas de violencia machista, etc.), "en colaboración con las y los agentes sociales, sanitarios y comunitarios clave de modo que se proporcione una respuesta integral y coordinada a las necesidades de cada colectivo desde la continuidad de cuidados y en pro de una gestión eficiente de los recursos".

REFERENCIAS

1 Organización Mundial de la Salud (OMS). Notas descriptivas-Suicidio. [Internet]. Disponible en: https://bit.ly/2Hdc1vE [acceso 1 de setiembre de 2018].

2 Organización Mundial de la Salud OMS). Tasas suicidio por 100.000 habitantes. [Internet]. Disponible en: https://bit.ly/2ofaXAK. [acceso 1 de setiembre de 2018].

3 El Mundo. Suicidios: la epidemia del siglo XXI. [Internet]. Disponible en: https://bit.ly/2QETqOP [acceso 1 de setiembre de 2018].

4 Anseán-Ramos, A. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2ª edición. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014.

5 Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Washington, 2014.

6 Stone DM, Holland KM, Bartholow B, Crosby AE, Davis S and Wilkins N. Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices. Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Atlanta. 2017.

7 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

8 Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la prevención del suicidio, 2014. [Internet]. Disponible en: https://bit.ly/1t3hxUw. [acceso 1 de septiembre de 2018].

9 Payne S, Swami V, Stanistreet D. The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. Journal of Men's Health. 2008 Mar;5 (1):23-35.

10 Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidios: datos y cifras, 2018. [Internet]. Disponible en: https://bit.ly/2Hdc1vE. [acceso 1 de septiembre de 2018].

11 Canetto SS, Lester D. Gender, culture, and suicidal behavior. Transcultural Psychiatry, 1998; 35(2):163-190.

12 Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. Br. J. Psychiatry. 2000; 177:484-5.

13 OECD. Health a Glance - OCDE Indicators 2017. OECD. Paris: 2018. [Internet]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en [acceso 1 de septiembre de 2018].

14 OECD (2018), Suicide rates (indicator). [Internet]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/a82f3459-en [acceso 1 de septiembre de 2018].

15 Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicido. Datos de Suicidio 2016. [Internet]Disponible en : https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/. [acceso 1 de septiembre de 2018].

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

17 Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. Emergencias. 2008; 20:32831.

18 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. An Med Interna. 2004 ;21(2):628.

19 Suicide Prevention Resource Center. Preventing suicide among men in the middle years: recommendations for suicide prevention programs. Waltham, MA: Education Development Center, Inc; 2016.

20 Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294(16):2064-74.

21 Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression and attempted suicide. Am J Psychiatry. 1973;130(4):455-459.

22 Cavanagh JTO. Carson AJ, Sharpe M and Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychological Medicine. 2003, 33, 395-405.

23 Pearson JL, Conwell Y. Suicide in late life: challenges and opportunities for research. lnt Psychogeriatr. 1995;7(2):131-136.

24 Kennedy GJ, Tanenbaum S. Suicide and aging: international perspectives. Pyschiatr Q. 2000; 71:345-359.

25 Lester D. Suicidal behavior in men and women. Ment Hyg. 1969;53(3):340-345.

26 Earls F. Sex differences in psychiatric disorders: origins and developmental influences. Psychiatr Dev. 1987;5(1):1-23.

27 OECD/EU Health at a Glance: Europe 2016-State of Health in the EU Cycle. OECD. Paris: 2016. [Internet]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en [acceso 1 de septiembre de 2018].

28 Heikkinen M, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events and their role in suicide as seen by the spouses. Acta Psychiatr Scand. 1992a;86(6):489-494.

29 Fowler KA, Gladden RM, Vagi KJ, Barnes J, Frazier L. Increase in suicides associated with home eviction and foreclosure during the US housing crisis: findings from 16 National Violent Death Reporting System States, 2005-2010. Am J Public Health. 2015;105(2):311-31.

30 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. Psychological Medicine. 2006;36(1),45-55.

31 Bobes-García J, Giner-Ubago J, Saiz-Ruiz J. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela. 2011.

32 Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, BotegaNJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trail in five countries. Bulletin of the World Health Organization. 2008; 86 (9), 703-709.

33 Government of Western Australia. Mental Health Commission. Suicide Prevention 2020. Together We Can Save Lifes. [Internet] Disponible en: https://www.mhc.wa.gov.au/about-us/strategic-direction/suicide-prevention-2020-together-we-can-save-lives/ [acceso 1 de septiembre de 2018].

34 World Health Organization. Preventing Suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014

35 Gordon, R. An operational classification of disease prevention. Public Health Reports. 1983; 98:107–109.

36 Murphy GE, Amstrong JW. Hermele SL. Fischer JR: Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor. Arch Gen Psychiatry. 1979; 36:65-69.

37 Van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S. Grum, A.T. Hegerl, U. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. Crisis, 2011, 32(6), 319-333.

38 Sisask M, Värnik A. Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2012;9 (1):123-138.

39 Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2016.

40 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Psychological Therapies in the Community Setting for the Prevention and Management of Suicides: Clinical Evidence. Rapid Response. Report No.: Project Number: RB0357-000. Canada. 2011.

41 Balaguru V, Sharma J, Waheed W. Understanding the effectiveness of school-based interventions to prevent suicide: a realist review. Child and Adolescent Mental Health. 2013, 18, 131-139.

42 Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, et al. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide- related behavior in young people. Crisis. 2013;34(3):164-82.

43 Black Dog Institute. An evidence-based systems approach to suicide prevention: guidance on planning, commissioning and monitoring. Australia. 2016.

44 O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2013;158(10):741-54.

45 Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. Crisis. 2013;34(1):32-41.

46 Esther L Meerwijk, Amrita Parekh, Maria A Oquendo, I Elaine Allen, Linda S Franck, Kathryn A Lee Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2016; 3: 544-54.

47 Brown GK, Jager-Hyman S. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. American Journal of Preventive Medicine. 2014, 47, 186-194.

48 National Action Alliance for Suicide Prevention: Transforming Health Systems Initiative Work Group. Recommended standard care for people with suicide risk: Making health care suicide safe. Washington, DC: Education Development Center, Inc. Washington. 2018.

49 Parra Uribe, I. Estudio de seguimiento a 5 años de las tentativas autolíticas atendidas en el área sanitaria del Vallés Occidental Este. Comparación de las características psicopatológicas con los suicidios consumados. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona 2017.

50 Olson R. Aiming for Perfection: The Zero Suicide Movement. Center for Suicide Prevention. Info Exchange. Article 23.

51 Scott A, Guo B. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2012.

52 Beautrais AL, Larkin GL. Suicide Prevention. En Knifton L, Quinn, N (Eds.,) Public Mental Health: Global Perspectives. McGraw-Hill. 2013, pp. 59-70

53 Hirji, M., Wilson, M., Yacoub, K., Bhuiya, A. Rapid Synthesis: Identifying Suicide-prevention interventions. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum, 30 june 2014.

54 Gobierno Vasco – Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Estrategia en Salud Mental de la CAPV. ESM – 2010.

55 Gobierno Vasco – Departamento de Salud. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020.

56 Gobierno Vasco – Departamento de Salud. Líneas Estratégicas 2017-2020.

57 Gobierno Vasco – Departamento de Salud. Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020.

58 Gobierno Vasco – Osakidetza. Estrategia de Seguridad del Paciente 2020.

59 Gobierno Vasco – Departamento de Salud, Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020. Dos sistemas, un objetivo: las personas.

60 Gobierno Vasco-Departamento de Salud. Encuesta de Salud. [Internet]. Disponible en: http://www.euskadi.eus/encuesta-salud/inicio/ [acceso 1 de septiembre de 2018].

61 Blasco MJ, Castellví P, Almenara J, Lagares C, Roca M, Sesé A, Piqueras JA, Soto-Sanz V, Rodríguez-Marín J, Echeburúa E, Gabilondo A, Cebrià A, Miranda-Mendizábal A, Vilagut G, Bruffaerts R, Auerbach R, Kessler R, Alonso J. On behalf of the UNIVERSAL study group. Predictive models for suicidal thoughts and behaviors among Spanish University students: rationale and methods of the UNIVERSAL (University & mental health) project. BMC Psychiatry. 2016,16:122.

62 Gobierno Vasco- Departamento de Salud. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Especializada (CMBD-AE) de Euskadi, 2018.

63 López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2007. Informe nº: Osteba D-07-02.

64 Pellón Ruiz A. Estudio descriptivo de pacientes atendidos en un Hospital General tras tentativa suicida en Guipúzcoa. Trabajo Fin del Máster en Iniciación a la Investigación en Salud Mental. 2016. Universidad de Cantabria. 2016.

65 Aparicio Basauri V. El suicidio: un estudio de Gipuzkoa. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 1985;(V): 0/3.

66 Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989- 1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand. 1996; 93(5): 327–38).

67 García Ormaza J. Suicidio y desempleo: Barakaldo 2003-2014. Tesis Doctoral. Departamento de Neurociencias de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

68 Gobierno Vasco. IV Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias de la Comunidad Autónoma de Euskadi para el periodo 2018-2022. Invertir en las familias, invertir en la infancia. [Internet] Disponible en: https://bit.ly/2Eh4peF [acceso 1 de diciembre de 2018].

69 Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Consejo Ejecutivo. 132.ª reunión. EB132/8 de 11 de enero de 2013. Punto 6.3 del orden del día provisional.

70 World Health Organization. Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Denmark: 2015.

71 World Health Organization. Regional Office for Europe. Regional Committee for Europe. Health 2020 policy framework and strategy. Sixty-second session. Malta, 10-13 September 2012.

72 Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental (2008/2209(INI)). [Internet] Disponible en: http://www.europarl.europa.eu [acceso 1 de septiembre de 2018].

73 Constitución Española. Boletín Oficial del Estado. Gaceta de Madrid, 29 de diciembre de 1978, número 311, pp. 29313 a 29424.

74 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, número 102, pp. 15207 a 15224.

75 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 29 de mayo de 2008, número 128, pp. 20567 a 20588.

76 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. Boletín Oficial del Estado, 16 de septiembre de 2006, número 22, pp. 32650 a 32679.

77 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, número 299, pp. 44142 a 44156.

78 Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, 5 de octubre de 2011, número 240, pp. 104593 a 104626.

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

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

81 Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. Arch Gen Psychiatry, 1997; 54:337-343.

82 Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.

83 World Health Organization. World report on violence and health. Geneva, 2002.

84 Montgomery SA, Montgomery D. Pharmacological prevention of suicidal behaviour. J Affect Disord. 1982;4(4):291-298.

85 Lester D. Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders: a meta-analysis. J Affect Disord. 1993;27(2) :117-121.

86 Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, et al. Suicide in major depression. Am J Psychiatry. 1994a;151(4):530-536.

87 Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, et al. Suicidality in patients with pure and depressive mania. Am J Psychiatry. 1994 ;151(9):1312-1315.

88 Allebeck P, Allgulander C. Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse. ActaPsychiatr Scand. 1990b;81(6):565-570.

89 Unikel C, Von Holle A, Bulik CM, Ocampo R. Disordered eatingand suicidal intent: The role of thin ideal internalisation, shameand family criticism. Eur Eat Disord Rev. 2012;20(1):39-48.

90 Sansone RA, Sansone LA. Self-harm behavior and eatingdisorders. En P. I., Swain, ed. Eating disorders: New research. New York: Nova Publications; 2005. p. 1-17.

91 Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. Suicide Life ThreatBehav. 2007;37(4):409-21.

92 Suokas JT, Suvisaari JM, Grainger M, Raevuori A, Gissler M, Haukka J. Suicide attempts andmortality in eating disorders: a follow-up study of eating disorder patients. General Hospital Psychiatry. 2014;36(3), 355-357.

93 Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psycho-socially vulnerable. International Journal of Epidemiology. 2001;30(1):154-162.

94 Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. Drug & Alcohol Dependence. 2004;76(Suppl.): S11-S19.

95 Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. Arch Suicide Res. 2009;13(4):303-16.

96 James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. Acta Psychiatr Scand. 2004 Dec; 110(6):408-15.

97 Wintemute GJ, Parham CA, Beaumont JJ, Wright M, Drake C. Mortality among recent purchasers of handguns. N Engl J Med. 1999;341(21):1583-1589.

98 Lecubrier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behavior. EurPsychiatry.2001;16:395-399.

99 McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris F, Jepson R. Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: a literature review. Edinburgh: Scottish Government Social Research; 2008.

100 Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2006 Mar;113(3):180-206.

101 Smith MM, Sherry SB, Chen S, SaklofskeDH1, Mushquash C, Flett GL, Hewitt PL.The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship.J Pers. 2018 Jun;86(3):522-542.

102 Joiner TE, et al. "The psychology and neurobiology of suicidal behavior." Annu. Rev. Psychol; 2005. 56: 287-314.

103 Catalan J, Harding R, Sibley E, Clucas C, Croome N, Sherr L. HIV infection and mentalhealth: suicidal behavior systematic review. Psychol Health Med. 2011;16(5):588-611.

104 Feinstein A, Pavisian B. Multiple sclerosis and suicide. Mult Scler. 2017 Jun;23(7):923-927.

105 Bellivier F, Chaste P, Malafosse A. Association between the TPH gene A218C polymorphism and suicidal behavior: a meta-analysis. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2004;124B:87-91.

106 Clayden RC, Zaruk A, Meyre D, Thabane L, Samaan Z. The association of attempted suicide with genetic variants in the SLC6A4 and TPH genes depends on the definition of suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. Trans l Psychiatry. 2012.

107 Kia-Keating BM, Glatt SJ, Tsuang MT. Meta-analyses suggest association between COMT, but not HTR1B, alleles, and suicidal behavior. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2007;144B:1048-53.

108 Zai CC, Manchia M, De Luca V, Tiwari AK, Chowdhury NI, Zai GC, et al. The brain-derived neurotrophic factor gene in suicidal behaviour: a metaanalysis. Int J Neuropsychopharmacol. 2012;15(8):1037-42.

109 Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. Clinical Psychology Science and Practice. 1996, 3, 25–36.

110 Pearson JL, Conwell Y. Suicide in late life: challenges and opportunities for research. lnt Psychogeriatr. 1995;7(2):131-136.

111 Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand. 1996;93(5):327-338.

112 Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Lyness JM, Cox C, Caine ED. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. Am J Geriatr Psychiatry. 1999; 7:289-296.

113 Callahan CM, Hendrie HC, Nienaber NA, Tierney WM. Suicidal ideation among older primary care patients. J Am Geriatr Soc.1996; 44:1205-1209.

114 Linden M, Barnow S. IPA/Bayer research awards in psychogeriatrics. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Aging Study. Int Psychogeriatr. 1997; 9:291-307.

115 Lish JD, Zimmerman M, Farber NJ, Lush DT, Kuzma MA, Plescia G. Suicide screening in a primary care setting at a Veterans Affairs Medical Center. Psychosomatics. 1996; 37:413-424.

116 Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. Soc Sci Med. 2011 Feb;72(4):608-16.

117 Cerel J, Frey LM, Maple M, Kinner DG. Parents with suicidal behavior: Parenting is not always protective. J. Child Fam. Stud. 2016; 25:2327–2336.

118 Geulayov G, Metcalfe C, Heron J, Kidger J, Gunnell D. Parental suicide attempt and offspring self-harm and suicidal thoughts: Results from the avon longitudinal study of parents and children (alspac) birth cohort. J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry. 2014;53:509-517.

119 Jeglice L, Sharp IR, Chapman JE, Brown GK, Beck AT. History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. Arch. Suicide Res. 2005;9:135-146.

120 Lieb R, Bronisch T, Hofler M, Schreier A, Wittchen HU. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: Findings from a community study. Am J Psychiatry. 2005; 162:1665-1671.

121 Griffiths C, Ladva G, Brock A, Baker A. Trends in suicide by marital status in England and Wales, 1982–2005. Office for National Statistics.

122 Meltzer H, Lader D, Corbin T Et al. Non-fatal suicide behaviour among adults aged 16–74 in Great Britain The Stationery Office: London, 2002.

123 Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completes suicide: metaanalyses based on psychological studies. Environ Health Prev Med. 2008; 13:243-56.

124 Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013;8(1): e51333.

125 Kim C, Cho Y. Does Unstable Employment Have an Association with Suicide Rates among the Young?. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(5), 470.

126 Elliott JL, Frude N. Stress, coping styles, and hopelessness in self-poisoners. Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide Prevention. 2001; 22(1):20-26.

127 Everall RD, Altrows KJ, Paulson BL. Creating a future: a study of resilience in suicidal female adolescents. Journal of Counseling & Development. 2006;84(4):461-471

128 Meadows LA, Kaslow NJ, Thompson MP, Jurkovic GJ. Protective factors against suicide attempt risk among African-American women experiencing intimate partner violence. American Journal of Community Psychology. 2005;36(1-2):109-121.

129 Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. Br J Psychiatry. 1998; 173:462-474.

130 Stenager EN, Jensen K. Attempted suicide and contact with the primary health authorities. Acta Psychiatr Scand. 1994;90(2):109-113.

131 Barber CW, Miller MJ. Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. Am J Prev Med. 2014 Sep;47(3 Suppl 2): S264-72.

132 Hoppe SK, Martin HW. Patterns of suicide among Mexican Americans and Anglos, 1960-1980. Soc Psychiatry. 1986;21(2):83-88.

133 Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine. 2002;11(5):465-476.

134 Donald M, Dower J, Correa-Vélez I, Jones M. Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006;40(1):87-96.

135 Kidd S, Henrich CC, Brookmeyer KA, Davidson L, King RA, Shahar G. The social context of adolescent suicide attempts: Interactive effects of parent, peer, and school social relations. Suicide Life Threat Behav. Suicide Life Threat Behav. 2006;36(4):386-395.

136 Flouri E, Buchanan A. The protective role of parental involvement in adolescent suicide. Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide. 2002;23(1):17-22.

137 Dervic K, Oquendo MA, Currier D, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ. Moral objections to suicide: Can they counteract suicidality in patients with cluster B psychopathology? Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67(4):620-625.

138 Durkheim E. El suicidio. Madrid: Akal; 1982.

139 Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. Am J Psychiatry. 2000;157(7):1084-1088.

140 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.

141 Adam KS. Environmental, psychosocial, and psychoanalytic aspects of suicidal behaviour. En: Blumenthal SJ, Kupfer DJ (eds.). Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. Washington DC: American Psychiatric Press; 1990, 39-96.

142 Yufit RI, Bongar B. Suicide, stress, and coping with life cycle events. En: Maris RW, Berman AL (eds.). Assessment and prediction of suicide. New York: The Guilford Press; 1992.

143 Conwell Y, Duberstain PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. Am J Geriatr Psychiatry. 1998; 6:122-126.

144 Dyer JA, Kreitman N. Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. Br J Psychiatry. 1984; 144:127-133.

145 Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Jan;46(1):40–9.

146 Hinduja S, PatchinJW. Bullying, cyberbullying, and suicide. Arch Suicide Res. 2010;14(3):206-21.

147 John A, Glendenning AC, Marchant A, Montgomery P, Stewart A, Wood S, Hawton K. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. Journal of Medical Internet Research. 2018;20(4), e129.

148 Navío-Acosta M., Villoria-Borrego L. Capítulo 6: Factores de riesgo de la conducta suicida. En: Anseán-Ramos. 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.

149 Afifi TO, MacMillan H, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. Journal of Interpersonal Violence. 2009;24(8):1398-1417.

150 Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in teh WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. Lancet. 2008;371(9619):1165-1172.

151 Cavanaugh, C. E., Messing, J. T., Del-Colle, M., O'Sullivan, C., & Campbell, J. C. Prevalence and Correlates of Suicidal Behavior among Adult Female Victims of Intimate Partner Violence. Suicide & Life-Threatening Behavior. 2011; 41(4),372-383.

152 Wilcox HC, Storr CL, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban American young adults. Archives of General Psychiatry. 2009;66(3):305–311.

153 Hedtke KA, Ruggiero KJ, Fitzgerald MM, Zinzow HM, Saunders BE, Resnick HS, et al. A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation to mental health and substance use. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008;76(4):633-647.

154 Víctimas mortales por violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

155 Remafedi G, Farrow JA, Deisher RW. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. Pediatrics. 1991; 87:869-875.

156 Fenaughty J, Harre N. Life on the seesaw: A qualitative study of suicide resiliency factors for young gay men. Journal of Homosexuality. 2003;45(1):1-22.

157 Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? Arch Gen Psychiatry. 1999;56(10):876-880.

158 Gibson P. Gay male and lesbian youth suicide. En: Feinleib M (ed.). Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Washington DC: Department of Health and Human Service. 1989;3:110-142.

159 Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Van Heeringen C, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646–59.

160 Law C.K. et al. Evaluating the effectiveness of barrier installation for preventing railway suicides in Hong Kong. Journal of Affective Disorders. 2009;114(1-3):254-262.

161 Gunnell D. et al. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. International Journal of Epidemiology. 2007;36(6):1235-1242.

162 Ludwig J., Cook P. J. Homicide and suicide rates associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention. Act Jama. 2000, 284(5):585-591.

163 World Health Organization. Preventing suicide. A resource for media professionals. Update 2017. Geneva, 2017.

164 Dumesnil H, Verger P. Public Awareness Campaigns About Depression and Suicide: A Review. Psychiatr Serv. 2009; 60:1203–13.

165 Torok M, Calear A, Shand F, Christensen H. A Systematic Review of Mass Media Campaigns for Suicide Prevention: Understanding Their Efficacy and the Mechanisms Needed for Successful Behavioral and Literacy Change. Suicide Life Threat Behav. 2017.

166 Stewart Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2006.

167 Aseltine RH, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. American Journal of Public Health. 2004, 94, 446-451.

168 World Health Organization. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.

169 Business in the Community. Reducing the risk of suicide: a toolkit for employers. [Internet] Dsiponible en: https://bit.ly/2AlhO1X [acceso octubre 10 de 2018]

170 Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, Solberg LI. Health care contacts in the year before suicide death. Journal of General Internal Medicine. 2014,;29(6), 870–877.

171 Luoma JB, Martin C E, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. The American Journal of Psychiatry. 2002; 159(6), 909–916.

172 Leitner, M., Barr, W., Hobby, L. Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behavior: A systematic review. Edinburgh, UK: Scottish Government Social Research, 2008.

173 Griffiths KM, Farrer L, Christensen H. The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials. Med J Aust. 2010;192(11 Suppl): S4-11.

174 Babeva K, Hughes JL, Asarnow J. Emergency Department Screening for Suicide and Mental Health Risk. Curr Psychiatry Rep. 2016;18(11):100.

175 Newton AS, Hamm MP, Bethell J, Rhodes AE, Bryan CJ, Tjosvold L, et al. Pediatric suicide--related presentations: a systematic review of mental health care in the emergency department. Ann Emerg Med. 2010;56(6) : 649-659.

176 Stanley B, Brown GK, Brenner LA, et al. Comparison of the Safety Planning Intervention with Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. JAMA Psychiatry. 2018;75(9):894–900.

177 Betz ME, Boudreaux ED. Managing Suicidal Patients in the Emergency Department. Annals of emergency medicine. 2016;67(2):276-282.

178 Busch K.A et al: Clinical features of inpatient suicide. Psych Annals. 1993;23(5): 256-262.

179 Moller HJ. Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: a systematic review. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006;256(6):329-43.

180 Kasckow J, Felmet K, Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. CNS Drugs. 2011;25(2):129-143.

181 Dolgin E. The ultimate endpoint. Nat Med. 2012; 18(2):190-193.

182 Clarke K, Mayo-Wilson E, Kenny J, Pilling S. Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Clin Psychol Rev. 2015; 39:58-70

183 O'Connor, E., Gaynes, B. N., Burda, B. U., Soh, C., Whitlock, E. P. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine. 2013;158, 741-754.

184 National Center for Injury Prevention and Control (CDC). Prevención del suicidio: paquete técnico de políticas, programas y prácticas. Atlanta, Georgia. 2017.

185 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.

186 Data and Surveillance Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention, Improving National Data Systems for Surveillance of Suicide-Related Events. American Journal of Preventive Medicine. 2014;47(3), Supplement 2:S122-S129.

187 World Health Organization. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Geneve: World Health Organization; 2010.

188 De Leo D, Milner A, Wang X. Suicidal behavior in the Western Pacific Region: characteristics and trends. Suicide Life-Threatening Behavior;2009, 39(1):72-81.

189 Agerbo E, Sterne JA, Gunnell DJ. Combining individual and ecological data to determine compositional and contextual socio-economic risk factors for suicide. Social Science and Medicine. 2007;64(2):451-461.

190 World Health Organization. Preventing suicide. A resource for media professionals. Update 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.

191 Fu KW, Yip PS. Estimating the risk for suicide following the suicide deaths of 3 Asian entertainment celebrities: a meta-analytic approach. Journal of Clinical Psychiatry. 2008;70(6):869-878.

192 Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative Suicide on the Viennese Subway. Soc Sci Med. 1994;38(3):453-457.

193 Mercy J, et al. Is Suicide Contagious? A Study of the Relation between Exposure to the Suicidal Behavior of Others and Nearly Lethal Suicide Attempts. Am J Epidemiol. 2001;154(2):120-127.

194 Matthieu M, Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high-risk population. Ment Health Subst Use. 2013;6(4):274–86.

195 Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. BMC public health. 2013;13(1):463.

196 Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. Crisis. 2013;34(1):32–41.

197 Oordt MS, Jobes DA, Schmidt SM. Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: Can provider confidence and practice behaviors be altered? Suicide and Life-Threatening Behavior. 2009;39(1), 21-32.

198 NCIS. Intentional Self-Harm Fact Sheet: Emergency Services Personnel. National Coronial Information System; 2015.

199 Lancaster PG, Moore JT, Putter SE, et al. Feasibility of a web-based gatekeeper training: Implications for suicide prevention. Suicide and life-threatening behavior. 2014;44(5):510-523.

200 WHO. Preventing Suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.

201 Hogan MF, Grumet JG. Suicide Prevention: An Emerging Priority for Health Care. Health Affairs. 2016;35(6).

202 Knesper DJ. Continuity of care for suicide prevention and research: suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from an emergency department or an inpatient psychiatry unit [Internet]. Waltham (MA): Education Development Center; 2010.

203 Visser Victoria S, Comans Tracy A, and Scuffham Paul A. Evaluation of the effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. Journal of Community Psychology. 2014; 42(1), 19-28.

204 Pfeffer Cynthia R, Jiang H, Kakuma T, Hwang J, Metsch M. Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2002;41(5), 505-13.

205 Constantino Rose E, Sekula Kathleen L, Rubenstein Elaine N. Group Intervention for Widowed Survivors of Suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2001;31(4), 428-441.

206 National Institute for Health and Care Excellence. Preventing suicide in community and custodial settings: Postvention. Evidence review for interventions to support people bereaved by suicides. Draft, February 2018.

207 Centers for Disease Control and Prevention. Developing an effective evaluation plan. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.

208 Framework for program evaluation in public health. MMWR Morb Mortal Weekly Rep. 1999; 17(48):1–40.

209 Sogaard A, Fonnebo V. The Norwegian Mental Health Campaign in 1992. Part II: changes in knowledge and attitudes. Health Education Research. 1995;10:267-278.

210 Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para el País Vasco. Boletín Oficial del Estado, 22 de diciembre de 1979, número 306.

211 Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi. Ley 8/1997, de 26 de junio. BOPV, nº 138, (21-07-1997).

212 Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Boletín Oficial del País Vasco, 24 de diciembre de 2008, número 246, pp. 31840 a 31924.

213 Decreto 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. Boletín Oficial del País Vasco, 11 de abril de 2011, número 70.

214 Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. Boletín Oficial del País Vasco, 4 de agosto de 2015, número 146.

215 Gobierno Vasco – Departamento de Salud. Plan de Salud 2013-2020. Informe anual de resultados 2017.