

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN CANARIAS



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN CANARIAS

Título:

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN CANARIAS

Edita:

Dirección General de Programas Asistenciales y Dirección General de Salud Pública.
Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias.

Diseño y maquetación:

Juan Manuel Santos Herrera.

Impresión:

Gráficas Tenerife SA.

Imagen de Portada:

- Idea: Francisco Javier Acosta Artiles.
- Realización: Jiten Dadlani. Estudio Nani.
- Imagen de portada de las islas cedida por Grafcan, Cartográfica de Canarias, S.A.

1ª Edición:

ISBN: 978-84-16878-25-3

Depósito Legal: TF 457-2021

Correos de contacto:

saludmentaldgppaa.scs@gobiernodecanarias.org

promosalud.scs@gobiernodecanarias.org

Todas las denominaciones que en el presente documento se efectúan en masculino genérico o en femenino genérico, se entenderán aplicables indistintamente a hombres y mujeres. Aunque en esta publicación se utilizan términos en su acepción genérica masculina, los editores manifiestan su respeto al concepto de igualdad y género.

Autores

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Natalia González Brito

Coordinadora del Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.

Juana María Reyes Melián

Jefa del Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.

COORDINACIÓN TÉCNICA, METODOLOGÍA Y REDACCIÓN

Francisco Javier Acosta Artilles

Psiquiatra. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.

Carmen Teresa Pitti González

Psicóloga Clínica. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.

COORDINADORES DE SUBGRUPOS DE TRABAJO

Francisco Javier Acosta Artilles

Psiquiatra. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Gran Canaria.

María Rosario Cejas Méndez

Psiquiatra. Jefa de Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Adrián Neyra del Rosario

Psiquiatra. Unidad de Patología Dual. Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Gran Canaria.

Sabrina González Santana

Psiquiatra. Jefa de Servicio de Psiquiatría infantojuvenil. Hospital de Día Infantojuvenil. Gran Canaria.

Carmen Teresa Pitti González

Psicóloga Clínica. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Tenerife.

GRUPO DE TRABAJO

Francisco Javier Acosta Artilles

Psiquiatra. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Gran Canaria.

Laura Alarcó Ubach

Psicóloga Clínica. Equipo Funcional de Interconsulta y Enlace. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

María Rosario Cejas Méndez

Psiquiatra. Jefa de Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Ilene Criado Gutiérrez

Psiquiatra. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Eva Lourdes Díaz Hernández

Enfermera. Unidad de Salud Mental de La Laguna. Tenerife.

Félix González Lorenzo

Psiquiatra. Hospital General de La Palma. La Palma.

Sabrina González Santana

Psiquiatra. Jefa de Servicio de Psiquiatría infantojuvenil. Hospital de Día Infantojuvenil. Gran Canaria.

Víctor Jesús González Teodoro

Enfermero. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Calixto Herrera Rodríguez

Psicopedagogo. Servicio de Innovación Educativa. Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes. Gran Canaria.

Elisa Martín Gamero

Psiquiatra. Unidad de Internamiento Breve. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Gran Canaria.

Encarnación Muñoz Díaz

Psiquiatra. Hospital de Día Infantojuvenil. Gran Canaria.

Adrián Neyra del Rosario

Psiquiatra. Unidad de Patología Dual. Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Gran Canaria.

Cristina Graciela Pérez Castañeda

Servicio de Programas de Prevención y Protección de Menores. Gran Canaria.

María del Mar Pérez-Chacón Morales

Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve. Hospital General de Fuerteventura. Fuerteventura.

Carmen Teresa Pitti González

Psicóloga Clínica. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Tenerife.

María Nieves Ramos Santana

Enfermera. Unidad de Clínica y Rehabilitación (UCYR). Gran Canaria.

Silvia Margarida Ramos Sarmiento

Enfermera. Unidad de Hospitalización Breve e Interconsultas. Hospital General de Fuerteventura. Fuerteventura.

Juana María Reyes Melián

Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Gran Canaria.

Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva

Pediatra. Unidad de Apoyo del Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Tenerife.

Sandra Villanueva Alcojol

Psiquiatra. Unidad de Internamiento Breve y Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial. Lanzarote.

REVISIÓN DE ESTILO

Francisco Javier Acosta Artilles

Psiquiatra. Traductor e Intérprete.

Prólogo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que alrededor de 800.000 personas se suicidan cada año en el mundo. Además, por cada suicidio, hay muchos más intentos autolíticos. A tenor de estos datos, el suicidio se muestra como una prioridad de salud pública en nuestra sociedad actual. En su primer informe mundial: «Prevención del suicidio: un imperativo global», publicado en 2014, la OMS alienta a los países para que desarrollen o fortalezcan estrategias integrales para prevenirlo. Estas estrategias nacionales deben tener un enfoque integral y multisectorial que incluya no solo al sector de la salud, sino también los de educación, empleo, bienestar social, justicia y otros. Además, deben adaptarse al contexto cultural y social de cada país, y establecer las recomendaciones basadas en el conocimiento científico.

En España, la prevención del suicidio ha sido siempre un objetivo destacado en las Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Por su parte, el Ministerio de Sanidad (2020) recientemente ha proporcionado la revisión de la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*, lo que supone una valiosa referencia para la práctica clínica y otras áreas, como la formación y la prevención. Asimismo, en la Guía se señala que diferentes comunidades autónomas han desarrollado documentos planificadores, de diversa naturaleza, para la prevención del suicidio.

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, a través de los servicios de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y del Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, ha situado la prevención del suicidio como una de sus prioridades.

En nuestra Comunidad contamos con el *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*, que incluye una Línea Estratégica específica dedicada a la prevención del suicidio. Derivado de esta, el *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias* supone un marco estratégico que incluye el conocimiento científico actualizado, recomendaciones para el desarrollo de las acciones, pautas de implementación temporal y de priorización, y una ampliación de su alcance en determinadas áreas. Sus contenidos se basan en un detallado análisis del conocimiento científico disponible, el consenso de expertos, y las adaptaciones necesarias a nuestro medio.

Si la prevención del suicidio debe constituir una prioridad para cualquier sistema sanitario, resulta aún más necesaria en el contexto actual. La pandemia por SARS-CoV-2 ha causado estragos en la salud y en todos los sectores de la sociedad, con un probable impacto negativo sobre la salud mental de la población. En tales situaciones se requiere la sinergia y coordinación entre las diferentes instituciones para mitigar sus efectos negativos. Es nuestra labor el convertir las crisis en oportunidades para la unión, el trabajo conjunto y la mejora.

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias asume que el presente *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias* constituye una referencia y herramienta indispensable para la prevención del suicidio en los próximos años en Canarias. Nuestro reto actual es aprovechar su valor y la oportunidad que representa para aunar los esfuerzos necesarios para su implementación. Cualquier vida humana bien lo merece.

Blas Gabriel Trujillo Oramas

Consejero de Sanidad
Gobierno de Canarias

Prefacio

La prevención del suicidio es uno de los mayores retos de los sistemas de salud y de la sociedad. Según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2019 se produjeron en España 3.671 muertes por suicidio. Esto supone una media de 10 suicidios al día, y una tasa de 7,81 suicidios por cada 100.000 habitantes. El suicidio ha tenido un comportamiento heterogéneo entre las diferentes comunidades autónomas, tanto comparativamente como en sus tendencias. En Canarias, las tasas han mostrado una tendencia ascendente, y desgraciadamente tienden a situarse en el grupo de comunidades con tasas más altas. La prevención de la conducta suicida resulta, por tanto, una prioridad para el Servicio Canario de la Salud.

La tendencia ascendente del suicidio se ha producido en el conjunto de España desde la década de los 80 hasta la actualidad. Este hecho, unido a que las muertes por accidentes de tráfico se han reducido notablemente gracias a diversas medidas implementadas, sitúan al suicidio como la primera causa externa de mortalidad evitable en nuestro país, por encima de los accidentes de tráfico, el homicidio, el ahogamiento fortuito y otras causas accidentales.

La situación actual de crisis socioeconómica derivada de la pandemia por SARS-CoV-2 hace aún más necesaria la prevención del suicidio. Los hallazgos científicos tienden a señalar un aumento de las patologías de salud mental y del suicidio en tales situaciones.

En este contexto, la planificación e implementación de acciones preventivas es una necesidad acuciante. En Canarias se han desarrollado diversas acciones preventivas en los últimos años con una perspectiva estratégica.

El *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* supuso el primer documento planificador de carácter global en Salud Mental en Canarias, e incluye la prevención del suicidio como una de sus Líneas Estratégicas. Este *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias* supone el desarrollo de lo previamente establecido. Como Programa que se ha basado en el conocimiento científico y en el consenso de expertos, será sin duda una referencia básica para la implementación de cada una de las acciones.

La Dirección del Servicio Canario de la Salud aboga por la sinergia a través del apoyo institucional, la coordinación entre las instituciones implicadas y el trabajo de los profesionales, asumiendo que será fundamental para conseguir nuestro objetivo común. Un objetivo tan loable, fundamental y necesario como es el de salvar vidas.

Conrado Jesús Domínguez Trujillo

Director del Servicio Canario de la Salud

ÍNDICE

I. MARCO GENERAL	15
1. Justificación y Enfoque.	16
2. La conducta suicida. Concepto y definiciones.	22
3. Factores de influencia y señales de alerta.	24
4. Epidemiología de la conducta suicida.	27
<hr/>	
II. LA CONDUCTA SUICIDA EN CANARIAS	33
1. La Conducta Suicida en Canarias. Análisis epidemiológico y posibles factores causales.	34
2. Acciones desarrolladas en Canarias.	51
3. Atención y áreas de mejora.	54
<hr/>	
III. METODOLOGÍA	60
<hr/>	
IV. OBJETIVOS Y ACCIONES	64
<hr/>	
V. OBJETIVOS Y ACCIONES. DESARROLLO	69
Objetivo Específico 1.	
Disponer de sistemas de registro completos y fiables, e informes epidemiológicos sobre la conducta suicida en Canarias.	70
<hr/>	
Acción 1.1. Realizar cuantas acciones sean necesarias para la mejora del registro de los intentos de suicidio en el RECAP - Historia Clínica Electrónica.	70
Acción 1.2. Realizar cuantas acciones sean necesarias para el mantenimiento de la evaluación de la ideación suicida en la Encuesta de Salud de Canarias y su análisis.	75
Acción 1.3. Realizar acciones de coordinación entre el SCS y los Institutos de Medicina Legal de Canarias para el desarrollo de posibles mejoras en los registros e información epidemiológica sobre suicidio.	81
Acción 1.4. Realización de informes epidemiológicos detallados sobre la conducta suicida en Canarias, con periodicidad anual.	87
Objetivo específico 2.	
Mejorar la coordinación intra e interinstitucional para el desarrollo de acciones preventivas dirigidas a la población, y acciones relativas a las personas con riesgo suicida o conductas suicidas.	90
<hr/>	
Acción 2.1. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública para el desarrollo de acciones dirigidas a la población, encaminadas a la prevención de la conducta suicida.	90
Acción 2.2. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública por una parte, y otros órganos autonómicos y otras administraciones públicas, por otra, en acciones dirigidas a la población para la prevención de la conducta suicida.	93
Acción 2.3. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública por una parte, y Organizaciones y Asociaciones por otra, en acciones dirigidas a la prevención de la conducta suicida.	96
Acción 2.4. Elaboración de un protocolo único de coordinación intrainstitucional para el paciente con riesgo suicida o conducta suicida.	99

Acción 2.5. Elaboración de un protocolo único de coordinación interinstitucional sobre la actuación en el paciente con riesgo suicida o conducta suicida, en el que participen los profesionales sanitarios (Atención Primaria, Salud Mental, Drogodependencias, 112, Servicios de Urgencias hospitalarios) y profesionales clave no sanitarios (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, ámbito de justicia y ámbito de menores).	99
Objetivo específico 3.	
Realizar acciones de carácter preventivo en la población sobre la conducta suicida.	106
Acción 3.1. Realización de campañas de prevención de la conducta suicida, dirigidas a la población.	106
Acción 3.2. Realización de una página web sobre conducta suicida, que incluya los recursos disponibles e información útil para la prevención del suicidio.	120
Acción 3.3. Creación de una “línea de crisis” para ayuda a personas en riesgo de suicidio y asesoramiento telefónico inmediato.	129
Acción 3.4. Reducción o restricción del acceso a los medios letales.	138
Acción 3.5. Desarrollar actividades específicas para la atención a los familiares y allegados de personas que se han suicidado.	145
Acción 3.6. Desarrollar un programa de prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas.	160
Acción 3.7. Elaboración de un protocolo de intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios.	181
Objetivo específico 4.	
Formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves no sanitarios.	193
Acción 4.1. Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, centradas en las recomendaciones internacionales para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio.	193
Acción 4.2. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales no sanitarios de primera línea: policías, guardias civiles, bomberos, protección civil y técnicos del 112.	193
Acción 4.3. Realización de actividades formativas dirigidas a orientadores escolares, docentes y otros profesionales sociosanitarios.	193
Acción 4.4. Realización de actividades formativas dirigidas a mediadores sociosanitarios: trabajadores sociales, educadores, y animadores socioculturales.	193
Objetivo específico 5.	
Mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre la conducta suicida.	206
Acción 5.1. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de las Redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias.	206
Acción 5.2. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria.	206
Acción 5.3. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios del 112.	206
Acción 5.4. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias hospitalarios.	206
Acción 5.5. Realización de actividades formativas dirigidas a farmacéuticos.	206
Acción 5.6. Realización de actividades formativas específicas sobre conducta suicida en edad infantojuvenil.	206

Objetivo específico 6.	
Mejorar la actuación clínica en situaciones específicas de riesgo y complejidad.	224
Acción 6.1. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.	224
Acción 6.2. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.	238
Acción 6.3. Desarrollar intervenciones de contacto activo y seguimiento en pacientes dados de alta por conducta suicida o riesgo suicida.	254
Acción 6.4. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico.	262
Acción 6.5. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico de edad infantojuvenil.	274
Acción 6.6. Planificación y estudio de viabilidad de una Unidad de Internamiento Ultrabreve por provincia para pacientes con riesgo suicida considerable e incierto.	279
Objetivo específico 7.	
Mitigar el probable efecto negativo de la pandemia por SARS-CoV-2 en la conducta suicida de la población.	283
Acción 7.1. Desarrollar acciones preventivas relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2, con perspectiva transversal.	283
Acción 7.2. Acciones dirigidas a mitigar los efectos socioeconómicos negativos de la pandemia.	283
Acción 7.3. Acciones de información – formación dirigidas a mitigar los efectos negativos de la pandemia sobre la salud mental de los profesionales sanitarios y profesionales no sanitarios de primera línea.	283
VI. PRIORIZACIÓN Y CRONOGRAMA	295
VII. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	301

Presentación

El suicidio constituye un grave e importante problema de salud pública. De hecho, supone la primera causa de muerte no natural, y por tanto potencialmente evitable, en España. Resulta un hecho trágico para la persona, familiares, allegados y la sociedad. Como problema de tal magnitud, la prevención de la conducta suicida resulta una prioridad, tanto para la Dirección General de Salud Pública (desde una perspectiva de promoción de la salud mental y prevención primaria) como para la Dirección General de Programas Asistenciales (desde una perspectiva de prevención secundaria y terciaria).

La prevención y el abordaje de la conducta suicida supone un problema de salud especialmente complejo. Cabe destacar la dificultad de predecir el riesgo suicida a nivel clínico, su fluctuación a lo largo del tiempo en las personas, y su naturaleza multifactorial, en la que intervienen factores psicológicos, biológicos, sociales, culturales y ambientales.

Sin embargo, frente a estos aspectos hay que resaltar que el suicidio es prevenible. El conocimiento científico y las experiencias previas convergen en dos ideas esenciales positivas: el enfoque multisectorial y el desarrollo de acciones a múltiples niveles han resultado efectivas para la prevención. Por lo tanto, resulta necesaria la colaboración y coordinación de distintas instituciones para hacer frente a este importante problema social y de salud.

En los últimos años las Direcciones Generales de Programas Asistenciales y Salud Pública han desarrollado acciones preventivas en Canarias. Son reseñables la evaluación epidemiológica anual, la mejora de los sistemas de registro, la formación a los profesionales sanitarios y no sanitarios, la dotación de una herramienta de consulta para Atención Primaria, y algunas campañas preventivas dirigidas a la población. Sin embargo, la importancia y complejidad del suicidio demandan una planificación específica y consensuada. El desarrollo de las acciones debe ser coordinado, multisectorial, y en el marco de una priorización y cronograma estratégicos.

El *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*, aprobado en Consejo de Gobierno el 18 de marzo de 2019, contó con una Línea Estratégica específica dedicada a la Prevención y tratamiento de la conducta suicida. En esta se establecieron los objetivos y acciones necesarias. Una acción básica constituía el desarrollo de un Programa de prevención, partiendo de tal Línea Estratégica.

En este contexto se ha desarrollado el presente *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias*. Este programa, si bien toma como base lo establecido en la Línea Estratégica mencionada, amplía su alcance en determinadas áreas. Tales áreas incluyen los sistemas de información, acciones de contacto activo y seguimiento, la diferenciación de acciones específicas dirigidas a la población infantojuvenil, y acciones preventivas relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2.

El Programa ha sido coordinado por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, y desarrollado por un grupo de trabajo que incluyó a profesionales de Salud Mental, Salud Pública, Atención Primaria, Educación y Servicios Sociales.

El *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias* está basado en el conocimiento científico y el consenso de expertos. Su alcance es amplio, ya que cuenta con acciones pertenecientes a múltiples niveles y áreas, como los sistemas de registro, los análisis epidemiológicos, la coordinación, las acciones dirigidas a la población general, la formación de profesionales sanitarios y profesionales clave no sanitarios, la evaluación e intervención en situaciones específicas de riesgo y complejidad, y acciones relacionadas

con la pandemia por SARS-CoV-2. El Programa especifica, para cada una de las acciones, el conocimiento científico disponible, las recomendaciones para su desarrollo, los responsables, e indicadores para su evaluación. Por su parte, la priorización y el cronograma proporcionan el marco estratégico y temporal para el desarrollo de las acciones.

La situación actual de pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto un reto para la población, debido a su marcada repercusión, que ha alcanzado a todos los sectores de la sociedad. Este importante impacto negativo implica, a priori, un mayor riesgo de desarrollo de trastornos mentales y conductas suicidas. Por este motivo, los esfuerzos preventivos coordinados resultan indispensables para minimizar los riesgos.

La disponibilidad de este *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias* supone un marco de referencia de inestimable valor para la lucha contra el suicidio en nuestra Comunidad. Una lucha que debe ser enérgica pero planificada, basada en el conocimiento científico, coordinada, constante y con dotación de los recursos necesarios que posibiliten su eficiente desarrollo.

La Dirección General de Programas Asistenciales y la Dirección General de Salud Pública del Servicio de Canarias de la Salud reconocen la ingente labor de todos los participantes, la importancia del *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias*, y espera que en la implementación de las acciones aunar los esfuerzos entre todos los profesionales y los sectores implicados.

Elizabeth Hernández González

Directora General de Programas Asistenciales
Servicio Canario de la Salud

José Juan Alemán Sánchez

Director General de Salud Pública
Servicio Canario de la Salud

I. MARCO GENERAL

1. Justificación y enfoque

1.1. Justificación

El *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* (en adelante, PSMC) (Gobierno de Canarias, 2019) fue aprobado en Consejo de Gobierno el 18 de marzo de 2019. En su elaboración participaron más de cien profesionales sanitarios de múltiples áreas, así como profesionales de otros sectores, como Educación, Servicios Sociales o el Instituto Canario de Igualdad. Por su parte, las Asociaciones tuvieron participación tanto en el proceso de elaboración de diferentes líneas estratégicas, como en el proceso de validación externa. El PSMC cuenta con 12 Líneas Estratégicas (LE), que incluyen una serie de objetivos, acciones, e indicadores para su evaluación.

Una de las LE del PSMC está dedicada a la conducta suicida (LE 2: Prevención y tratamiento de la conducta suicida), y tiene como objetivo “Reducir la tasa de suicidio, intentos de suicidio y autolesiones en Canarias, mediante mejoras en las actuaciones sobre la población y en la atención a los pacientes con riesgo suicida, en términos de prevención, detección precoz, intervención, seguimiento y coordinación”. Esta LE incluye un objetivo general, seis objetivos específicos, 24 acciones y 35 indicadores para su evaluación. Por su parte, el primer objetivo específico de esta LE es “disponer de un programa de prevención de la conducta suicida en Canarias, que contenga un análisis de la situación periódico sobre las conductas suicidas en Canarias y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias”.

A nivel nacional, la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013* (MSPSI, 2011) incluye, como objetivo general 2, “prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general”. Por su parte, la *Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* “recomienda a las autoridades sanitarias la puesta en marcha de líneas de acción específicas para la prevención de la conducta suicida” (Ministerio de Sanidad, 2020). Sin embargo, en España no existe ninguna Estrategia ni Plan de prevención del suicidio de carácter estatal. En el contexto de esta carencia, la Fundación Salud Mental España recomienda “elaborar programas autonómicos de prevención de la conducta suicida en consonancia con los contenidos de la estrategia” (Anseán, 2014).

1.2. Enfoque

1.2.1. Programas de salud

Los programas de salud se han definido como un “conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizado simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados en relación con los problemas de salud precisos y para una población determinada” (Pineault, 1987).

Por su parte, la OMS define un programa de salud mental como una “intervención o serie de intervenciones con un objetivo altamente específico que tiene que ver con la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación” (OMS, 2006).

Según la OMS, los documentos planificadores para la prevención del suicidio deben cumplir los siguientes principios (WHO, 2010):

- Globales y coordinados
 - Implican a diferentes sectores de la comunidad
 - Abarcan los tres niveles de prevención (universal, selectiva e indicada)
- Hallazgos científicos (“evidencia”)
 - Intervenciones: derivadas del conocimiento científico disponible
 - Resultados medibles

- Sujetos a cambio
 - Intervenciones: sujetas a evaluación continua
 - Las acciones o estrategias deben cambiarse si es necesario
- Sostenibilidad
 - Acciones con perspectiva a largo plazo, que se puedan mantener.

1.2.2. Niveles y áreas de alcance

En el campo de la prevención, un enfoque habitual es la distinción entre prevención universal, selectiva e indicada. Las medidas en cada una de estas áreas se relacionan con diferentes factores de riesgo suicida (OMS, 2014). Se muestran a continuación los tipos de acciones relacionadas con estos tipos de prevención.

Tipos de acciones	Tipo de prevención
Políticas de Salud Mental	Universal
Políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol	
Acceso a la atención de salud	
Restricción del acceso a medios letales	
Notificación responsable por los medios de comunicación	
Toma de conciencia sobre la salud mental, los trastornos por consumo de tóxicos y el suicidio	
Intervenciones dirigidas a grupos vulnerables	Selectiva
Capacitación de guardianes	
Líneas telefónicas de ayuda en crisis	
Seguimiento y apoyo comunitario	Indicada
Evaluación y manejo de las conductas suicidas	
Evaluación y manejo de trastornos mentales y debidos al consumo de tóxicos	

Fuente: Modificado de OMS (2014)

Otros enfoques son más pragmáticos, al estar centrados en los elementos y niveles clave de actuación, más que en los constructos teóricos (p. ej.: factores de riesgo, tipos de prevención). Bajo la perspectiva de este enfoque, la OMS (2014) ha señalado los siguientes componentes característicos de las estrategias nacionales:

- Vigilancia
- Restricción de los medios de suicidio
- Medios de comunicación
- Acceso a los servicios
- Capacitación y educación
- Tratamiento
- Intervención en crisis
- Intervención posterior

I. Marco General

- Concienciación
- Reducción del estigma
- Supervisión y coordinación

Siguiendo este enfoque pragmático, la *Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (Ministerio de Sanidad, 2020) señala lo siguiente, acerca de los elementos o áreas que deben incluir los “Programas generales de prevención de la conducta suicida”:

- Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo.
- Formación de los profesionales sanitarios en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores.
- Educación a la población general y medios de comunicación.
- Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas en riesgo de suicidio.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con conducta suicida.
- Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en el personal sanitario como en la población general.
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio.

La *Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida* (MSPSI, 2012) ha sido una referencia básica para la prevención del suicidio en España y en Canarias. Esta GPC ha sido revisada en septiembre de 2020, con la publicación oficial de esta sin cambios (Ministerio de Sanidad, 2020), al concluir que los nuevos conocimientos científicos disponibles no modifican las recomendaciones establecidas en ella. Por lo tanto, de mantenerse el periodo de vigencia habitual de cinco años, tal GPC estará vigente hasta septiembre de 2025.

Este Programa de prevención de la conducta suicida se basa esencialmente en el contenido de la LE 2 (Prevención y tratamiento de la conducta suicida) del *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*. Las áreas de alcance de esta LE y del Programa de prevención se han desarrollado de forma congruente con este enfoque pragmático y con las áreas señaladas en los documentos internacionales y nacionales de referencia.

Específicamente, el contenido de este Programa de prevención de la conducta suicida, si bien toma como base la LE 2 del PSMC, amplía su alcance en determinadas áreas, como la inclusión de un objetivo específico dedicado a los sistemas de información, la diferenciación de acciones específicas dirigidas a la edad infantojuvenil, la colaboración y coordinación con Organizaciones y Asociaciones, la inclusión de acciones de contacto activo y seguimiento, y la inclusión de acciones preventivas transversales y específicas relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2. Como cambios menores, cabe resaltar que la acción correspondiente al fortalecimiento de factores protectores se ha integrado en la del desarrollo de campañas preventivas dirigidas a la población. Por su parte, la línea de crisis se ha encuadrado en las acciones dirigidas a la población, ya que su alcance corresponde a todas las personas de la población que pudieran encontrarse en una situación de crisis suicida. En la siguiente tabla se muestran los niveles y áreas abarcadas por la LE 2 del PSMC y por este Programa de prevención.

Niveles y Áreas	LE 2 del PSMC	Programa de prevención
Sistemas de información	<i>No como área diferenciada</i> Informes epidemiológicos	RECAP e Historia Clínica Electrónica Encuesta de Salud de Canarias Informes epidemiológicos Mejoras en información epidemiológica
Población y grupos específicos	Campañas Fortalecimiento de factores protectores Información y recursos: página web Restricción de acceso a medios letales Postvención Coordinación con otros sectores	Campañas Información y recursos: página web Línea de crisis Restricción de acceso a medios letales Postvención Coordinación con otros sectores
Formación	Profesionales clave no sanitarios Profesionales sanitarios	Profesionales clave no sanitarios Profesionales sanitarios
Evaluación e Intervención	Protocolos Urgencias Protocolos Unidades Internamiento Línea de crisis Recursos específicos	Protocolos Urgencias Protocolos Unidades Internamiento Contacto activo y seguimiento Recursos específicos
Coordinación	Coordinación intrainstitucional Coordinación interinstitucional	Coordinación intrainstitucional Coordinación interinstitucional
Infantojuvenil	<i>No como área diferenciada</i> Habilidades de afrontamiento en jóvenes Protocolo en menor de edad con riesgo suicida	Formación específica Programa de prevención en instituciones educativas Protocolo de actuación en instituciones educativas Protocolos específicos (Urgencias y Unidades de Internamiento)
Pandemia	---	Acciones con perspectiva transversal Acciones específicas

1.2.3. Elementos integrantes

Otro aspecto en el que se diferencia este Programa de Prevención de la Conducta Suicida (Programa PCS) respecto a la LE 2 del PSMC es el de sus elementos integrantes. Al igual que en el caso de los niveles y áreas, este Programa amplía los elementos constituyentes. Se muestran en la siguiente tabla.

Elementos integrantes	LE 2 del PSMC	Programa PCS
Objetivos y Acciones	Sí	Sí
Cómo desarrollar las acciones	No	Sí
Dificultades potenciales	No	Sí
Responsables	No	Sí
Priorización	No	Sí
Cronograma	No	Sí
Indicadores para su evaluación	Sí	Sí

I. Marco General

En comparación con otros programas nacionales, este Programa de Prevención de la Conducta Suicida cuenta con los siguientes valores añadidos:

- Para cada una de las acciones, explicita claramente las recomendaciones para su desarrollo, tanto en cuanto al enfoque o marco general, como en lo relativo a diversos aspectos específicos. Estas recomendaciones están basadas en el conocimiento científico (cuya síntesis se expone en cada acción) y el consenso de expertos.
- Incluye un cronograma con diferentes niveles de priorización.
- Incluye acciones intersectoriales e interinstitucionales.

1.2.4. Síntesis

Como síntesis final del enfoque y características de este Programa, resultan destacables los siguientes aspectos:

1. En consonancia con las recomendaciones nacionales e internacionales sobre los documentos planificadores y de prevención.
2. Basado en la LE 2 del PSMC, pero amplía su alcance.
3. Enfoque pragmático, con niveles y áreas de actuación.
4. Sustentado en el conocimiento científico disponible, el consenso de expertos, y centrado en la persona.
5. En relación con los niveles, áreas de actuación y acciones específicas, expone *qué acciones* desarrollar y *cómo* desarrollarlas.
6. Incluye la revisión de la literatura científica, recomendaciones basadas en esta y en el consenso de expertos, las dificultades potenciales, la definición de los responsables, priorización, cronograma e indicadores para su evaluación.

1.2.5. Acciones

Cada una de las acciones contenidas en este Programa se ha desarrollado mediante el siguiente esquema general:

1. Introducción. Justificación
2. Análisis de la situación (específico de la acción)
3. Acción
 - 3.1. Objetivos
 - 3.2. Síntesis del conocimiento científico
 - 3.3. Recomendaciones para el desarrollo de la acción
4. Indicadores
5. Dificultades potenciales
6. Responsables
7. Priorización y cronograma

Esta estructura es flexible, con posibles adaptaciones según la naturaleza de las acciones. Por ejemplo, algunas acciones comparten un mismo marco conceptual y área de conocimiento. En estos casos el análisis de la situación se ha realizado para ese conjunto de acciones. Tal es el caso de las acciones formativas dirigidas a los profesionales sanitarios, o de las acciones relacionadas con la pandemia.

El apartado de las Recomendaciones es de capital importancia en este Programa. Estas recomendaciones se han basado en el conocimiento científico y el consenso de expertos. Habitualmente contiene un marco general, enfoque, estructura por áreas temáticas y las recomendaciones en sí mismas.

Por último, si bien la priorización y el cronograma fueron definidos en cada una de las acciones, para dotarlos de la necesaria visión de conjunto y del escalonamiento temporal del desarrollo de las acciones, se presentan en una sección específica.

Bibliografía

- Ansean A. (2014). Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Fundación Salud Mental España.
- Gobierno de Canarias (2019). Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias.
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012, revisada en 2020.
- MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Pineault, R. (1987). La Planificación sanitaria. Ed. Masson.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. Política, planes y programas de salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Editores Médicos, S.A. EDIMSA; 2006.
- WHO. World Health Organization (2010). Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes.

2. La conducta suicida. Concepto y definiciones

2.1. Aproximaciones conceptuales

Un problema en el estudio de la conducta suicida ha sido la existencia de diferentes aproximaciones conceptuales y definiciones. La conducta suicida se considera como un *continuum suicida* de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, intentos de suicidio y suicidio) (Ministerio de Sanidad, 2020).

La ideación suicida se ha incluido dentro del concepto de la conducta suicida, como ha hecho la OMS, por una cuestión de simplificación (OMS, 2014) y probablemente por la perspectiva del suicidio como un *continuum*.

2.2. Definiciones

En este documento planificador se han considerado las siguientes definiciones de referencia:

2.2.1. Definiciones nucleares

- **Conducta suicida:** incluye la ideación suicida, autolesión, intento de suicidio y suicidio (OMS, 2014)
- **Ideación suicida:** pensamientos de servir como el agente de su propia muerte. Puede variar en su gravedad dependiendo de la especificidad del plan suicida y del grado de intencionalidad (APA, 2003). Tiene varios grados de frecuencia, intensidad y duración (VA/DoD, 2013).
- **Autolesión / Gesto suicida:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada) (Ministerio de Sanidad, 2020).
- **Intento de suicidio:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (Ministerio de Sanidad, 2020).
- **Suicidio:** muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte (Ministerio de Sanidad, 2020).
- **Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad). Este grado indeterminado puede producirse por ocultación o porque los límites de la intencionalidad pueden no estar claros para el propio paciente (Ministerio de Sanidad, 2020).

Como se puede observar, el aspecto nuclear que diferencia a la autolesión y a los gestos suicidas del intento de suicidio es la **intencionalidad** de matarse. La intencionalidad también es nuclear en la definición de suicidio, ya que es un requisito indispensable para considerar una muerte como suicidio.

2.2.2. Otras definiciones relevantes

- **Intención suicida:** Pruebas implícitas o explícitas de que la persona desea morir, quiere quitarse la vida, y entiende las consecuencias probables de sus acciones o potenciales acciones. La intencionalidad suicida se puede determinar retrospectivamente e inferir en ausencia de conducta suicida (VA/DoD, 2013).
- **Riesgo suicida:** Nivel de probabilidad de una persona para realizar un intento de suicidio, independientemente de sus resultados. El riesgo puede ser alto, moderado o bajo (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015).
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad

de acabar con la propia vida. Es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, 2020). Existen dos tipos de comunicación suicida:

- *Amenaza suicida*: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano (Ministerio de Sanidad, 2020).
- *Plan suicida*: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial (Ministerio de Sanidad, 2020).

- **Sobrevivientes / supervivientes**: familiares y figuras significativas que han experimentado una pérdida de un ser querido debido a suicidio. Aunque tradicionalmente el concepto se ha reservado para la familia, en la actualidad se ha extendido también a los allegados (amigos, compañeros de trabajo o de clase y vecinos) (Ministerio de Sanidad, 2020).

2.3. Implicaciones para la práctica clínica

Dado que la conducta suicida es un *continuum*, no debe infravalorarse ni descartarse la relevancia de los gestos suicidas, autolesiones o intentos de suicidio. Las personas que han realizado estas autolesiones/gestos presentan un mayor riesgo de repetir una conducta suicida respecto a la población general (Hamza et al., 2012). Por su parte, el antecedente de intento de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general (OMS, 2014).

Bibliografía

APA. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches. 2003. doi:10.1176/appi.books.9780890423363.56008

Departamento de Salud. Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio. Puerto Rico; 2015.

Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self- injury and suicidal behavior: a review of the literature and anintegrated model. Clin. Psychol. Rev. 2012;32(6):482-95.

Hamza, C.A., Stewart, S.L. and Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. Clinical Psychology Review, [online] 32(6), pp.482–495. Available at: <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/hamza.pdf> [Accessed 14 Dec. 2020].

Ministerio de Sanidad. Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012, revisada en 2020.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1

VA/DoD. Department of Veterans Affairs. Department of Defense. VA/DoD Clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide. Washington: VA/DoD; 2013.

3. Factores de influencia y señales de alerta

3.1. Factores de influencia

No es objeto de este documento planificador realizar una revisión exhaustiva de la literatura científica sobre los factores implicados en la conducta suicida. Se expone aquí una síntesis de los factores implicados más relevantes. Deben considerarse los factores de riesgo, factores protectores y factores precipitantes.

3.1.1. Factores de riesgo

En la siguiente tabla se presenta una síntesis de los factores de riesgo suicida.

Poblacionales
<ul style="list-style-type: none">- Crisis económica- Cambios rápidos en la estructura social o en valores- Aislamiento social
Entorno global
<ul style="list-style-type: none">- Medios de comunicación (noticias sobre el suicidio, con características inadecuadas)- Acceso a medios para el suicidio- Dificultades del acceso a Servicios de Salud Mental
Contexto individual
<ul style="list-style-type: none">- Apoyo familiar y social deficiente o ausente- Acoso por parte de iguales (adolescentes), cyberbullying (adolescentes)- Acontecimientos vitales estresantes- Pérdida de empleo
Individuales
<ul style="list-style-type: none">- Trastorno psiquiátrico- Psicopatología: especialmente desesperanza y humor depresivo- Antecedente de una o más tentativas suicidas previas- Ideación suicida; intención suicida- Consumo de tóxicos (incluye alcohol)- Rasgos de personalidad: alta impulsividad, agresión, y ansiedad- Factores psicológicos: especialmente la desesperanza y la rigidez cognitiva- Enfermedad física o discapacidad- Sexo masculino- Edad avanzada y adolescencia- Bajo nivel socioeconómico; bajo nivel educativo- Factores distales o predisponentes:<ul style="list-style-type: none">- Factores genéticos. Historia familiar de suicidio- Infancia adversa (descuido o abandono parental, malos tratos físicos y/o emocionales, abuso sexual)

Fuente: Elaboración propia, a partir de Ministerio de Sanidad (2020) y Turecki y Brent (2015)

Los factores de riesgo más importantes son los antecedentes de uno o más intentos de suicidio, la idea suicida (especialmente si existe intencionalidad), la existencia de un trastorno psiquiátrico, la desesperanza, el consumo de tóxicos y el acceso a medios letales.

3.1.2. Factores protectores

En la siguiente tabla se presenta una síntesis de los factores de protección frente al suicidio.

Sociales o medioambientales
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar y social adecuado - Integración social - Creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos - Adoptar valores culturales y tradicionales - Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol
Personales
<ul style="list-style-type: none"> - Habilidad en la resolución de conflictos o problemas - Confianza en uno mismo - Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales - Flexibilidad cognitiva - Tener hijos, especialmente en las mujeres

Fuente: Modificado de Ministerio de Sanidad (2020)

Los factores protectores más importantes son el tratamiento efectivo de salud mental, el apoyo familiar y social adecuado, y la habilidad en la resolución de conflictos o problemas.

3.1.3. Factores precipitantes o desencadenantes

Aunque los factores de riesgo generalmente contribuyen al riesgo suicida a largo plazo, determinados factores pueden comportarse como desencadenantes de la conducta suicida, generalmente en personas con riesgo suicida. Estos factores precipitantes pueden tener especial relevancia en personas que sufren algún trastorno mental o que presentan algún factor de riesgo.

En la siguiente tabla se presenta una síntesis de los factores precipitantes de la conducta suicida.

Principales precipitantes o desencadenantes de conducta suicida
<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos vitales estresantes: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdidas personales: divorcio, separación, muertes - Problemas interpersonales: problemas, conflictos, violencia, ruptura de pareja - Problemas financieros: dificultades económicas, pérdidas de dinero o de trabajo - Problemas laborales - Problemas legales - Humillación (especialmente en adolescentes) • Consumo de alcohol y drogas • Empeoramientos de salud • Aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes)

Fuente: Ministerio de Sanidad (2020), SPRC (2013), Turecki y Brent (2015)

3.2. Señales de alerta

No deben confundirse las señales de alerta con los factores de riesgo ni con los factores precipitantes. Las señales de alerta orientan a un riesgo inmediato de suicidio, mientras que los factores de riesgo indican que alguien tiene mayor riesgo de suicidio, pero orientan poco o nada acerca del riesgo inmediato. Los signos de alerta son aplicables solo a personas, mientras que los factores de riesgo y protectores se encuentran a diversos niveles. Los signos de alerta ayudan a las personas a saber cuándo deben tomar acciones de forma inmediata ante estos. Para el clínico, su identificación implica la necesidad de evaluar la intencionalidad suicida (Zitelli y Palmer, 2018).

Principales señales de alerta de suicidio

- Amenazas de autolesionarse o de suicidarse
- Búsqueda de información sobre formas de suicidarse
- Búsqueda activa de acceso a medicamentos, armas u otros medios
- Escribir o hablar sobre la muerte, morir, o el suicidio.
- Desesperanza
- Sentimientos de rabia, ira, o búsqueda de venganza
- Conductas impulsivas o actividades de riesgo
- Sentimientos de estar atrapado y no ver salida
- Incremento en consumo de alcohol o drogas
- Retirada social respecto a amigos, familia o la sociedad
- Ansiedad, agitación, dormir muy poco o demasiado
- Cambios marcados en el humor
- Expresar ausencia de motivos para vivir, sentido o metas en la vida
- Expresar sentimientos de resultar una carga para los demás
- Arreglar asuntos (p. ej.: herencia), despedidas

Fuente: Rudd (2006, 2008), Zitelli y Palmer (2018)

Bibliografía

Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012, revisada en 2020.

Rudd, M.D., Berman, A.L., Joiner, T.E., Nock, M.K., Silverman, M.M., Mandrusiak, M., Van Orden, K. and Witte, T. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), pp.255–262.

Rudd, M.D. (2008). Suicide warning signs in clinical practice. *Current Psychiatry Reports*, 10(1), pp.87–90.

Turecki, G. and Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, [online] 387(10024), pp.1227–1239. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319859/> [Acceso 14 dic. 2020].

SPRC. Suicide Prevention Resource Center. The Role of Law Enforcement Officers in Preventing Suicide. SPRC; 2013. Disponible en: <https://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/LawEnforcement.pdf>

Zitelli, L., and Palmer, C. (2018). Recognizing and Reacting to Risk Signs for Patient Suicide. *Seminars in Hearing*, 39(01), pp.083–090.

4. Epidemiología de la conducta suicida

4.1. Conducta suicida en el mundo

4.1.1. Suicidio

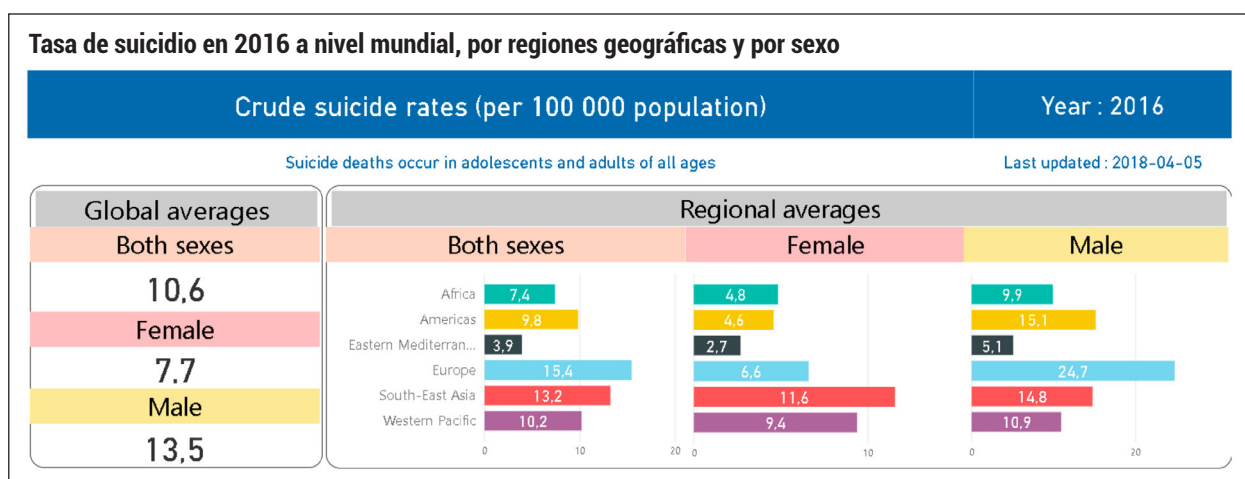
El suicidio es una tragedia. Además de acabar prematuramente con la vida de una persona, tiene una onda expansiva continua y afecta enormemente a las vidas de familias, amigos y comunidades. Globalmente considerado, supone un grave problema de salud pública en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 800.000 personas se quitan la vida anualmente (OMS, 2019). Según las estadísticas de la OMS, la tasa mundial de suicidio se situó en 10,6 por 100.000 habitantes en el año 2016.

En cuanto a grandes áreas geográficas, la peor tasa se produjo en Europa, con 15,4 por 100.000 habitantes, y la tasa más baja correspondió a la región Este del Mediterráneo, con 3,9 por 100.000 habitantes (WHO, 2016). El 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2019).

La tasa de suicidio mundial es mayor en hombres que en mujeres (13,5 vs. 7,7 por 100.000 habitantes / año, respectivamente) (WHO, 2016).

En cuanto a los grupos de edad, el suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años (OMS, 2019).

La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo (OMS, 2019).



Fuente: WHO, 2016

4.1.2. Intentos de suicidio e ideación suicida

La información relativa a los intentos de suicidio e ideación suicida es difícil de obtener, debido a dificultades metodológicas. Se estima que por cada adulto que muere por suicidio puede haber más de 20 personas que intentan suicidarse (WHO, 2020). Mientras que los suicidios son más frecuentes en hombres, los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres jóvenes (WHO, 2020).

4.2. Conducta suicida en la Unión Europea

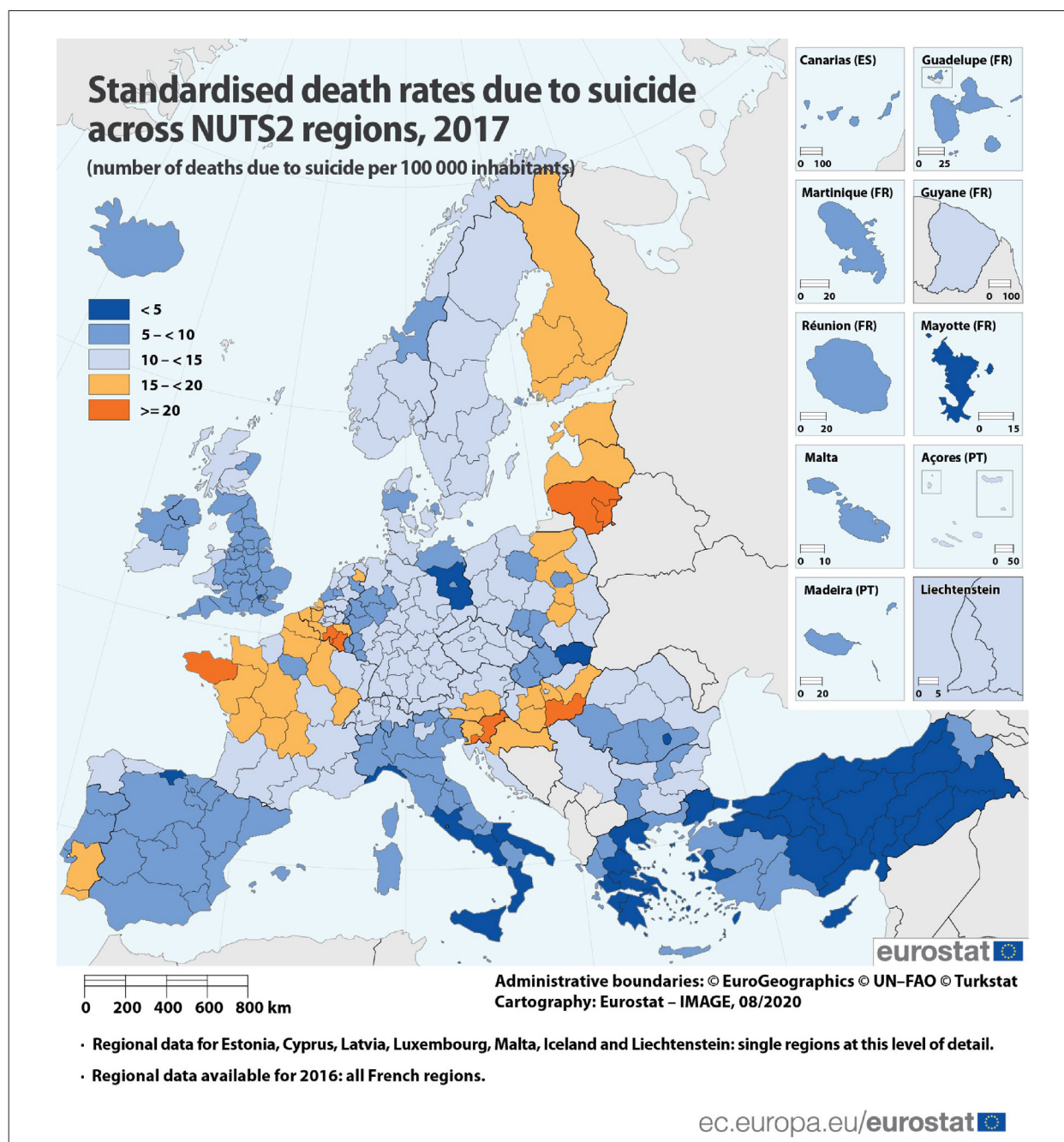
4.2.1. Suicidio

La última tasa de suicidio disponible para el conjunto de la Unión Europea fue de 10,33 por 100.000 habitantes en 2016 (Eurostat, 2020a). La cifra total fue de alrededor de 48.700 personas en este año, y supuso el 1% de todas las muertes de 2016. Casi 8 de cada 10 suicidios (77%) correspondieron a hombres (Eurostat, 2020b).

I. Marco General

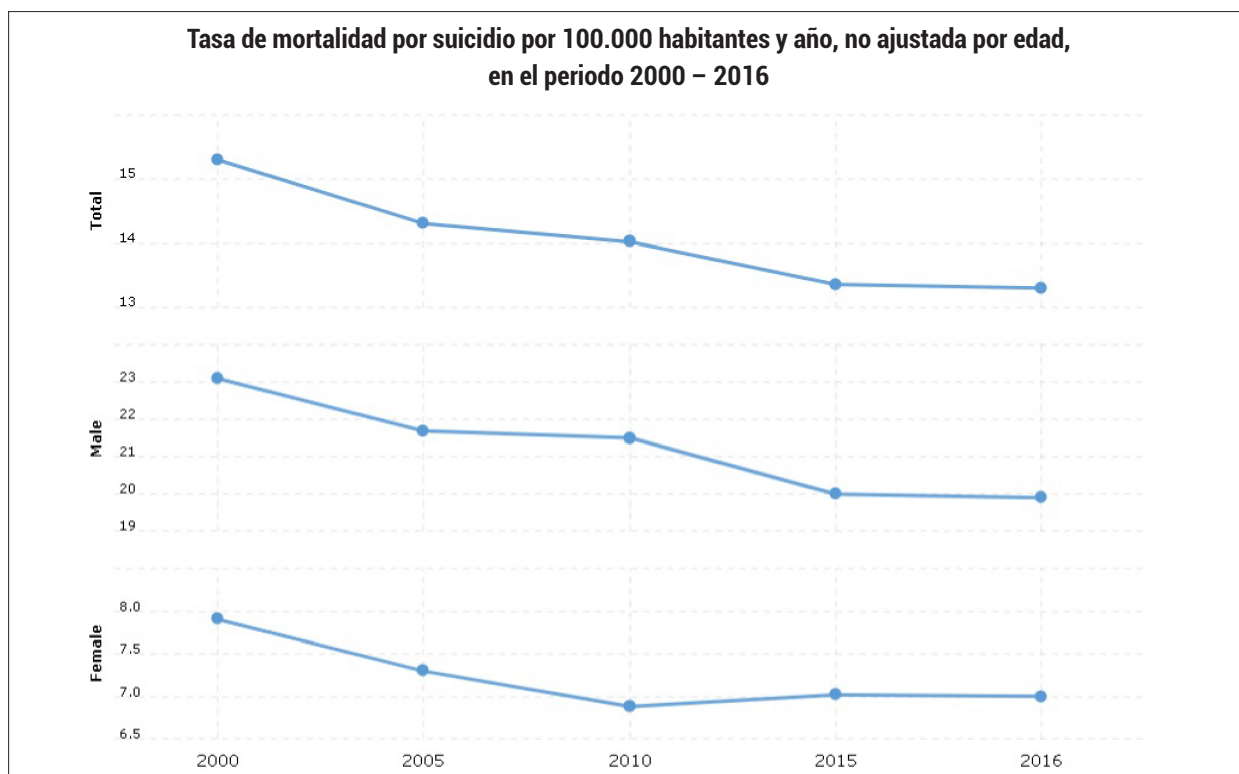
En el siguiente gráfico se muestra la distribución geográfica de la tasa de suicidio en la Unión Europea (Eurostat, 2020b).

Las tasas de mortalidad normalizadas por suicidio más bajas de 2017 se registraron en Chipre, Grecia y Malta (4,1, 4,5 y 4,6 por 100.000 habitantes, respectivamente). Por el contrario, la tasa de mortalidad normalizada por suicidio en Lituania (25,8 por 100.000 habitantes) fue la más alta, 2,4 veces superior a la media de la EU-27 (datos de 2016) (Eurostat, 2020b).



Fuente: Eurostat

La tendencia del suicidio en Europa ha sido descendente, como se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: Macrotrends

4.2.2. Intentos de suicidio e ideación suicida

Según el estudio *European Study on the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED), realizado en seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) sobre una muestra de 21.425 adultos, la prevalencia a lo largo de la vida de intentos de suicidio fue del 1,3%, y la de la ideación suicida, del 7,8%. Los trastornos mentales mostraron una fuerte asociación con el riesgo suicida. Entre los trastornos mentales, el mayor riesgo correspondió a la depresión mayor (Bernal et al., 2007).

4.3. Conducta suicida en España

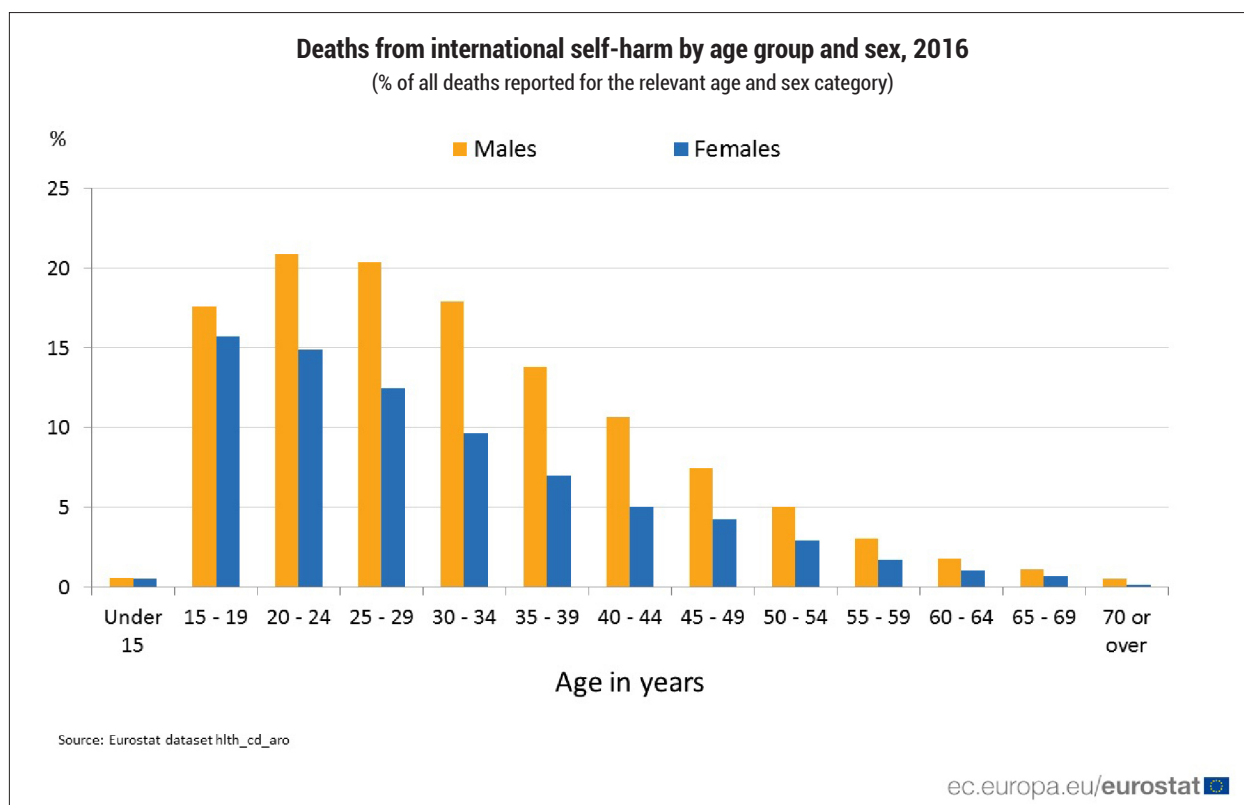
4.3.1. Suicidio

En 2019 se produjeron 3.671 suicidios en España. Esto supone una media de 10 suicidios al día. De cada 4 suicidios, 3 fueron en hombres y 1 en mujeres (75,5% vs. 24,5% respectivamente). Respecto a la cifra del año 2018, el número de suicidios en 2019 supuso un aumento del 3,7%. El suicidio representó la primera causa de muertes por causas externas. Su número fue prácticamente el doble que el número de fallecimientos por accidentes de tráfico (3.671 vs. 1.842 respectivamente) (INE, 2019).

El método más empleado fue el de ahorcamiento (45,1%), seguido por saltar desde un lugar elevado (25,8%) (INE, 2019).

El riesgo de suicidio aumenta con la edad (INE, 2019). Sin embargo, si bien las tasas de suicidio en edades más jóvenes son más bajas, resultan especialmente trágicas por los años de vida perdidos. Además, el suicidio en edades más jóvenes representa una alta proporción respecto al conjunto de causas de muerte, como se muestra en el siguiente gráfico, referido al conjunto de la Unión Europea.

Al contrario que en el conjunto de la Unión Europea, la tendencia del suicidio en España entre 1980 y 2016



Fuente: Eurostat (2020c)

ha sido ascendente, a expensas de un aumento de la tasa de suicidio en mujeres (Cayuela et al., 2020).

4.3.2. Intentos de suicidio e ideación suicida

No existen datos oficiales sobre intentos de suicidio ni ideación suicida en España, probablemente influido por las dificultades metodológicas. En el estudio epidemiológico europeo ESEMeD, se halló para España una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% para los intentos de suicidio, y del 4,4% para la ideación suicida (Gabilondo et al., 2007).

Bibliografía

Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J.P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J.V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R. and Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), pp.27-34.

Cayuela, A., Cayuela, L., Sánchez Gayango, A., Rodríguez-Domínguez, S., Pilo Uceda, F.J., Velasco Quiles, A.A. (2020). Suicide mortality trends in Spain, 1980-2016. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barc.)*, 13(2), pp. 57-62.

Eurostat (2020a). Death due to suicide, by sex. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200910-1> [acceso 17 de diciembre de 2020].

Eurostat (2020b). Almost 8 in 10 suicides among men. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00122> [acceso 17 de diciembre de 2020].

Eurostat (2020c). Deaths due to intentional self-harm: 77% are men. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200910-1> [acceso 17 de diciembre de 2020].

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Almansa, J., et al. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)*, 129(13), pp.494–500.

INE (2019). Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: www.ine.es [acceso 7 de junio de 2021].

Macrotrends (2020). European Union Suicide Rate 2000 – 2020. Disponible en: <https://www.macrotrends.net/countries/EUU/european-union/suicide-rate> [acceso 17 de diciembre de 2020].

OMS (2019). Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidios: datos y cifras, 2019. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. [acceso 28 de febrero de 2020].

WHO (2016). World Health Statistics data visualizations dashboard. Crude suicide rates per 100000 population. Year 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en> [acceso 3 de diciembre de 2020]

WHO (2020). Mental Health and Substance Abuse. Suicide data. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data> [acceso 17 de diciembre de 2020]

II. LA CONDUCTA SUICIDA EN CANARIAS

1. La Conducta Suicida en Canarias. Análisis epidemiológico y posibles factores causales

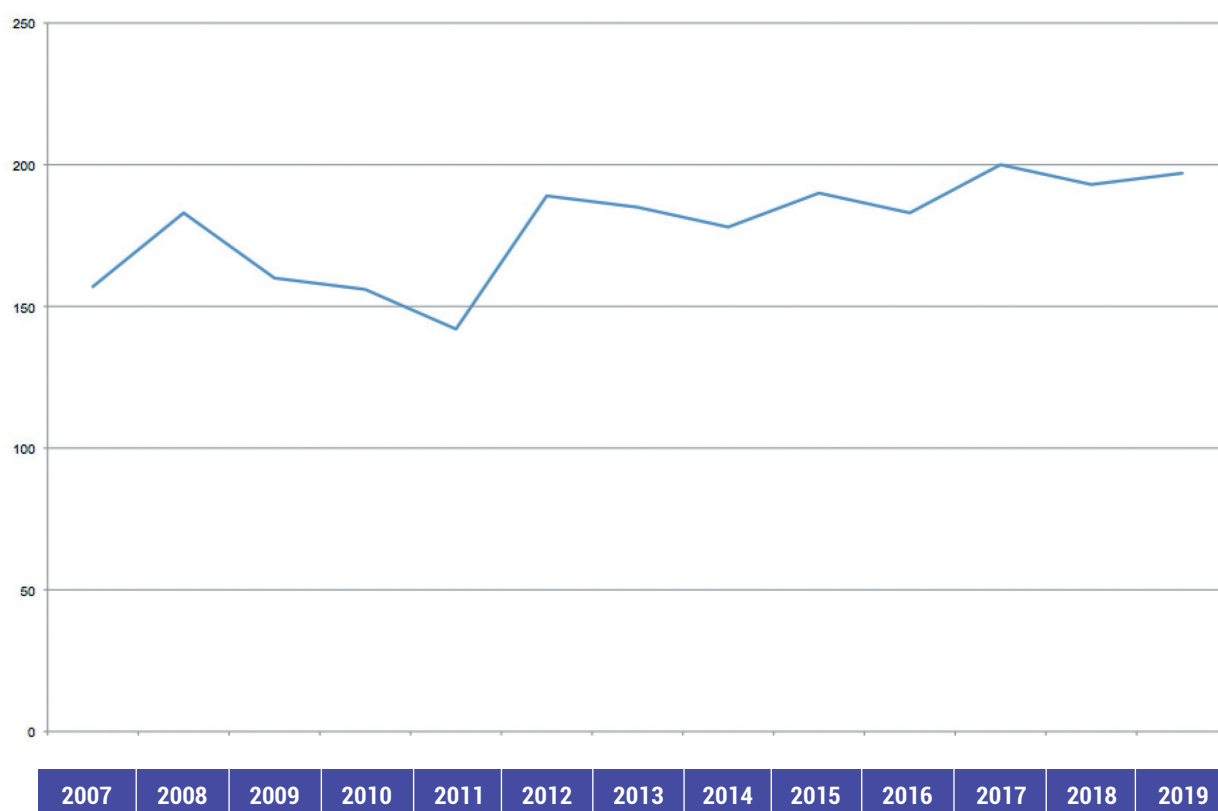
1.1. Análisis Epidemiológico

1.1.1. Suicidio en Canarias. Comparativa con España

Suicidio en Canarias. Números absolutos

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
157	183	160	156	142	189	185	178	190	183	200	193	197

Fuente: ISTAC



Entre 2007 y 2019 se ha producido un aumento en el número de suicidios en Canarias. Aunque ha habido años en los que se han producido descensos, la tendencia global ha sido ascendente.

Suicidio por islas

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
CANARIAS	157	183	160	156	142	189	185	178	190	183	200	193	197
Lanzarote	11	8	9	10	7	4	10	10	10	10	9	9	11
Fuerteventura	3	9	10	6	2	4	14	7	9	8	5	8	6
Gran Canaria	62	58	52	63	63	108	73	80	77	85	86	83	89
Tenerife	61	92	73	62	61	62	79	67	82	73	87	83	85
La Gomera	3	1	1	0	1	2	4	2	3	1	0	4	1
La Palma	17	14	15	13	8	7	5	9	8	6	12	5	4
El Hierro	0	1	0	2	0	2	0	3	1	0	1	1	1

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC)

El comportamiento evolutivo del suicidio ha sido desigual entre las islas. De hecho, los aumentos producidos en los periodos 2007 – 2008, 2011 – 2012 y 2014 – 2015 no han obedecido a un aumento homogéneo en Canarias, sino que han estado condicionados por aumentos específicos en alguna de las islas capitalinas. Específicamente, en el periodo 2007 – 2008 el aumento se produjo a expensas del aumento en Tenerife (de 61 a 92); en el periodo 2011 – 2012, a expensas del aumento producido en Gran Canaria (de 63 a 108); en el periodo 2014 – 2015 a expensas del aumento en Tenerife (de 67 a 82); en el periodo 2016-2017 a expensas de los aumentos en Tenerife y La Palma.

Suicidio por sexos – Números absolutos y ratios

CANARIAS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Hombres	122	154	129	126	107	153	138	135	142	143	147	154	165
Mujeres	35	29	31	30	35	36	47	43	48	40	53	39	32

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC)

El suicidio ha ocurrido mayoritariamente en hombres respecto a mujeres. En la siguiente tabla se muestra la ratio hombre / mujer:

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
3,5/1	5,3/1	4,2/1	4,2/1	3,1/1	4,2/1	2,9/1	3,1/1	3/1	3,6/1	2,8/1	3,9/1	5,2/1

Fuente: ISTAC

En el conjunto del periodo evaluado las cifras de suicidio fueron: 1.815 (hombres) y 498 (mujeres), lo que supone una ratio de 3,64 / 1. Esta ratio es concordante con la que se produce en los países occidentales (4 / 1) (Ministerio de Sanidad, 2020).

Suicidios - Métodos

El método mayoritario en todos los años evaluados (2007 – 2019) ha sido la *Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)*. El segundo método en frecuencia ha sido la *Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado (X80)*. A continuación se muestran los datos correspondientes a estos dos métodos principales.

II. La Conducta Suicida en Canarias

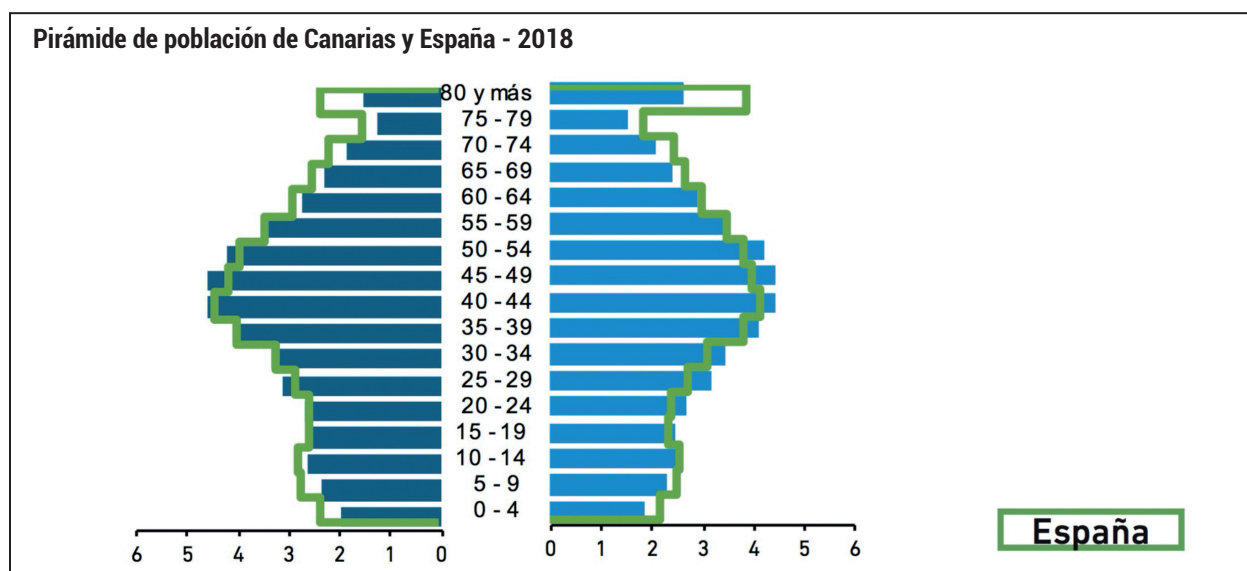
Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	157	183	160	156	142	189	185	178	190	183	200	193	197
X70	72	89	85	88	66	93	90	85	84	90	104	98	106
X80	26	37	28	33	37	58	54	53	46	51	50	45	54

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC)

Considerando el nº total de suicidios en el periodo evaluado (2.313), la *Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)* ha supuesto el 49,7% (1.150 de 2.313), y la *Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado (X80)*, el 24,7% (572 de 2.313).

Tasas de suicidio - Canarias

Para la comparación de las tasas entre Canarias y España no se ha estimado necesario realizar cálculos de las tasas ajustadas por edad, ya que, como puede verse en el siguiente gráfico, la estructura etaria de ambas poblaciones es similar.



Fuente: ISTAC. Canarias en cifras 2017-2018

En la siguiente tabla se muestra la población en cifras absolutas de Canarias, las cifras de suicidio, y el correspondiente cálculo de la tasa de suicidio:

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Población	2.025.951	2.075.968	2.103.992	2.118.519	2.126.769	2.118.344
Suicidios	157	183	160	156	142	189
Tasa	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92

Años	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Población	2.118.679	2.104.815	2.100.306	2.101.924	2.108.121	2.127.685	2.153.389
Suicidios	185	178	190	183	200	193	197
Tasa	8,73	8,46	9,05	8,71	9,49	9,07	9,15

Fuente: ISTAC. Cifras padronales / Cifras Oficiales de Población / Datos publicados / Series anuales. Municipios por islas de Canarias. Tasa: tasa por 100.000 habitantes / año

Tasas de suicidio por islas

A continuación se muestra la población de cada isla, el número de suicidios y la tasa de suicidio por 100.000 habitantes / año, para el periodo evaluado.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lanzarote	132.366	139.506	141.938	141.437	142.517	142.132
Suicidios	11	8	9	10	7	4
Tasa	8,31	5,73	6,34	7,07	4,91	2,81
Fuerteventura	94.386	100.929	103.167	103.492	104.072	106.456
Suicidios	3	9	10	6	2	4
Tasa	3,18	8,92	9,69	5,80	1,92	3,76
Gran Canaria	815.379	829.597	838.397	845.676	850.391	852.225
Suicidios	62	58	52	63	63	108
Tasa	7,60	6,99	6,20	7,45	7,41	12,67
Tenerife	865.070	886.033	899.833	906.854	908.555	898.680
Suicidios	61	92	73	62	61	62
Tasa	7,05	10,38	8,11	6,84	6,71	6,90
La Gomera	22.259	22.622	22.769	22.776	23.076	22.350
Suicidios	3	1	1	0	1	2
Tasa	13,48	4,42	4,39	0	4,33	8,95
La Palma	85.933	86.528	86.996	87.324	87.163	85.468
Suicidios	17	14	15	13	8	7
Tasa	19,78	16,18	17,24	14,89	9,18	8,19
El Hierro	10.558	10.753	10.892	10.960	10.995	11.033
Suicidios	0	1	0	2	0	2
Tasa	0	9,30	0	18,25	0	18,13

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Lanzarote	141.953	141.940	143.209	145.084	147.023	149.183	152.289
Suicidios	10	10	10	10	9	9	11
Tasa	7,04	7,04	6,98	6,89	6,12	6,03	7,22
Fuerteventura	109.174	106.930	107.367	107.521	110.299	113.275	116.886
Suicidios	14	7	9	8	5	8	6
Tasa	12,82	6,55	8,38	7,44	4,53	7,06	5,13
Gran Canaria	852.723	851.157	847.830	845.195	843.158	846.717	851.231
Suicidios	73	80	77	85	86	83	89
Tasa	8,56	9,40	9,08	10,06	10,20	9,80	10,46
Tenerife	897.582	889.936	888.184	891.111	894.636	904.713	917.841
Suicidios	79	67	82	73	87	83	85
Tasa	8,80	7,53	9,23	8,19	9,72	9,17	9,26
La Gomera	21.153	20.721	20.783	20.940	20.976	21.136	21.503
Suicidios	4	2	3	1	0	4	1
Tasa	18,91	9,65	14,43	4,78	0	18,93	4,65
La Palma	85.115	83.456	82.346	81.486	81.350	81.863	82.671
Suicidios	5	9	8	6	12	5	4
Tasa	5,87	10,78	9,72	7,36	14,75	6,11	4,84
El Hierro	10.979	10.675	10.587	10.587	10.679	10.798	10.968
Suicidios	0	3	1	0	1	1	1
Tasa	0	28,10	9,45	0	9,36	9,26	9,12

Fuente: ISTAC. Tasas: elaboración propia

II. La Conducta Suicida en Canarias

La OMS ha establecido una clasificación de las tasas de suicidio en una población en función del número de suicidios por 100.000 habitantes y año (OMS, citado por OPS, 2011):

- Baja: < 5
- Media: 5 – 15
- Alta: 15 – 30
- Muy altas: > 30

En todos los años del periodo evaluado, las tasas de suicidio en Canarias se han situado en el rango de unas tasas medias. Sin embargo, las tasas son heterogéneas al analizar las diferentes islas, ya que se han producido tasas altas en algunas, y bajas en otras. Ambos tipos son las que se han resaltado en la tabla. En el caso de las islas no capitalinas de menor población, debe tenerse en cuenta que las poblaciones bajas determinan que la ocurrencia de uno o pocos casos se traduzcan en tasas medias o altas.

Tasas de suicidio por sexo

En la siguiente tabla se muestra la población de Canarias total y de hombres y mujeres, en el periodo evaluado:

	Total	Hombres	Mujeres
2007	2.025.951	1.015.493	1.010.458
2008	2.075.968	1.040.137	1.035.831
2009	2.103.992	1.052.636	1.051.356
2010	2.118.519	1.058.706	1.059.813
2011	2.126.769	1.061.591	1.065.178
2012	2.118.344	1.056.240	1.062.104
2013	2.118.679	1.055.302	1.063.377
2014	2.104.815	1.046.373	1.058.442
2015	2.100.306	1.043.203	1.057.103
2016	2.101.924	1.042.838	1.059.086
2017	2.108.121	1.045.113	1.063.008
2018	2.127.685	1.054.032	1.073.653
2019	2.153.389	1.065.971	1.087.418

Fuente: ISTAC. Explotación Estadística del Padrón Municipal / Resultados principales. Islas, comarcas y municipios de Canarias. 2000-2020

En la siguiente tabla se muestra el cálculo de las tasas:

	Total	Hombres	Mujeres
2007	7,75	12,01	3,46
2008	8,82	14,81	2,80
2009	7,60	12,25	2,95
2010	7,36	11,90	2,83
2011	6,68	10,08	3,29
2012	8,92	14,49	3,39
2013	8,73	13,08	4,42
2014	8,46	12,90	4,06
2015	9,05	13,61	4,54
2016	8,71	13,71	3,78
2017	9,49	14,07	4,99
2018	9,07	14,61	3,63
2019	9,15	15,48	2,94

Fuente: Cálculo propio. Tasas por 100.000 habitantes / año

Suicidio por edades

En la siguiente tabla se muestran los grupos de edad con las cifras absolutas de suicidio durante el 2019, y las tasas calculadas según la población en estas franjas de edad.

Canarias - Suicidios por franjas de edad - 2019

Franja etaria	Nº absoluto	Población	Tasa
Total	197	2.153.389	9,15
Menores de 15	0	287.067	0
15 - 19	2	111.402	1,80
20 - 29	18	249.336	7,22
30 - 39	14	315.177	4,44
40 - 49	46	387.190	11,88
50 - 59	47	338.730	13,88
60 - 69	33	226.967	14,54
70 - 79	20	148.042	13,51
Más de 79	17	89.478	19,00

Fuente: ISTAC. Suicidios de residentes según sexos y grupos de edad por años. Canarias. Tasas: cálculo propio.

Las tasas de menores de 15 años, de 15-19 años, y de 30 a 39 años se encuadraron en el rango bajo. Por su parte, existe un incremento marcado en la tasa de suicidio a partir de los 40 años. La mayor tasa de suicidio se encuentra en la franja de más de 79 años, que se encuadra en un rango alto.

Suicidio en niños y adolescentes

A continuación se muestran las cifras absolutas de suicidio en los años 2007-2019, en menores de 15 años, diferenciados por sexo, y la tasa por 100.000 hab. / año.

Canarias	2007	2008	2009	2010	2011	2012
♂ 0-14 a.	1	0	0	1	0	0
♀ 0-14 a.	0	1	0	0	0	1
Total	1	1	0	1	0	1
Población	295.244	298.219	299.154	300.313	299.261	297.469
Tasa	0,34	0,34	0	0,33	0	0,34

Canarias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
♂ 0-14 a.	1	0	1	1	0	0	0
♀ 0-14 a.	0	1	0	0	0	0	0
Total	1	1	1	1	0	0	0
Población	307.599	303.772	299.400	295.585	291.702	290.028	287.067
Tasa	0,32	0,39	0,33	0,34	0	0	0

Fuente: ISTAC. Explotación Estadística del Padrón Municipal. Tasa: Suicidios por 100.000 hab./año

II. La Conducta Suicida en Canarias

A continuación se refleja la **tasa en España** para el mismo periodo 2007-2019.

España	2007	2008	2009	2010	2011	2012
♂ 0-14 a.	7	2	7	3	1	4
♀ 0-14 a.	5	2	1	0	1	1
Total	12	4	8	3	2	5
Tasa	0,184	0,060	0,117	0,043	0,029	0,071

España	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
♂ 0-14 a.	6	4	7	8	6	4	4
♀ 0-14 a.	3	6	1	4	7	3	3
Total	9	10	8	12	13	7	7
Tasa	0,127	0,142	0,117	0,172	0,187	0,101	0,102

Fuente: INE

Aunque infrecuente en nuestra Comunidad y en el conjunto de España, es un hecho especialmente trágico, y el objetivo debe ser la ausencia total de casos. Las tasas en Canarias han sido inferiores a las de España en los cuatro años en los que no hubo casos en nuestra Comunidad, pero superiores en los demás años. Sin embargo, hay que tener en cuenta el factor de la población de referencia sobre la que se calculan las tasas, ya que, al tener Canarias una población marcadamente inferior al del conjunto de España, la ocurrencia de un solo caso ha sido suficiente para sobrepasar la tasa de España.

1.1.2. Suicidio en España y en La Unión Europea. Comparativa con Canarias

En la siguiente tabla se refleja la comparativa entre las tasas de suicidio en Canarias y el global de España y la Unión Europea en el periodo evaluado.

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Canarias	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92
España	7,27	7,58	7,47	6,85	6,89	7,57
UE 28	11,4	11,7	11,9	11,8	11,68	11,73

Años	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Canarias	8,73	8,46	9,05	8,71	9,49	9,07	9,15
España	8,31	8,41	7,76	7,68	7,91	7,57	7,81
UE 28	11,67	11,25	10,91	10,33	--	--	--

Fuentes: ISTAC, INE y EUROSTAT. Población España: INE. Padrón. Población por municipios. Datos: Tasa de suicidio por 100.000 habitantes / año. UE 28: Unión Europea – 28 países.

Las tasas de suicidio en Canarias han sido superiores a las del conjunto de España, excepto en el año 2011. Sin embargo, tanto las de Canarias como las de España son inferiores a las del conjunto de la **Unión Europea**.

En España existe variabilidad en las tasas según las **Comunidades Autónomas**. En la siguiente tabla se muestran las tasas correspondientes al año 2019:

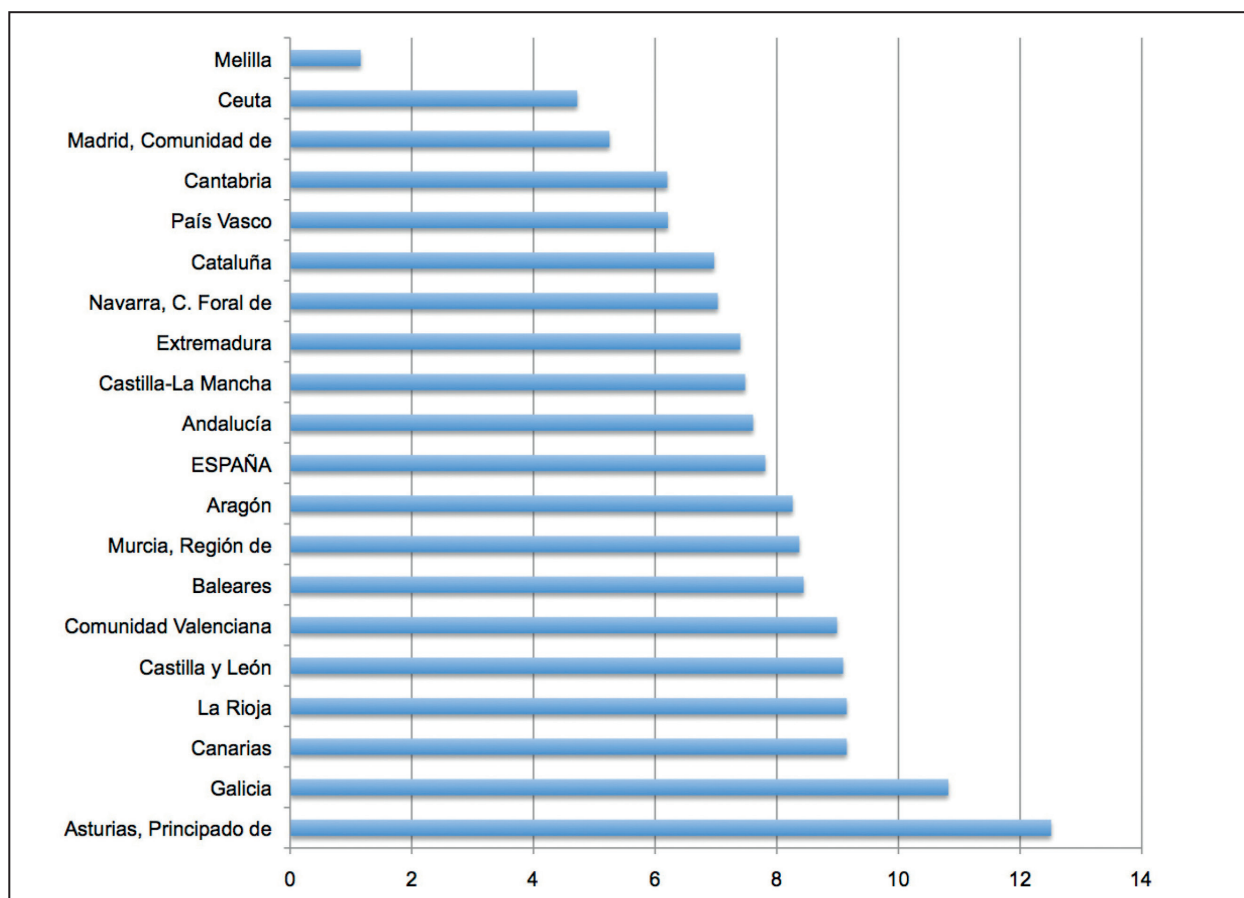
Año 2019	Población	Suicidios	Tasa
España	47.026.208	3.671	7,81
Andalucía	8.414.240	640	7,61
Aragón	1.319.291	109	8,26
Asturias, Principado de	1.022.800	128	12,51
Baleares	1.149.460	97	8,44
Canarias	2.153.389	197	9,15
Cantabria	581.078	36	6,20
Castilla y León	2.399.548	218	9,09
Castilla-La Mancha	2.032.863	152	7,48
Cataluña	7.675.217	535	6,97
Comunidad Valenciana	5.003.769	450	8,99
Extremadura	1.067.710	79	7,40
Galicia	2.699.499	292	10,82
Madrid, Comunidad de	6.663.394	350	5,25
Murcia, Región de	1.493.898	125	8,37
Navarra, C. Foral de	654.214	46	7,03
País Vasco	2.207.776	137	6,21
La Rioja	316.798	29	9,15
Ceuta	84.777	4	4,72
Melilla	86.487	1	1,16

Fuentes: Poblaciones y nº de suicidios: INE. Tasas: Cálculo propio. Tasa por 100.000 habitantes / año.

Comparativamente con otras CCAA, Canarias presentó en 2019 la tercera tasa más alta de España, por detrás de Asturias (12,51) y Galicia (10,82), y con una tasa igual a la de La Rioja. En el siguiente gráfico se muestra la comparativa de las tasas de las diferentes CCAA y la tasa del conjunto de España.

II. La Conducta Suicida en Canarias

Tasas de suicidio en España y las CCAA – Año 2019



Fuente: Tasas: Cálculo propio a partir de datos del INE. Tasa por 100.000 habitantes / año. Gráfico: elaboración propia.

1.1.3. Intentos de Suicidio en Canarias y España

Las cifras reales de intentos de suicidio son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos. Con tales limitaciones, las cifras estimadas en España están entre 50-90 por 100.000 habitantes/año (Ministerio de Sanidad, 2020). El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extrahospitalario de 28/100.000 habitantes y de 170/100.000 habitantes en medio hospitalario (Ministerio de Sanidad, 2020). En el estudio epidemiológico europeo ESE-MeD, se halló para España una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% para los intentos de suicidio (Gabilondo et al., 2007).

En Canarias se realizó la integración de una *Ficha de registro de conductas suicidas* en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP) y la Historia Clínica Electrónica desde el año 2017. Sin embargo, debido a diferentes dificultades, los datos aún no ofrecen la fiabilidad necesaria. En el análisis de los datos se han hallado problemas de sobre-registro e infra-registro. El sobre-registro parece tener relación con dos probables problemas: i) un registro de la tentativa, no como tentativa actual, sino como antecedente, lo que genera un número de intentos de suicidio irreal por paciente; y ii) un registro duplicado para la misma tentativa en la asistencia en el Servicio de Urgencias hospitalario y en la Unidad de Salud Mental. El infra-registro parece tener relación principalmente con el tiempo que requiere su cumplimentación. Resultan necesarias acciones de mejora que permitan evitar los problemas mencionados y creen las condiciones necesarias para que los datos tengan la fiabilidad adecuada.

Se estima que por cada suicidio se producen más de 20 intentos de suicidio (WHO, 2021), o entre 10 y 30 (Bachmann, 2018). Esta proporción es variable en función de diversos factores, como el sexo, edad, método y área geográfica (Padrón-Monedero y Fernández-Cuenca, 2018). Tomando como referencia una proporción de 1:20, dado que en 2019 se produjeron 197 suicidios en Canarias, la estimación para ese mismo año se sitúa en torno a 3.940 intentos de suicidio.

1.1.4. Ideación Suicida en Canarias y en España

Ideación suicida en Canarias

Por motivos metodológicos, resulta difícil la obtención de datos epidemiológicos fiables sobre la ideación suicida. En Canarias disponemos de este dato, ya que la prevalencia de ideación suicida se evaluó en la Encuesta de Salud de Canarias realizada en 2015 y publicada en 2016. El 10,8% de la población mayor de 16 años declaró haber tenido en algún momento de su vida ideas de suicidio.

En cuanto a los **grupos de edad**, la mayor prevalencia se produjo en la franja de 45 a 64 años, con un 12,3%, y la menor, en la de 16 a 29 años, con un 7,9%.

Al comparar por sexo, las mujeres presentaron una mayor prevalencia que los hombres (13,4% vs. 8,1% respectivamente). En las mujeres la mayor prevalencia se produjo en la franja de 45 a 64 años (16,3%) y en los hombres, en la de 30 a 44 años (10,7%).

Al comparar por **islas**, la mayor prevalencia se produjo en Gran Canaria (11,7%). La prevalencia de La Gomera, La Palma y El Hierro (agrupadas: 11,1%) y de Tenerife (10,9%) fue ligeramente inferior. La menor prevalencia se produjo en Lanzarote y Fuerteventura (agrupadas: 7,2%).

En cuanto al **momento** de tener las ideas suicidas, entre las personas que declararon haber tenido ideas de suicidio, el 29,4% refirieron haberlas tenido en los últimos 12 meses (el 27,4% de los hombres y el 30,6% de las mujeres).

Según la **clase social** basada en la ocupación, la mayor prevalencia se produjo en la clase VI (13,9%). Las menores prevalencias se produjeron en las clases II y III (7,5% y 7,8% respectivamente).

Clases establecidas:

Clase I: Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.

Clase II: Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

Clase III: Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

Clase IV: Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas.

Clase V: Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.

Clase VI: Trabajadores/as no cualificados/as.

Canarias vs. España

En Canarias, el 10,8% de la población mayor de 16 años declaró haber tenido en algún momento de su vida ideas de suicidio. Esta prevalencia es mayor que el 4,4% hallado en el mayor estudio epidemiológico realizado en España, que formó parte del estudio europeo ESEMeD (Gabilondo et al., 2007). Sin embargo, hay que considerar la posible influencia en esta mayor tasa, de la crisis económica que comenzó en 2008

II. La Conducta Suicida en Canarias

en España, ya que las crisis económicas se han asociado a mayor tasa de suicidio (Oyesanya et al., 2015; Parmar et al., 2016). Además, la metodología de evaluación fue diferente a la utilizada en Canarias, lo que afecta a la fiabilidad de las comparaciones.

Canarias vs. otras áreas geográficas

El País Vasco constituye un área geográfica ideal para su comparación con Canarias, ya que ambas CCAA han utilizado la misma metodología de evaluación de la ideación suicida en sus respectivas Encuestas de Salud. Se presenta a continuación.

	Canarias	País Vasco
Encuesta de Salud - Año	ESC 2015	ESCAV 2013
Ideación suicida en algún momento de la vida (mayores de 16 años)	10,8%	4,4%
Ideación suicida en el último año (mayores de 16 años)	3,18%	1,4%
Tasa de suicidio en año de la Encuesta de Salud	9,05	8,3

ESCAV: Encuesta de Salud de la CAPV. ESC: Encuesta de Salud de Canarias. Tasa de suicidio, por 100.000 habitantes

1.1.5. Conclusiones

- El número y de suicidios y las tasas han experimentado variaciones en el periodo evaluado (2007-2019) si bien se identifica una tendencia progresiva al alza.
- El comportamiento evolutivo del suicidio ha sido desigual entre las islas. Los aumentos marcados que se produjeron en los periodos 2007 – 2008 y 2011 – 2012 han estado condicionados principalmente por aumentos en una de las islas capitalinas, y no por un aumento homogéneo en Canarias.
- Ha existido variabilidad en las tasas de suicidio entre las islas, ya que se han producido tasas altas en algunas, y bajas en otras.
- La ratio entre hombres y mujeres en el periodo evaluado fue de 3,64/1, similar a la ratio de los países occidentales.
- Los métodos mayoritarios en el periodo evaluado han sido la Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (49,7%), seguido de la Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado (24,7%).
- La franja de edad de más de 79 años fue la de mayor tasa de suicidio en 2019 (19 por 100.000 hab.).
- El suicidio en menores de 15 años, aunque infrecuente en Canarias y en España, es un hecho especialmente trágico, y el objetivo debe ser la ausencia total de casos.
- La tasa de suicidio en 2019 en Canarias fue de 9,15 por 100.000 habitantes.
- Las tasas de suicidio en Canarias en el periodo evaluado han sido generalmente superiores a las de España. Ambas se sitúan en el rango considerado como “medio” según la OMS.
- Las tasas de suicidio de Canarias y España han sido, en términos generales, considerablemente inferiores a las del conjunto de Europa.
- En España existe variabilidad considerable en las tasas de suicidio según las Comunidades Autónomas. En 2019, Canarias presentó la tercera tasa más alta de España, por detrás de Asturias y Galicia, y con una tasa igual a la de La Rioja.
- Los datos sobre intentos de suicidio en Canarias aún no poseen la fiabilidad suficiente. Son necesarias acciones encaminadas a la mejora de su registro. En España se ha hallado una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% para el intento de suicidio.

- La prevalencia de ideación suicida a lo largo de la vida en la población mayor de 16 años en Canarias fue de 10,8% en 2015. Esta prevalencia resulta superior a la de otra región geográfica española en la que la metodología de evaluación fue idéntica (4,4% en el País Vasco) y a la del conjunto de España (4,4% en estudio epidemiológico ESEMeD).
- La mayor prevalencia de ideación suicida en Canarias se produjo en la franja de 45 a 64 años (12,3%), en mujeres (13,4%), en Gran Canaria (11,7%) y en la clase social VI (Trabajadores/as no cualificados/as) (13,9%).

1.1.6. Síntesis de datos. Conducta Suicida en Canarias (2018-2019)

Canarias	2018	2019
Aspectos básicos		
Número de suicidios	193	197
Métodos principales		
X70 (Ahorcamiento)	98 (50,8%)	106 (53,8%)
X80 (Precipitación)	45 (23,3%)	54 (27,4%)
Suicidio por sexos		
Hombres	154 (79,8%)	165 (83,8%)
Mujeres	39 (20,2%)	32 (16,2%)
Ratio Hombres / Mujeres	3,9/1	5,2/1
Tasas		
Tasa (100.000 hab. /año)	9,07	9,15
Rango de la tasa (OMS)	Medio	Medio
Variación respecto a año anterior	- 4,4%	+ 0,9%
Tasas por islas		
Tenerife	9,17	9,26
Gran Canaria	9,80	10,46
Lanzarote	6,03	7,22
Fuerteventura	7,06	5,13
La Palma	6,11	4,84
La Gomera	18,93	4,65
El Hierro	9,26	9,12
Tasas por sexo		
Hombres	14,61	15,48
Mujeres	3,63	2,94
Tasas por edades (años)		
Menores de 15	0	0
15 - 19	2,76	1,80
20 - 29	3,22	7,22
30 - 39	10,35	4,44
40 - 49	12,24	11,88
50 - 59	11,32	13,88
60 - 69	16,39	14,54
70 - 79	11,90	13,51
Más de 79	13,57	19,00
Comparación de tasas		

II. La Conducta Suicida en Canarias

Canarias	2018	2019
Tasas		
Canarias	9,07	9,15
España	7,57	7,81
Unión Europea	10,33 (2016)	10,33 (2016)
CCAA (puesto, de mayor a menor)	4º	3º - 4º
Intentos de suicidio e Ideación suicida		
Intentos de suicidio*	---*	---*
Ideación suicida**	10,8% (2015)	10,8% (2015)

Tasas según la OMS: - Baja: < 5; Media: 5 – 15; Alta: 15 – 30; Muy alta: > 30

* Datos aún sin la fiabilidad de registro necesaria. ** Ideación suicida en algún momento de la vida, en mayores de 16 años

1.2. Posibles factores causales

La conducta suicida es un fenómeno multifactorial (Ministerio de Sanidad, 2020). Se han definido factores de riesgo de tipo individual, de relaciones, de la comunidad, sociales, y relacionados con los sistemas de salud (OMS, 2014). Por lo tanto, cualquier análisis que parta de una perspectiva poblacional será inevitablemente parcial. Asumiendo esta limitación, a continuación se exponen determinados factores de riesgo, de naturaleza sociodemográfica y clínica, de los cuales se dispone de datos poblacionales en Canarias y España.

1.2.1. Trastornos mentales. Depresión

En los estudios de autopsia psicológica, se ha establecido la presencia de trastornos mentales en alrededor del 90% de los casos. Dentro de los trastornos mentales, la depresión es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general (Ministerio de Sanidad, 2020). La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (OMS 2002; citado por Ministerio de Sanidad, 2020).

En la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2014), se evaluó la presencia de “cuadro depresivo mayor” y “otros cuadros depresivos” activos, en mayores de 15 años, a través del Patient Health Questionnaire (PHQ-8). Mientras que en España las prevalencias fueron de 3,52% y 3,84% respectivamente, en Canarias fueron de 5,73% y 4,72% respectivamente. En cuanto al cuadro depresivo mayor, Canarias fue la Comunidad con la segunda mayor prevalencia de España. Teniendo en consideración ambos tipos de depresiones, Canarias fue la 4ª Comunidad con mayor prevalencia.

En la Encuesta de Salud de Canarias (2015), hasta el 25,1% de la población mayor de 16 años refirió ansiedad o depresión, evaluada a través de la escala EQ-5D-5L.

Por último, según datos de Atención Primaria (SIAP-SCS, 2016) en el año 2016 había 140.271 pacientes con diagnóstico de depresión, lo que representa el 6,67% de la población. La mayor parte de estos corresponden al diagnóstico de episodio depresivo (89,9%).

1.2.2. Consumo de tóxicos

El consumo de alcohol y otros tóxicos se comporta no solo como factor de riesgo sino también como factor precipitante (Ministerio de Sanidad, 2020). Los trastornos relacionados con el alcohol y otros tóxicos son frecuentes en las personas que se suicidan, y pueden exacerbar factores de riesgo o interactuar con la depresión, de forma que se incrementa el riesgo de conductas suicidas (Turecki y Brent, 2016).

Según los informes del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España - Estadísticas), Canarias ha sido la Comunidad que ha presentado las mayores tasas de “admisión a tratamiento” durante varios años. Las tasas han sido marcadamente superiores a las del conjunto de España. El “caso de admisión a tratamiento” se define como toda “persona admitida a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de una sustancia psicoactiva en un centro de tratamiento por primera vez en un año determinado, en una Comunidad o ciudad autónoma del estado español”. En la siguiente tabla se muestra las tasas de Canarias y España. El último año del que se disponen datos es el 2018, que se muestra en el informe de 2020.

Tasas de “admisiones a tratamiento” por consumo de sustancias psicoactivas en España y Canarias

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Canarias	173,13	194,60	202,30	181,59	181,64	143,25	134,02	144,69
España	106,50	105,4	110,22	104,94	101,47	98,02	98,00	102

Tasas por 100.000 habitantes y año

Fuentes: Informes del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España - Estadísticas).

Por lo tanto, tanto la depresión como los trastornos relacionados con el consumo de tóxicos pueden ser factores de riesgo clínicos de especial relevancia en la conducta suicida en Canarias, dada la importancia que tienen como factores de riesgo suicida y la alta prevalencia que presentan en Canarias, en comparación con España.

1.2.3. Factores sociofamiliares, económicos y ambientales

Entre estos factores, se han asociado a mayor riesgo suicida el estado civil soltero o divorciado, viudedad, vivir solo, carecer de apoyo social, pérdida de empleo, pobreza, y un bajo nivel educativo (Ministerio de Sanidad, 2020).

Por su parte, las situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), y problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo (Ministerio de Sanidad, 2020).

Otro factor de riesgo lo constituye la exposición a casos de suicidio cercanos o a noticias o informaciones sobre suicidio en los medios de comunicación (efecto “contagio” o Werther) con determinadas características, que deben evitarse (Acosta et al., 2017; Acosta et al., 2019).

Este tipo de factores no son modificables desde el ámbito sanitario. Sin embargo, para el factor de efecto contagio puede producirse una colaboración entre las instituciones sanitarias y los medios de comunicación para evitar este efecto, o cuando menos reducirlo.

A continuación se muestra una comparativa entre factores sociofamiliares y económicos entre Canarias y España:

II. La Conducta Suicida en Canarias

Factores sociofamiliares y económicos. Comparativa entre España y Canarias

	España	Canarias
Paro (2019) ¹	14,1%	20,5%
Numero de personas con las que contaría en caso de necesidad; más de cinco (2014) ²	38,35%	24,73%
Numero de personas con las que contaría en caso de necesidad; ninguna (2014) ²	1,01%	1,65%
Nivel de interés de otras personas por lo que le pasa; mucho (2014) ²	84,67%	94,35%
PIB per cápita (2017) ¹	24.969€	20.457€
Renta anual neta media por hogar (2017) ³	28.417€	23.048€
Renta anual neta media por persona (2017) ³	11.412€	8.964€
Nivel de estudios; analfabetismo (2019) ⁴	1,5%	1,6%
Nivel de estudios; estudios primarios incompletos (2019) ⁴	5,1%	5,6%
Nivel de estudios; educación superior (2019) ⁴	30,3%	27,4%
Nulidades, separaciones y divorcios (2019). Tasa por 1.000 habitantes ⁵	2,02	2,05

Fuentes: 1. INE. España en cifras 2020. 2. Encuesta Europea de salud en España (2014). 3. Anuario estadístico España 2020. 4. INE: Encuesta de Población activa. Población de 16 y más años por nivel de formación alcanzado, sexo y comunidad autónoma. Porcentajes respecto del total de cada comunidad. 5. INE: Nulidades, separaciones y divorcios. Tablas resumen.

Como se puede observar, Canarias ha mostrado cifras peores respecto a España en cuanto a paro, aspectos económicos (PIB per cápita, renta anual), nivel de estudios, y nulidades, separaciones y divorcios. El nivel de apoyo social también fue peor en Canarias (si bien la impresión subjetiva del interés de otras personas por los problemas personales, fue mejor respecto al de España). Todos ellos se han señalado como factores de riesgo de la conducta suicida.

1.2.4. Conclusiones

- Canarias presenta unas tasas de depresión más altas que el conjunto de España, evaluadas mediante encuestas de salud. La depresión es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida.
- Canarias presenta unas tasas de “admisión a tratamiento” por consumo de tóxicos (alcohol, tabaco y drogas ilegales) marcadamente superiores a las del conjunto de España. El consumo de alcohol y otros tóxicos se comporta no solo como factor de riesgo sino también como factor precipitante de la conducta suicida.
- Canarias ha mostrado peores cifras respecto a España en cuanto a paro; aspectos económicos (PIB per cápita, renta anual); nivel de estudios; apoyo social; y nulidades, separaciones y divorcios. Todos estos factores se han señalado como factores de riesgo de la conducta suicida.

Fuentes de datos y bibliografía

Fuentes de datos

- Instituto Canario de Estadística (<http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>)
- Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/>)
- EUROSTAT. (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>)
- INE, 2014. Encuesta Europea de Salud en España. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175#!-tabs-1254736194728

- INE, 2020. España en cifras 2020. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924856416&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis
- INE, 2020. Anuario Estadístico de España 2020. Disponible en: https://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario20/anu20_completo.pdf
- INE, 2020. Encuesta de Población Activa. INEbase / Mercado laboral / Actividad, ocupación y paro / Encuesta de Población Activa. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=811&capsel=811>
- INE, 2020. Nulidades, separaciones y Divorcios. Tablas Resumen. INEbase / Sociedad / Seguridad y Justicia / Estadística de Nulidades, separaciones y Divorcios. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=3964&capsel=3964>
- ISTAC, 2015. Encuesta de Salud de Canarias. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas_estadisticos/sociedad/salud/estadodesalud/C00035A.html
- Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP)
- SIAP-SCS, 2016. Sistema de Información de Atención Primaria. Servicio Canario de la Salud.
- MSSSI, 2013. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2013. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/3_Estadisticas_2013.pdf
- MSSSI, 2015. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2015. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/ESTADISTICAS_2015.pdf
- MSSSI, 2016. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2016. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_ESTADISTICAS_OEDT.pdf
- MSSSI, 2017. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2017. Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>
- MSCBS, 2018. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2018. Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018OEDA-ESTADISTICAS.pdf>
- MSCBS, 2019. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2019. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OEDA-INFORME.pdf>
- MSCBS, 2020. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2020. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>

II. La Conducta Suicida en Canarias

Bibliografía

- Acosta, F.J., Rodríguez, C.J., Cejas, M.R. (2017). Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. *Revista Española de Salud Pública*, 91: 24 de octubre e201710040
- Acosta, F.J., Rodríguez, C.J., Cejas, M.R., Ramallo-Fariña, Y. and Fernandez-Garcimartin, H. (2019). Suicide Coverage in the Digital Press Media: Adherence to World Health Organization Guidelines and Effectiveness of Different Interventions Aimed at Media Professionals. *Health Communication*, pp.1–10.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 15(7), p.1425. Available at: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/7/1425>.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Almansa, J., Codony, M. and Maria Haro, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), pp.494–500.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., et al. (2005). Suicide Prevention Strategies. *JAMA*, [online] 294(16), p.2064–2074. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/201761>
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2012). Public health action for the prevention of suicide. A framework. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1
- OPS. Organización Panamericana de la Salud (2011). Informe subregional de suicidio. Centroamérica y República Dominicana 1988 – 2008. Organización Panamericana de la Salud.
- Oyesanya, M., Lopez-Morinigo, J. and Dutta, R. (2015). Systematic review of suicide in economic recession. *World Journal of Psychiatry*, [online] 5(2), p.243–254. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4473496/>
- Padrón-Monedero A, Fernández-Cuenca, R. (2018). Mortalidad por suicidio. En: Salud Mental y Salud Pública en España: vigilancia epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Parmar, D., Stavropoulou, C. and Ioannidis, J.P.A. (2016). Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ*, [online] p.i4588. Available at: <https://www.bmj.com/content/354/bmj.i4588>
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012, revisada en 2020.
- Turecki, G., Brent, D.A (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024), p.1227–1239. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
- WHO. World Health Organization. (2021). Suicide prevention. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1

2. Acciones desarrolladas en Canarias

Desgraciadamente no existe en España ninguna Estrategia ni Plan de prevención del suicidio de carácter estatal. Esto, unido a la ausencia de un marco planificador en Salud Mental hasta la aprobación del Plan de *Salud Mental de Canarias 2019-2023* (Gobierno de Canarias, 2019), ha supuesto una carencia de líneas directrices y de un marco en el que desarrollar las diversas acciones. A pesar de ello, en los últimos años se ha realizado un número considerable de acciones encaminadas a la prevención de la conducta suicida, concebidas y desarrolladas con una perspectiva estratégica. Se exponen a continuación.

2.1. Información y sensibilización

• **Intervención dirigida a los profesionales de los medios de comunicación de Canarias.** La intervención se compuso de:

1. Acción formativa de carácter autonómico (“Las noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS”) (2017).
2. Elaboración de documento sintético de las recomendaciones de la OMS, y subsiguiente publicación como artículo (Acosta et al., 2017). Supuso la traducción y fusión de las recomendaciones de la OMS dirigidas a los medios de comunicación, y su disponibilidad por primera vez de forma sintética y en español.
3. Difusión de las recomendaciones de la OMS a través de documento sintético (Acosta et al., 2017) a los medios de comunicación de Canarias (prensa, radio y TV) (2017).
4. Difusión recordatorio de las recomendaciones de la OMS, a los seis meses (2018).
5. Evaluación cuantitativa del impacto de esta intervención, hallándose una mejora en la calidad de las noticias sobre suicidio en Canarias, en el periodo posterior a la acción, respecto al periodo previo (Acosta et al., 2020).

• **Campaña del Día Mundial de la Salud Mental 2019.** Desarrollada por el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, en colaboración con el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Lema: Aunemos esfuerzos para prevenir el suicidio / Conect@ con la vida

Modalidad: Online y Prensa. Materiales integrados: video, folletos

Página web:

<https://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=7c203749-e9b1-11e9-8b23-21fab7a2e00d&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f>

• **Campaña del Día Mundial de la Prevención del Suicidio 2020.** Desarrollada por el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, en colaboración con el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Lema: Trabajando juntos para prevenir el suicidio

Modalidad: Online y Prensa. Materiales integrados: carteles y folletos

Página web:

<https://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=950a3de2-e395-11ea-b495-1301b79d9aae&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f>

II. La Conducta Suicida en Canarias

2.2. Coordinación

- **Coordinación en el SCS.** Coordinación continuada entre el el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, desde el año 2017 hasta la actualidad.

2.3. Formación

- **Curso "Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del SNS".** Desarrollado en **2014**, en ambas provincias. Dirigido a profesionales de Salud Mental. Duración de 10 horas. Enfoque teórico – práctico. Acreditado por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. Basado en las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (MSPS, 2012).
- **Curso "Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del SNS".** Segunda edición del curso, desarrollado en **2015** en la provincia de Las Palmas, para dar cabida a la demanda que excedió las plazas disponibles en la edición previa.
- **Curso "Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria".** Desarrollado en **2016** en ambas provincias. Dirigido a profesionales de Atención Primaria. Duración de 5 horas. Enfoque teórico – práctico. Acreditado por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.
- **Curso "Las noticias sobre suicidio en los medios de comunicación: recomendaciones de la OMS".** Desarrollado en **2017** en ambas provincias. Dirigido a profesionales de los medios de comunicación. Duración de 3 horas. Enfoque teórico – práctico. Reconocimiento de Interés Sanitario.
- **Taller "Manejo y prevención de la conducta suicida".** Desarrollado en **2019** en ambas provincias. Dirigido a profesionales de Salud Mental. Duración de 8 horas. Enfoque teórico – práctico. Acreditado por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.

2.4. Herramientas para la práctica clínica

- **Herramienta para la consulta "Abordaje del suicidio en Atención Primaria".** Elaborado en **2008**. Dirigido a los profesionales de Atención Primaria. Se alojó en el Portal Drago-AP. Contenía conceptos básicos, recomendaciones para la entrevista y evaluación del riesgo y conducta suicida, instrumentos psicométricos y criterios de derivación.
- **Herramienta para la consulta "Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria".** Elaborado en **2015**. Dirigido a los profesionales de Atención Primaria. Se alojó en el Portal Drago-AP. Supuso la actualización de la herramienta previa ("Abordaje del suicidio en Atención Primaria"). Refleja de forma sucinta los conceptos básicos, factores de riesgo y factores protectores, aspectos básicos de la entrevista y actitud, y recomendaciones sobre la evaluación e intervención, tanto para pacientes con riesgo suicida como para aquellos con tentativa suicida.

2.5. Investigación

- **Línea de investigación.** La conducta suicida es una línea de investigación asentada en Canarias desde hace décadas, y se han publicado múltiples estudios en revistas internacionales de gran relevancia. El fruto de esta actividad investigadora no solo ha contribuido a ampliar el conocimiento científico disponible en la literatura internacional y nacional, sino que ha contribuido a que un número considerable de profesionales de nuestra Comunidad hayan adquirido una especialización mayor en este campo, lo que redundará en una mayor capacitación para el más adecuado abordaje de la conducta suicida en su práctica clínica.

2.6. Registro. Sistemas de información

- **Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).** Se ha integrado la recogida de información sobre los intentos de suicidio en el RECAP, sistema de información implantado en toda la Comunidad.
- **Historia Clínica electrónica (HCE).** Durante estos años se ha procedido a la implantación progresiva de la HCE en nuestra Comunidad. Se ha realizado, asimismo, la integración del RECAP con la Historia Clínica Electrónica. Por su parte, en la HCE de los Servicios de Urgencia hospitalarios, se ha incluido información relativa a las conductas suicidas, que permitirán evaluar tanto las tasas (de prevalencia asistida) como su evolución a lo largo de los años, y los tipos de intervenciones realizadas. Sin embargo, desgraciadamente en la actualidad el grado de cumplimentación de esta información no alcanza los estándares mínimos de calidad como para realizar análisis fiables.
- **Ideación suicida.** Propuesta sustentada e inclusión efectiva de la ideación suicida en la **Encuesta de Salud de Canarias**. La inclusión se produjo por primera vez en **2015** (ISTAC, 2015), con continuidad en la siguiente Encuesta de Salud de Canarias. Esta inclusión permite disponer de información sobre la prevalencia de ideación suicida en Canarias, su asociación con diversas variables, la comparación con otras Comunidades Autónomas y otras regiones geográficas, y su evolución temporal.

2.7. Análisis de la epidemiología

- **Informes epidemiológicos sobre la conducta suicida en Canarias.** Uno de los pilares básicos de cualquier estrategia de prevención es el análisis de la situación (OMS, 2014). El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA ha desarrollado, desde el año 2011 hasta la actualidad, análisis pormenorizados de la situación epidemiológica de la conducta suicida en Canarias. Estos análisis permiten el conocimiento del fenómeno, su evolución, la orientación para el desarrollo de estrategias de prevención adecuadas, y la evaluación de los resultados de las intervenciones.

2.8. Planificación

- **Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023.** Incluye una línea estratégica específica sobre conducta suicida. **Línea estratégica 2: Prevención y tratamiento de la conducta suicida.** Desarrollada por grupo de trabajo multidisciplinar. Incluye el análisis de situación específico, un objetivo general, 6 objetivos específicos, 24 acciones y múltiples indicadores para la evaluación de su consecución.

Bibliografía

Acosta Artilles, F.J., Rodríguez Rodríguez-Caro, C.J., Cejas Méndez, M.R. (2017). Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. *Revista Española de Salud Pública*, 91: 24 de octubre e201710040.

Acosta, F.J., Rodríguez, C.J., Cejas, M.R., Ramallo-Fariña, Y. and Fernandez-Garcimartin, H. (2020). Suicide Coverage in the Digital Press Media: Adherence to World Health Organization Guidelines and Effectiveness of Different Interventions Aimed at Media Professionals. *Health Communication*, 35(13), pp.1623–1632.

Gobierno de Canarias (2019). Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias.

ISTAC (2015). Encuesta de Salud de Canarias. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas_estadisticos/sociedad/salud/estadodesalud/C00035A.html

II. La Conducta Suicida en Canarias

MSPS (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

OMS (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1

3. Atención y áreas de mejora

3.1. Atención a las Personas con Conducta Suicida o Riesgo Suicida en Canarias

A continuación se describen los aspectos básicos de la atención que se realiza a las personas con conducta suicida o riesgo suicida. En los casos en los que existe heterogeneidad entre islas o entre hospitales en algunos aspectos, se describen las características más habituales de tal atención. No se incluyen aquí aspectos relativos a los sistemas de información, ni las acciones dirigidas a la población.

3.1.1. Atención Primaria

La evaluación y abordaje iniciales del riesgo suicida se produce, para muchas personas, en el ámbito de la Atención Primaria. En función de las características del riesgo detectado, se procede a una interconsulta o derivación con carácter preferente (a la Unidad de Salud Mental) o urgente (al Servicio de Urgencias hospitalario).

3.1.2. Unidades de Salud Mental Comunitarias

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USM, USMC) son el eje de la atención a las personas con conducta suicida o riesgo suicida en el sistema sanitario. Las personas pueden estar atendidas por un equipo multidisciplinar de profesionales. El número y tipo de profesionales depende de las características de cada caso particular. La evaluación del riesgo suicida es una parte esencial de la evaluación global que se realiza en la práctica clínica diaria. La identificación de diferentes grados de riesgo suicida conlleva la adopción de medidas de prevención y terapéuticas de diferente naturaleza. De forma general, existen diferentes tipos de intervenciones encaminadas a la reducción del riesgo suicida. La más frecuente es el tratamiento del trastorno mental de base, que habitualmente se traduce en una desaparición de la ideación suicida o en su reducción, dada la habitual correlación entre la psicopatología derivada del trastorno mental y la ideación suicida. La intervención psicoterapéutica puede incluir un foco específico sobre la ideación suicida. Por su parte, las intervenciones relacionadas con el contexto del paciente (apoyo familiar, colaboración con el terapeuta, restricción de acceso a medios letales) también son fundamentales en la práctica clínica. Cuando se identifica alto riesgo o riesgo inminente, se realiza la derivación al Servicio de Urgencias hospitalario. Habitualmente se produce algún tipo de comunicación entre el profesional que deriva y los profesionales del Servicio de Urgencias hospitalario, sea de forma escrita o telefónica. Sin embargo, no existe protocolo que regule la coordinación intrainstitucional en este tipo de situaciones.

3.1.3. Servicios de Urgencias Hospitalarios

Las personas con riesgo suicida o conducta suicida son atendidas en primera instancia por profesionales que realizan el triaje. Posteriormente son atendidas por el médico de urgencias. Con frecuencia, el médico de urgencias realiza ambas funciones. Si se trata de un intento de suicidio, una vez descartada la existencia de patología somática que requiera atención urgente y realizada una evaluación inicial del riesgo suicida, habitualmente se solicita la evaluación por psiquiatría. En caso de que se trate de ideación suicida, suele solicitarse directamente la evaluación por psiquiatría, sobre todo si se trata de una derivación rea-

lizada por Atención Primaria o por una Unidad de Salud Mental. Si la evaluación se realiza en horario de mañana, es realizada por el Equipo Funcional de Interconsulta y Enlace, compuesto por profesionales de psiquiatría, psicología y enfermería; o en su defecto, por el psiquiatra que atiende a las urgencias en horario de mañana. En caso de realizarse fuera de este horario, se realiza por parte del psiquiatra de guardia o del MIR de Psiquiatría. En este último caso, la evaluación es supervisada por el psiquiatra de guardia, que ostenta la responsabilidad del alta hospitalaria, en caso de producirse. Si el paciente no reúne criterios de alta hospitalaria requerirá un periodo de observación en el Servicio de Urgencias, o ingreso en Unidad de Internamiento Breve. En caso de alta hospitalaria, se realiza la indicación de seguimiento en la USM correspondiente, con el carácter que se estime conveniente.

3.1.4. Unidades de Internamiento Breve

La evaluación del riesgo suicida se realiza en todos los pacientes como un aspecto esencial de la evaluación de la práctica clínica diaria. Existen medidas de seguridad centradas en el paciente, como los aspectos estructurales de la propia Unidad, o el control de la medicación y de su toma adecuada, que se aplican a todos los pacientes. Cuando se identifica alto riesgo suicida o riesgo suicida inminente se activan otra serie de medidas, contempladas en protocolos específicos de prevención del suicidio. Sin embargo, estos protocolos difieren entre los hospitales, y no existe un protocolo único de aplicación a todos los pacientes que ingresan en las Unidades de Internamiento Breve (UIB).

3.1.5. Hospitales generales. Otros servicios

En los hospitales generales puede ser necesaria la evaluación del riesgo suicida en diferentes situaciones. Los pacientes ingresados por patologías somáticas pueden desarrollar trastornos de adaptación u otros trastornos mentales durante el ingreso, especialmente si se trata de patologías graves o ingresos prolongados. Por su parte, los pacientes pueden tener algún trastorno mental diagnosticado y en tratamiento, que requiera el seguimiento por Salud Mental. En otras ocasiones, pacientes que han realizado intentos de suicidio de alta letalidad requieren ingreso hospitalario, y una vez que remite el riesgo somático se requiere la evaluación por Salud Mental. En todas estas situaciones la evaluación del paciente y del riesgo suicida en particular, se realiza por parte del Equipo Funcional de Interconsulta y Enlace, en horario de mañana; o por el psiquiatra de guardia, fuera de este horario. La evaluación completa del paciente, de los factores concurrentes y del riesgo suicida en particular determinará la adopción de medidas terapéuticas de diferente naturaleza. Si se descarta la ideación suicida, o esta es pasajera y reactiva a una situación altamente estresante que se resuelve, habitualmente se indica seguimiento por Atención Primaria. Cuando se detecta riesgo suicida en el contexto de un trastorno mental, habitualmente se realizan indicaciones terapéuticas farmacológicas, de apoyo y supervisión familiar, y de seguimiento en la Unidad de Salud Mental. Cuando se estima que el paciente requiere ingreso en la UIB, se indican medidas de supervisión estrecha del paciente, y se realiza una coordinación con la UIB para el traslado del paciente, sea de forma inmediata, o demorada a expensas de la disponibilidad de camas. No existe un protocolo que regule de forma unificada en Canarias los procedimientos de supervisión estrecha, coordinación para el ingreso en la UIB, o para el seguimiento preferente en la USM.

3.1.6. Unidades de Media y Larga Estancia

Dada la naturaleza de las Unidades de Media Estancia y de las Unidades Clínicas y de Rehabilitación, los pacientes ingresados en estas padecen algún tipo de Trastorno Mental Grave (TMG). Por lo tanto, la evaluación del riesgo suicida es un aspecto básico de la práctica clínica diaria en estos dispositivos. Ante la detección de alto riesgo suicida o riesgo suicida inminente pueden activarse protocolos de actuación ante este. Sin embargo, no existe un protocolo unificado de actuación en Unidades de Internamiento en Canarias.

II. La Conducta Suicida en Canarias

3.1.7. Centros de día de Rehabilitación Psicosocial

Los pacientes que acuden a los Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (CDRP) son pacientes con TMG que están siendo atendidos en las USM. Los equipos de atención son multiprofesionales. Si bien la práctica clínica diaria está centrada en las acciones de rehabilitación psicosocial, se realiza una evaluación completa a la admisión al CDRP. Además, existe coordinación periódica con las USM correspondientes. Por su parte, la existencia de cambios observables, en el comportamiento o comentarios del paciente, promueve la evaluación del estado psicopatológico, así como del riesgo suicida. En caso de identificarse este, se adoptan las medidas necesarias en función de cada caso. Sin embargo, no existe un protocolo unificado en Canarias que establezca los procedimientos de coordinación intrainstitucional entre los dispositivos de la Red de Salud Mental, ante el riesgo suicida o conductas suicidas.

3.1.8. Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario

Los equipos multiprofesionales de Tratamiento Asertivo Comunitario atienden a pacientes con TMG que requieren un mayor despliegue de recursos. Estos equipos pueden identificar a personas en situación de exclusión social que o bien no hayan sido nunca diagnosticadas ni tratadas, o bien estén desvinculadas de forma prolongada de cualquier tipo de atención médica o psiquiátrica. En todos los casos, la evaluación del riesgo suicida es parte esencial de la práctica clínica diaria. En caso de identificarse riesgo suicida, se adoptan las medidas necesarias en función de cada caso, si bien, como se ha señalado, se carece de un protocolo único de coordinación intrainstitucional.

3.1.9. La persona en la calle

En determinadas situaciones, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, el Cuerpo de Bomberos, o los profesionales sanitarios del 112, atienden a personas en situación de riesgo suicida inminente o conductas suicidas. En tales casos, se realiza un traslado del paciente al Servicio de Urgencias hospitalario correspondiente. Sin embargo, no existe un protocolo que establezca la actuación de los profesionales no sanitarios de primera línea, la coordinación con los profesionales sanitarios de primera línea, o la coordinación de estos con los profesionales especialistas de Salud Mental de los Servicios de Urgencias hospitalarios.

3.1.10. Unidades de Atención a las Drogodependencias

En las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD) la evaluación del riesgo suicida es un aspecto básico, especialmente cuando existe patología dual. La identificación de riesgo suicida implica la adopción de intervenciones de diferente naturaleza, que incluyen la interconsulta a las USM o la derivación urgente a un Servicio de Urgencias hospitalario. No existe un protocolo que regule los modos de coordinación, interconsulta y derivación urgente de los pacientes con riesgo suicida, desde las UAD.

3.1.11. Unidades de Desintoxicación Hospitalaria

En las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) la evaluación del riesgo suicida es un aspecto básico de la evaluación global, especialmente cuando existe patología dual. Además de las medidas de seguridad aplicables a todos los pacientes, pueden activarse otras medidas en el contexto de protocolos existentes en diferentes hospitales. Sin embargo, no existe un protocolo único para la minimización del riesgo suicida en pacientes hospitalizados en UDH.

3.1.12. Mini-residencias, viviendas supervisadas y plazas supervisadas

Estos dispositivos sociosanitarios acogen pacientes con TMG crónicos, que no requieren el despliegue de recursos sanitarios propios de las Unidades de internamiento de corta, media ni larga estancia. Sin embargo, dado que también pueden presentar riesgo suicida, la evaluación de este es un aspecto esencial

de la evaluación global y su seguimiento. En los casos en los que se identifique riesgo suicida, se indica la intervención terapéutica adecuada a cada caso, que puede incluir la derivación urgente a un Servicio de Urgencias hospitalario.

3.1.13. Edad infantojuvenil. Ámbito sanitario

El ámbito de Atención Primaria (Pediatria) es uno de los principales en la detección del riesgo suicida en menores. En función del riesgo identificado, se realiza interconsulta a la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil (USM-IJ) de referencia, con carácter preferente, o derivación urgente al Servicio de Urgencias hospitalario correspondiente. Las USM-IJ cuentan con equipos multiprofesionales para la atención, y al igual que en el caso de los adultos, suponen el eje de la asistencia y la evaluación e intervención ante el riesgo suicida. Sin embargo, en las USM-IJ funcionales se carece de DUE especialista y Trabajador Social. Los Servicios de Urgencias de Pediatría y de los Hospitales Generales son los dispositivos en los que se atiende a los menores con riesgo suicida, según su edad. Cuando se requiere un ingreso hospitalario, se realiza en los Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales para los menores de 15 años, y generalmente en las plantas de Psiquiatría (UIB), a partir de los 15 años. En el caso de los ingresos en Servicios de Pediatría, los menores son atendidos por los Equipos Funcionales de Interconsulta y Enlace. Por su parte, en los Hospitales de Día Infantojuveniles se atiende a menores con TMG que requieren intervenciones continuadas, por parte de equipos multiprofesionales. La evaluación del riesgo suicida es un componente esencial de la evaluación global. En Canarias se carece de protocolos únicos sobre la actuación ante el menor con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios, y ante el menor ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico en edad infantojuvenil.

3.1.14. Edad infantojuvenil. Ámbito educativo

La detección de riesgo suicida en el ámbito educativo implica la derivación para evaluación por Salud Mental de forma preferente o urgente, según las características de cada caso. Sin embargo, no existe un protocolo intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios.

3.2. Áreas de mejora

3.2.1. Protocolos

La evaluación del riesgo suicida y la intervención difícilmente pueden protocolizarse, dada la amplitud de factores implicados y la ausencia de variables predictivas de alta fiabilidad, a pesar de la extensa literatura científica disponible. Sin embargo, en la evaluación, intervención y derivación del paciente con riesgo suicida concurren múltiples aspectos contextuales complejos, que pueden protocolizarse, en aras de una mayor efectividad y homogeneidad de procedimientos. Ejemplos de tales aspectos son las medidas de seguridad, los circuitos de derivación, o los modos de comunicación y coordinación.

3.2.2. Servicios de Urgencias

Se carece de protocolos únicos de actuación en el paciente con riesgo suicida atendido en Servicios de Urgencias hospitalarios, tanto para adultos como para la población infantojuvenil. La evaluación e intervención ante el riesgo suicida en el Servicio de Urgencias es especialmente compleja, por cuanto concurren aspectos como la limitada disponibilidad de tiempo, la situación de crisis del paciente, la necesidad de coordinación con otros profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias, las medidas de seguridad necesarias, o los aspectos legales implicados ante negativas a la evaluación y/o asistencia.

Por su parte, la indicación de observación para proseguir con la evaluación tiene los inconvenientes de no

II. La Conducta Suicida en Canarias

contar con un entorno idóneo que contribuya a la mejora del paciente, y la limitación de días razonables que esta observación puede abarcar.

3.2.3. Seguimiento tras alta de urgencias

Si bien se indica a los pacientes un seguimiento por parte de las USM correspondientes, se carece de criterios unificados sobre los tiempos recomendables y máximos de espera para la evaluación en las USM. Por su parte, en general no se desarrollan en Canarias intervenciones de contacto activo y seguimiento estrecho de los pacientes con conductas suicidas o riesgo suicida, tras su alta desde el Servicio de Urgencias.

3.2.4. Pacientes ingresados

Aunque diferentes hospitales cuentan con protocolos para pacientes con riesgo suicida, se carece de protocolos únicos para la minimización del riesgo suicida en pacientes ingresados, tanto adultos como de edad infantojuvenil.

3.2.5. Coordinación intrainstitucional

Son múltiples los dispositivos del SCS en los que se puede identificar riesgo suicida y requerir intervenciones coordinadas con otros dispositivos. Se carece de un protocolo que establezca los procedimientos y modos de coordinación, los profesionales implicados y sus funciones, la comunicación al paciente, y los aspectos legales en caso de negativa a las indicaciones. Las acciones formativas específicas dirigidas a los diferentes profesionales implicados contribuirían a una mejora en la evaluación, intervención y coordinación con otros profesionales.

3.2.6. Paciente en la calle. Coordinación interinstitucional

Se carece de un protocolo de coordinación interinstitucional que regule la actuación coordinada de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, el Cuerpo de Bomberos, los profesionales sanitarios del 112, y los profesionales de Salud Mental, en torno a la evaluación e intervención urgentes en situaciones de riesgo inminente de suicidio. La formación de los profesionales no sanitarios de primera línea contribuiría a una mejora en la evaluación, intervención y coordinación con los servicios sanitarios.

Por su parte, si bien se dispone del 112, en Canarias no existe una línea de crisis específica e institucional, para la ayuda a personas en riesgo de suicidio y asesoramiento telefónico inmediato. Esta atención se provee por parte del Teléfono de la Esperanza.

3.2.7. Edad infantojuvenil

Se carece de un protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios. La creación de Unidades de internamiento psiquiátrico de edad infantojuvenil debería implicar la elaboración y disponibilidad de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en estas Unidades.

El desarrollo de un programa de prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas también resulta recomendable, bajo la perspectiva de la importancia de la prevención desde edades jóvenes, con el potencial que implica para la detección de menores en riesgo, y la provisión de la asistencia necesaria. Por su parte, resulta conveniente la disponibilidad de un protocolo de intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios. La disponibilidad de tal protocolo sería indispensable en el caso de desarrollar un programa de prevención en el ámbito educativo. Por último, la formación específica en conducta suicida en edad infantojuvenil contribuiría a una mejora en la evaluación e intervención en menores con riesgo suicida.

III. METODOLOGÍA

1. Etapas

La metodología para la elaboración de este Programa estuvo compuesta por las siguientes fases:

1. Composición del Grupo de Trabajo (GT)

Cada Gerencia designó a los profesionales de referencia que compondrían el grupo de trabajo. Fue un GT multiprofesional, multidisciplinar y con representatividad de las diferentes islas.

2. Reunión inicial del Grupo de Trabajo

Se expusieron los objetivos, las bases y la metodología de trabajo.

3. Establecimiento de subgrupos de trabajo (SGT) y personas coordinadoras por áreas

Se establecieron los SGT necesarios, responsables del desarrollo de las diferentes áreas abordadas en este programa. En cada SGT se designó una persona coordinadora.

4. Reunión del Grupo de Trabajo

Se abordaron aspectos metodológicos y cuestiones relacionadas con diferentes áreas.

5. Elaboración de los documentos por cada subgrupo de trabajo

Cada SGT elaboró los documentos correspondientes a las acciones de su área de trabajo. El intercambio de opiniones se realizó por diferentes vías: online (correos electrónicos, recursos, etc.), reuniones virtuales (Skype o similares), o reuniones presenciales, a criterio de los participantes y la persona coordinadora, y hasta alcanzar un consenso final en el SGT.

6. Envío de las acciones de cada SGT a la coordinación técnica. Revisión por la coordinación. Consenso con los diferentes SGT.

La coordinación técnica realizó una revisión de los documentos con dos fines:

- Adaptación a aspectos metodológicos si fuese necesario
- Sugerencias de modificaciones, consensuadas con la persona coordinadora de cada SGT. Esta, a su vez, consensó los cambios con las personas integrantes de su SGT.

7. Elaboración del documento final correspondiente a cada acción. La versión final de cada acción fue consensuada con la persona coordinadora del SGT correspondiente.

8. Elaboración del Programa final completo.

2. Facilitación por parte de la coordinación técnica

La coordinación técnica realizó diferentes acciones relacionadas con el procedimiento metodológico, que tuvieron el doble objetivo de facilitar el proceso y homogeneizar la estructura, contenido y enfoque de las diferentes acciones. Las acciones facilitadoras fueron las siguientes:

1. Guía para la elaboración. Se proporcionó una guía metodológica, que incluyó aspectos sobre recursos de búsquedas bibliográficas, la redacción científica de los documentos, la formulación de actividades, la formulación de los indicadores, priorización y cronograma.

2. Modelos de acciones. Se proporcionaron modelos de acciones contenidas en el Programa, elaboradas por la coordinación técnica, con la finalidad de ilustrar todos los elementos metodológicos descritos en la Guía, y servir de referencia.

3. Estructura. Plantilla. Se facilitó una plantilla con la estructura y apartados básicos que debía tener cada una de las acciones.

4. Cronograma del proceso de trabajo. Se proporcionó a las personas participantes un cronograma del proceso de trabajo, que sirviera de referencia común.

3. Funciones de las personas coordinadoras

- Las personas coordinadoras del grupo de trabajo total tuvieron como funciones:
 - Dirigir las reuniones presenciales.
 - Coordinarse con las personas coordinadoras de los SGT, en caso de estimar necesarios cambios en los documentos.
 - Velar por el cumplimiento del cronograma, supervisar y avisar de los retrasos de la entrega de los documentos, si hubiere que hacerlo.
 - Revisar los documentos de los SGT y realizar modificaciones pertinentes en caso necesario.
 - Reunir las aportaciones de los diferentes SGT, procesar la información y redactar el documento integrador de estas.
- La persona coordinadora de cada SGT tuvo como funciones:
 - Velar por la adhesión a las directrices básicas y aspectos metodológicos descritos, y dirigir los trabajos para que no se desviaran de los objetivos propuestos.
 - Consensuar con los demás participantes la forma y periodicidad de las comunicaciones entre los participantes.
 - Reunir las aportaciones de cada componente del SGT, procesar la información, redactar el documento integrador de estas, y realizar actualizaciones en caso necesario.
 - Comunicación con la persona coordinadora del grupo de trabajo total, para consensuar posibles cambios en los documentos aportados.

4. Documento final

La coordinación técnica realizó las siguientes acciones para la consecución del documento final:

- Elaboración de las secciones Marco general, La conducta suicida en Canarias, Metodología, Priorización y cronograma, y Evaluación y Seguimiento.
- La información de la priorización y cronograma se obtuvo a partir de lo propuesto en la fase anterior (por los diferentes SGT y revisión por la coordinación técnica). A partir de esta información la coordinación técnica elaboró un documento unificado que contenía la priorización y cronograma de todas las acciones, tal como se presentan en este Programa.
- Revisión final.

IV. OBJETIVOS Y ACCIONES

IV. Objetivos y Acciones

Abreviaturas – Códigos	OG: Objetivo General. OE: Objetivo Específico. A: Acción.
Abreviaturas – Áreas	A: Adultos. IJ: Infantojuvenil. A+IJ: Adultos e Infantojuvenil.

Código	Área	Objetivos y Acciones
OG	A+IJ	Objetivo General. Reducir la tasa de suicidio, intentos de suicidio, autolesiones, gestos suicidas e ideación suicida en Canarias, mediante acciones a múltiples niveles e intersectoriales.

OE1	A+IJ	Objetivo específico 1. Disponer de sistemas de registro completos y fiables, e informes epidemiológicos sobre la conducta suicida en Canarias.
A1.1	A+IJ	Acción 1.1. Realizar cuantas acciones sean necesarias para la mejora del registro de los intentos de suicidio en el RECAP - Historia Clínica Electrónica.
A1.2	A	Acción 1.2. Realizar cuantas acciones sean necesarias para el mantenimiento de la evaluación de la ideación suicida en la Encuesta de Salud de Canarias y su análisis.
A1.3	A+IJ	Acción 1.3. Realizar acciones de coordinación entre el SCS y los Institutos de Medicina Legal de Canarias para el desarrollo de posibles mejoras en los registros e información epidemiológica sobre suicidio.
A1.4	A+IJ	Acción 1.4. Realización de informes epidemiológicos detallados sobre la conducta suicida en Canarias, con periodicidad anual.

OE2	A+IJ	Objetivo específico 2. Mejorar la coordinación intra e interinstitucional para el desarrollo de acciones preventivas dirigidas a la población, y acciones relativas a las personas con riesgo suicida o conductas suicidas.
A2.1	A+IJ	Acción 2.1. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública para el desarrollo de acciones dirigidas a la población, encaminadas a la prevención de la conducta suicida.
A2.2	A+IJ	Acción 2.2. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública por una parte, y otros órganos autonómicos y otras administraciones públicas, por otra, en acciones dirigidas a la población para la prevención de la conducta suicida.
A2.3	A+IJ	Acción 2.3. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública por una parte, y Organizaciones y Asociaciones por otra, en acciones dirigidas a la prevención de la conducta suicida.
A2.4	A+IJ	Acción 2.4. Elaboración de un protocolo único de coordinación intrainstitucional para el paciente con riesgo suicida o conducta suicida.
A2.5	A+IJ	Acción 2.5. Elaboración de un protocolo único de coordinación interinstitucional sobre la actuación en el paciente con riesgo suicida o conducta suicida, en el que participen los profesionales sanitarios (Atención Primaria, Salud Mental, Drogodependencias, 112, Servicios de Urgencias hospitalarios) y profesionales clave no sanitarios (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, ámbito de justicia y ámbito de menores).

OE3	A+IJ	Objetivo específico 3. Realizar acciones de carácter preventivo en la población sobre la conducta suicida.
A3.1	A+IJ	Acción 3.1. Realización de campañas de prevención de la conducta suicida, dirigidas a la población.
A3.2	A+IJ	Acción 3.2. Realización de una página web sobre conducta suicida, que incluya los recursos disponibles e información útil para la prevención del suicidio.
A3.3	A+IJ	Acción 3.3. Creación de una "línea de crisis" para ayuda a personas en riesgo de suicidio y asesoramiento telefónico inmediato.
A3.4	A+IJ	Acción 3.4. Reducción o restricción del acceso a los medios letales.
A3.5	A+IJ	Acción 3.5. Desarrollar actividades específicas para la atención a los familiares y allegados de personas que se han suicidado.
A3.6	IJ	Acción 3.6. Desarrollar un programa de prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas.
A3.7	IJ	Acción 3.7. Elaboración de un protocolo de intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios.

OE4	A+IJ	Objetivo específico 4. Formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves no sanitarios.
A4.1	A+IJ	Acción 4.1. Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, centradas en las recomendaciones internacionales para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio.
A4.2	A+IJ	Acción 4.2. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales no sanitarios de primera línea: policías, guardias civiles, bomberos, protección civil y técnicos del 112.
A4.3	IJ	Acción 4.3. Realización de actividades formativas dirigidas a orientadores escolares, docentes y otros profesionales sociosanitarios.
A4.4	A+IJ	Acción 4.4. Realización de actividades formativas dirigidas a mediadores sociosanitarios: trabajadores sociales, educadores, y animadores socioculturales.

OE5	A+IJ	Objetivo específico 5. Mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre la conducta suicida.
A5.1	A+IJ	Acción 5.1. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de las Redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias.
A5.2	A+IJ	Acción 5.2. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria.
A5.3	A+IJ	Acción 5.3. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios del 112.
A5.4	A+IJ	Acción 5.4. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias hospitalarios.
A5.5	A+IJ	Acción 5.5. Realización de actividades formativas dirigidas a farmacéuticos.
A5.6	IJ	Acción 5.6. Realización de actividades formativas específicas sobre conducta suicida en edad infantojuvenil.

IV. Objetivos y Acciones

OE6	A+IJ	Objetivo específico 6. Mejorar la actuación clínica en situaciones específicas de riesgo y complejidad.
A6.1	A	Acción 6.1. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.
A6.2	IJ	Acción 6.2. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.
A6.3	A+IJ	Acción 6.3. Desarrollar intervenciones de contacto activo y seguimiento en pacientes dados de alta por conducta suicida o riesgo suicida.
A6.4	A	Acción 6.4. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico.
A6.5	IJ	Acción 6.5. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico de edad infantojuvenil.
A6.6	A	Acción 6.6. Planificación y estudio de viabilidad de una Unidad de Internamiento Ultrabreve por provincia para pacientes con riesgo suicida considerable e incierto.

OE7	A+IJ	Objetivo específico 7. Mitigar el probable efecto negativo de la pandemia por SARS-CoV-2 en la conducta suicida de la población.
A7.1	A+IJ	Acción 7.1. Desarrollar acciones preventivas relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2, con perspectiva transversal.
A7.2	A+IJ	Acción 7.2. Acciones dirigidas a mitigar los efectos socioeconómicos negativos de la pandemia.
A7.3	A	Acción 7.3. Acciones de información – formación dirigidas a mitigar los efectos negativos de la pandemia sobre la salud mental de los profesionales sanitarios y profesionales no sanitarios de primera línea.

V. OBJETIVOS Y ACCIONES. DESARROLLO

Objetivo específico 1.

Disponer de sistemas de registro completos y fiables, e informes epidemiológicos sobre la conducta suicida en Canarias.

Acción 1.1. Realizar cuantas acciones sean necesarias para la mejora del registro de los intentos de suicidio en el RECAP - Historia Clínica Electrónica.

Acción 1.2. Realizar cuantas acciones sean necesarias para el mantenimiento de la evaluación de la ideación suicida en la Encuesta de Salud de Canarias y su análisis.

Acción 1.3. Realizar acciones de coordinación entre el SCS y los Institutos de Medicina Legal de Canarias para el desarrollo de posibles mejoras en los registros e información epidemiológica sobre suicidio.

Acción 1.4. Realización de informes epidemiológicos detallados sobre la conducta suicida en Canarias, con periodicidad anual.

Acción 1.1.

Realizar cuantas acciones sean necesarias para la mejora del registro de los intentos de suicidio en el RECAP - Historia Clínica Electrónica.

1. Introducción. Justificación

Magnitud del problema

Según lo reflejado en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad sobre conductas suicidas, las cifras reales de tentativas suicidas son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos. Las cifras estimadas en España están entre 50-90 por 100.000 habitantes/año, con las limitaciones expresadas (Ministerio de Sanidad, 2020). El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extrahospitalario de 28/100.000 habitantes y de 170/100.000 habitantes en medio hospitalario (Ministerio de Sanidad, 2020). En el estudio epidemiológico europeo ESEMeD, se halló para España una prevalencia de a lo largo de la vida del 1,5% para el intento de suicidio (Gabilondo et al., 2007).

El Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP)

El origen del RECAP se remonta a finales de los años 90. Desde entonces hasta la actualidad, ha experimentado un continuo desarrollo, que incluye la informatización, la ampliación a diferentes dispositivos y entornos asistenciales de la Red de Salud Mental, y su integración en la Historia Clínica Electrónica (HCE), como aspectos más relevantes.

El registro está diseñado como un fichero longitudinal de pacientes afectados de trastornos mentales en el que se recogen todos y cada uno de los contactos que estos tienen con los diferentes dispositivos asistenciales en Salud Mental. Permite un seguimiento continuo y proporciona datos sobre el uso de los servicios y el tipo de intervenciones realizadas.

Este sistema de información suministra información precisa y puntual de calidad, imprescindible para unas adecuadas políticas de gestión, planificación, evaluación de rendimientos, adopción de decisiones e investigación.

El análisis de los datos, y el desarrollo de indicadores y cuadros de mando se realiza con el Programa *Oracle Business Intelligence*. La explotación de los datos permite obtener una visión integral de todos los episodios asistenciales en los distintos dispositivos de Salud Mental, en los que está inmerso el paciente.

Tanto la aplicación RECAP como la Historia Clínica Electrónica en DRAGO AE se ajustan al marco establecido por la normativa de protección de datos. Para ello, ambas aplicaciones se integran con un registro corporativo de accesos que constituye la herramienta de control que permite auditar el cumplimiento de las normas.

Formulario de intento de suicidio en la HCE - RECAP

La HCE y el RECAP incluyen un formulario de tentativas suicidas. Este cuenta con definiciones de tentativa suicida, autolesión deliberada / gesto suicida, ideación suicida, y letalidad de la conducta suicida, para minimizar el riesgo de variabilidad en las aproximaciones conceptuales de los profesionales de Salud Mental. En cuanto a su contenido, incluye los siguientes aspectos:

- Ingresos psiquiátricos (No / Sí). Nº de ingresos
- Fecha de la tentativa
- Tentativas suicidas previas (No / Sí). Nº de tentativas previas
- Método empleado en tentativa suicida actual
- Método empleado en tentativas suicidas previas
- Letalidad de la tentativa suicida actual
- Motivo principal de la tentativa suicida actual
- Motivo en las tentativas suicidas previas
- Ideación suicida actual

Situación en Canarias

Tanto la informatización del RECAP como su integración en la Historia Clínica Electrónica (HCE) han supuesto notables hitos en su desarrollo. Por su parte, la integración del RECAP en la HCE de otros entornos asistenciales como los Servicios de Urgencias hospitalarios, permitió a su vez la recogida de información relativa a las conductas suicidas.

En el RECAP de los Servicios de Urgencias hospitalarios se incluyen formularios que recogen información relativa a las conductas suicidas, lo que permite evaluar tanto las tasas de prevalencia asistida, como su evolución a lo largo de los años, así como los tipos de intervenciones realizadas.

Si bien en la actualidad se dispone de esta información sobre toda la Comunidad autónoma, desgraciadamente la fiabilidad de los datos no es homogénea entre las diferentes islas, lo que limita la fiabilidad global de los datos. Uno de los posibles problemas asociados a un menor reporte respecto a lo real, según ha sido comunicado, ha sido la poca disponibilidad de tiempo para cumplimentar la ficha de tentativa suicida. En cualquier caso, la situación actual hace necesaria la adopción de acciones de mejora.

Justificación

La información relativa a los intentos de suicidio resulta de gran relevancia. De hecho, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida incluye, como primera recomendación de investigación futura en el área de investigación epidemiológica, la realización de estudios que permitan conocer la epidemiología de los intentos de suicidio en España y mejorar la recogida de datos de los suicidios (Ministerio de Sanidad, 2020).

La disponibilidad de los datos sobre intentos de suicidio, tanto de edad adulta como infantojuvenil, permitiría: i) proporcionar una estimación epidemiológica sobre su prevalencia en Canarias, tanto de forma

aislada como comparativamente con otras CCAA y países; ii) su utilización como indicador de resultado en la evaluación de la efectividad de las intervenciones.

La inclusión de los intentos de suicidio como indicador de resultado se justifica por la visión más aceptada en la actualidad de la conducta suicida como un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio) (Ministerio de Sanidad, 2020). Por su parte, los intentos de suicidio previos son el predictor más importante de ulterior conducta suicida y de suicidio (Turecki y Brent, 2016).

Los sistemas de registro deben abarcar tanto a la población adulta como a la infantojuvenil.

2. Acción

1. Análisis de la situación actualizado y pormenorizado

Se realizará un análisis actualizado y pormenorizado sobre la prevalencia reportada de intentos de suicidio en Canarias, en las diferentes islas y en cada hospital. El análisis incluirá un cálculo de las tasas según la población de cada isla y sectores geográficos de los hospitales implicados.

El análisis también incluirá la frecuencia de cumplimentación del formulario de tentativa suicida, una vez que se ha reportado la existencia de tentativa suicida en la HCE.

2. Identificación de problemas

La identificación de problemas se basará en dos fuentes principales:

2.1. Análisis de los datos

Se identificarán aquellas áreas en las que las tasas de intentos de suicidio resulten considerablemente más bajas de lo esperado, en comparación con las tasas del conjunto de Canarias y de otras áreas geográficas nacionales e internacionales. Asimismo, se evaluará e interpretará el grado de cumplimiento del formulario de tentativa suicida, una vez reportada la existencia de tentativa suicida en la HCE.

2.2. Información de los profesionales

Se contactará con las jefaturas de Servicio de Psiquiatría de los hospitales para indagar sobre: i) su percepción sobre la fiabilidad del reporte de las tentativas suicidas por los profesionales de su Servicio; ii) la percepción de los profesionales sobre el formulario de tentativa suicida; iii) posibles propuestas de mejora.

3. Adopción de acciones específicas

Según la información obtenida, se desarrollarán las acciones específicas que se consideren más adecuadas. El rango de posibles acciones incluye:

- Recuerdos periódicos sobre la necesidad del reporte adecuado de las tentativas suicidas y la cumplimentación del formulario.
- Sesiones específicas en los hospitales sobre la conducta suicida en Canarias y el procedimiento de recogida de la información en la HCE – RECAP.
- Sesiones específicas en aquellos hospitales con bajo reporte, sobre la conducta suicida en Canarias y el procedimiento de recogida de la información en la HCE – RECAP.

- Información periódica a jefaturas de Servicio de Psiquiatría de los hospitales, sobre la prevalencia de tentativas suicidas y las áreas en las que se sospecha un bajo reporte respecto a la prevalencia real.
- Recogida de información por parte de jefaturas de Servicio donde se sospeche un bajo reporte respecto a la prevalencia real. Esta recogida de información sería durante un tiempo delimitado, con el fin de comparar tales datos con los reportados en la HCE – RECAP en ese mismo periodo.
- Modificación del formulario de tentativas suicidas.
- Otras acciones que se consideren pertinentes.

3. Indicadores

- Realización del análisis de la situación e identificación de problemas (Sí / No)
- Adopción de medidas específicas (Sí / No)

4. Dificultades potenciales

- **Dificultades derivadas de la necesidad de coordinación interinstitucional**

Debe existir una comunicación fluida entre los profesionales de la Red de Salud Mental (a través de las Jefaturas de Servicio), el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, y los profesionales responsables de la HCE, de la DGPPAA.

- **Cumplimentación adecuada**

Deben desarrollarse diversas acciones específicas (reflejadas previamente) para su mejora y evaluación continuada.

5. Responsables

- **Análisis de la situación**

- Servicio de Salud Mental de la DGPPAA

- **Identificación de problemas**

- Servicio de Salud Mental de la DGPPAA
- Jefaturas de Servicio de Psiquiatría

- **Adopción de acciones específicas**

Dependerá de la naturaleza de las acciones. En principio:

- Servicio de Salud Mental, de la DGPPAA
- Jefaturas de Servicio de Psiquiatría
- Profesionales responsables de la HCE, de la DGPPAA

Bibliografía

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Almansa, J., Codony, M. and Maria Haro, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), pp.494–500.

Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012*, revisada en 2020.

Turecki, G., Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024):1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.

Acción 1.2.**Realizar cuantas acciones sean necesarias para el mantenimiento de la evaluación de la ideación suicida en la Encuesta de Salud de Canarias y su utilización.****1. Introducción. Justificación****Magnitud del problema**

El mayor estudio epidemiológico en España, el proyecto ESEMeD-España, que forma parte del ESEMeD (Europa), bajo la coordinación de las Encuestas Mundiales de Salud Mental de la OMS, se realizó a través de encuesta domiciliaria sobre una muestra representativa de la población no institucionalizada mayor de 18 años, en el año 2002. La prevalencia-vida de ideación suicida y tentativas suicidas fue de 4,4% y 1,5% respectivamente (Gabilondo et al., 2007).

Aunque estrictamente considerada, la ideación suicida no es una conducta, habitualmente se incluye bajo el concepto de “conducta suicida” (Ministerio de Sanidad, 2020). El motivo es que se acepta que el suicidio forma parte de un continuum que abarca la ideación suicida, amenazas suicidas, gestos suicidas, tentativas suicidas, y el propio suicidio (Hamza et al., 2012). Por otra parte, la ideación suicida se ha establecido firmemente como un factor de riesgo de tentativas suicidas y de suicidio (Nock et al., 2008).

Por último, el riesgo suicida no sólo está relacionado con posibles trastornos mentales subyacentes, sino también con la deficiente salud física, discapacidad y deficiente apoyo social (Dennis et al., 2009). En una encuesta realizada en el Reino Unido sobre 8.580 adultos, se halló que la discapacidad se asociaba de manera independiente con la ideación suicida, especialmente en personas mayores (Dennis et al., 2009).

Evaluación de la ideación suicida en otras áreas geográficas

En este apartado se exponen algunas evaluaciones realizadas en otras áreas geográficas, a modo ilustrativo, ya que no pretende ser una revisión bibliográfica sobre su uso. Sucesivas Encuestas de Salud del País Vasco (ESCAV 2007, 2013, 2018) (Gobierno Vasco, 2018) han incluido dos preguntas sobre la ideación suicida. Por su parte, en la última Encuesta de Salud de Canadá (datos recogidos en 2015), se incluyó la evaluación de la ideación suicida. El 12,3% de los canadienses con 15 años o más informaron que habían presentado ideas de suicidio en algún momento de su vida (Public Health Agency of Canada, 2020).

Situación en Canarias

La evaluación de la ideación suicida en Canarias se realizó por primera vez en la Encuesta de Salud de Canarias (ESC) 2015, en un contexto colaborativo entre el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y el Servicio de Evaluación del SCS. Por lo tanto, se dispone de información sobre la ideación suicida en Canarias en los resultados de tal ESC, y su evaluación se ha mantenido para la ESC 2020.

Evaluación de la ideación suicida

La ideación suicida se ha incluido en el cuestionario de adultos. Su evaluación sigue el modelo que ha sido utilizado en la Encuesta de Salud del País Vasco. Comprende dos preguntas, o una única si la persona contesta No o NS/NC:

P138. *En algún momento de su vida ¿ha llegado a pensar seriamente en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida?*

Sí No NS/NC

P139. *Estos pensamientos, ¿los ha tenido en los últimos 12 meses?*

Sí No NS/NC

Ideación suicida en Canarias. Resultados de la ESC 2015

En la ESC 2015, el 10,8% de la población mayor de 16 años declaró haber tenido en algún momento de su vida ideas de suicidio. Esta prevalencia es mayor que el 4,4% hallada en el País Vasco (ESCAV 2013).

Por su parte, el 29,41% de las personas que habían tenido ideación suicida a lo largo de su vida, informaron haberla tenido en el último año. Esto supone el 3,18% de la población mayor de 16 años. Esta prevalencia es superior al 1,4% hallada en el País Vasco (ESCAV 2013).

La tasa de suicidio en 2013 en el País Vasco fue de 8,3 por 100.000 habitantes. Por su parte, la tasa de suicidio en 2015 en Canarias fue de 9,05 por 100.000 habitantes. Por lo tanto, a tenor de estas comparaciones, existe una relación positiva entre los valores de la ideación suicida y las tasas de suicidio en estas CCAA.

La información más detallada sobre la ideación suicida en Canarias se encuentra en el Análisis de la situación.

No yatrogenia

Aún no ha desaparecido por completo el mito de que hablar sobre el suicidio con una persona que está en riesgo le puede incitar a que lo realice. Sin embargo, está demostrado que hablar del suicidio reduce el riesgo de realizarlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca a esa persona para el análisis de sus propósitos autodestructivos (Ministerio de Sanidad, 2020). La inclusión de estas preguntas en múltiples estudios y encuestas tanto nacionales como internacionales, respalda esta visión.

Una revisión sistemática reciente evaluó el posible efecto de preguntar sobre suicidio en las personas participantes en estudios de investigación. La exposición a contenido sobre suicidio condujo a una ligera reducción en la ideación suicida y a una menor probabilidad de conductas suicidas. La reducción en la ideación estuvo moderada por la edad, de tal forma que los adolescentes mostraron una reducción (pre – post exposición) casi dos veces superior a la de los adultos. Por lo tanto, sus autores concluyen que preguntar a participantes en investigación sobre el suicidio no aumenta el riesgo, e incluso puede asociarse a ligeros beneficios (Blades et al., 2018).

Por su parte, en un meta-análisis reciente también se evaluó el posible efecto yatrogénico de preguntar sobre suicidio en los participantes. Se identificaron 13 estudios que evaluaron específicamente este aspecto mediante métodos prospectivos. No se halló asociación con desenlaces negativos, con lo que los autores concluyen que sus hallazgos apoyan el screening sobre conductas suicidas (DeCou y Schumann, 2018).

Ventajas metodológicas y limitaciones de la evaluación poblacional

- El estudio de la ideación suicida tiene ventajas metodológicas sobre el estudio del suicidio. Su prevalencia es mayor y puede ser preguntado de forma directa, en lugar de las autopsias psicológicas en el suicidio (Dennis et al., 2005). También es más prevalente que las tentativas suicidas. Un problema del estudio de las tentativas suicidas es que se trata de un fenómeno complejo. La definición de tentativa suicida no es sencilla, por lo que la valoración debe ser realizada por un profesional para ser catalogada como tal.
- La evaluación de la ideación suicida mediante la información que aporta la propia persona, a través de declaración retrospectiva, supuestamente podría carecer de la objetividad y el rigor suficientes, al no poder contrastarse con fuentes externas más objetivas, con lo que se genera un sesgo de recuerdo e infra-notificación. Sin embargo, a pesar de estos inconvenientes, la declaración ha mostrado ser una técnica válida y fiable en estudios previos sobre la epidemiología del suicidio. Varias revisiones sistemáticas han demostrado que los adultos pueden recordar experiencias pasadas con suficiente exactitud

para proporcionar información válida, datos especialmente útiles cuando no hay posibilidad de obtener información retrospectiva (Hardt et al., 2004, citado por Gabilondo et al., 2007; Gabilondo et al., 2007).

- Dado el carácter transversal de la evaluación, no se pueden sustentar con solidez las relaciones causales entre las variables que se puedan analizar. De esta forma, el valor de la ideación suicida en algún momento de la vida residirá fundamentalmente en el análisis de la prevalencia en nuestra población, ya que no se podrá establecer una relación causal entre el resto de variables y ésta, ya que la mayoría del resto de variables se recogerá para el momento actual. Sin embargo, sí podrá realizarse un análisis de posibles factores causales en el subgrupo de personas que refieran ideación suicida en el último año.

Justificación. Importancia y beneficios de la evaluación poblacional

La ideación suicida ha mostrado ser un importante predictor de tentativas suicidas y suicidio, y en las últimas décadas se considera la conducta suicida como un continuum. La evaluación de la ideación suicida en una Encuesta de Salud tiene mayor valía aún si consideramos la gran dificultad de tener registros fiables sobre ideación y tentativas suicidas (Ministerio de Sanidad, 2020).

Por su parte, la evaluación de la ideación suicida a nivel poblacional conforma varios beneficios potenciales pragmáticos, ya que permite:

- Estimar la prevalencia de la ideación suicida, y por tanto, obtener una aproximación al riesgo suicida en Canarias.
- Realizar comparaciones con otras áreas geográficas.
- Evaluar la asociación de la ideación suicida con el resto de variables, tanto de salud como sociodemográficas.
- Realizar comparaciones evolutivas con las subsiguientes encuestas de salud.
- Establecer si existe en Canarias una asociación directa o no, entre la magnitud de la prevalencia de la ideación suicida y del suicidio, tras contar con sucesivas evaluaciones en diferentes años.

2. Acción

1. Mantenimiento de la evaluación en sucesivas ESC

Teniendo en consideración la importancia de la evaluación de la ideación suicida a nivel poblacional y su utilidad para diferentes aspectos importantes para el análisis y prevención de la conducta suicida, se considera primordial que las evaluaciones de la ideación suicida a nivel poblacional en Canarias se mantengan.

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, velará, en colaboración con el Servicio de Evaluación del SCS y el Instituto Canario de Estadística (ISTAC), para el mantenimiento de esta evaluación en sucesivas ESC.

2. Utilización de los datos y análisis

Los datos relativos a ideación suicida en Canarias tendrán, al menos, las siguientes aplicaciones:

2.1. Informe epidemiológico anual: Conducta suicida en Canarias. Análisis de la situación

La ideación suicida se incluirá en el análisis epidemiológico anual realizado por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales. Será uno de los datos epidemiológicos clave, junto con los intentos de suicidio y el suicidio. La ideación suicida se ha incluido en tales informes desde que existe la disponibilidad de tales datos.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

2.2. Comparación con otras áreas geográficas

En el informe epidemiológico anual se incluirá (sin perjuicio de su inclusión o uso en otros documentos), la comparación de la ideación suicida en Canarias con otras áreas geográficas. La Comunidad Autónoma del País Vasco constituye una referencia ineludible, al ser la evaluación en Canarias idéntica a la realizada en esta Comunidad. Se realizarán comparaciones con otros entornos geográficos, preferiblemente con el conjunto de España y otros países. Se tendrán en consideración las diferencias metodológicas existentes que pudieran influir en los resultados, como la propia pregunta utilizada, u otros factores.

2.3. Evaluación de la relación entre ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio

Una vez que se cuente con sucesivas evaluaciones de la ideación suicida, podrá realizarse un análisis cada vez más preciso sobre la relación directa entre ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio en nuestra Comunidad. El conjunto de la literatura científica señala tal relación. Si bien los datos de ideación suicida y suicidio tienen una alta fiabilidad, dada su metodología, los datos de intentos de suicidio requieren acciones de mejora, que incrementen su fiabilidad.

2.4. Inclusión de la ideación suicida como variable de resultado

Una vez que se implementen acciones preventivas dirigidas a la población, podrá utilizarse la evaluación de la ideación suicida como indicador de resultado. Si bien tales acciones preventivas podrán contar con otros indicadores de resultados intermedios, la ideación suicida en la población será un indicador de resultado básico. Dado que las acciones preventivas no pueden cambiar el posible antecedente de ideación suicida a lo largo de la vida, el indicador debería ser la ideación suicida en el último año.

Sin embargo, la ideación suicida en el último año no debe ser el único indicador utilizado para evaluar la posible efectividad de las acciones dirigidas a la población, ya que es un dato disponible solo cada 5 años.

2.5. Análisis de las asociaciones de la ideación suicida con otras variables

El análisis de las variables asociadas a la ideación suicida en nuestra Comunidad puede resultar valioso. Aunque existen estudios sobre tales asociaciones, desconocemos hasta qué punto sus hallazgos son aplicables a la población de Canarias. La identificación de variables asociadas a la ideación suicida comporta el potencial de permitir la adopción de medidas dirigidas a su mejora, siempre que se trate de variables modificables, cuya modificación sea factible mediante acciones poblacionales o en el sistema sanitario.

Dado que la mayor parte de las variables incluidas en la ESC son referidas a la situación actual, parece razonable centrar la atención en la variable de la ideación suicida en el último año, en detrimento de la ideación suicida a lo largo de la vida.

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y el Servicio de Evaluación del SCS han desarrollado ya la fase inicial de la investigación mencionada.

3. Indicadores

Indicador principal

- Mantenimiento de la evaluación de la ideación suicida en la última ESC (desde la ESC 2020 en adelante)
(Sí / No)

Indicadores sobre su utilización

- Inclusión de la ideación suicida en el informe epidemiológico anual "Conducta suicida en Canarias. Análisis de la situación" (Sí / No)

- Comparación con otras áreas geográficas (Sí / No)
- Evaluación de la relación entre ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio (Sí / No)
- Inclusión de la ideación suicida como variable de resultado (Sí / No).
Nota: Este indicador estará supeditado al desarrollo de acciones preventivas dirigidas a la población.
- Análisis de las asociaciones de la ideación suicida con otras variables (Sí / No).

4. Dificultades potenciales

- En lo relativo al mantenimiento de la evaluación de la ideación suicida en la Encuesta de Salud de Canarias, no se prevén obstáculos potenciales para el desarrollo de esta acción, toda vez que ya está instaurada, resulta sencilla de obtener y reporta diversos beneficios. Además, la literatura científica de los últimos años ha avalado aún más la idea de que la evaluación de la ideación suicida no comporta ningún aumento del riesgo suicida, e incluso podría tener algunos ligeros beneficios.
- Por su parte, el análisis de la relación de la ideación suicida con otras variables implica las dificultades propias de cualquier proyecto de investigación.

5. Responsables

• Desarrollo y análisis de la ESC

- Instituto Canario de Estadística (ISTAC), en colaboración con el Servicio de Evaluación del SCS

• Sustento argumentado y basado en hallazgos científicos para el mantenimiento de la evaluación de la ideación suicida en las ESC, de ser requerido nuevamente:

- Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, en colaboración con el Servicio de Evaluación del SCS

• Utilización de los datos para fines específicos

- Inclusión en el informe epidemiológico anual: Servicio de Salud Mental de la DGPPAA
- Comparación con otras áreas geográficas: Servicio de Salud Mental de la DGPPAA
- Evaluación de la relación entre ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio: Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, en colaboración con el Servicio de Evaluación del SCS
- Inclusión de la ideación suicida como variable de resultado: Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública
- Análisis de las asociaciones de la ideación suicida con otras variables: Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, en colaboración con el Servicio de Evaluación del SCS

Bibliografía

Blades, C.A., Stritzke, W.G., Page, A.C. and Brown, J.D., 2018. The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suicide-related content. *Clinical psychology review*, 64, pp.1-12.

DeCou, C.R. and Schumann, M.E., 2018. On the iatrogenic risk of assessing suicidality: A meta analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(5), pp.531-543.

Dennis, M., Baillon, S., Brugha, T., Lindesay, J., Stewart, R., Meltzer, H. (2009). The influence of limitation in activity of daily living and physical health on suicidal ideation: results from a population survey of Great

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Britain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(8) pp. 608-613.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Almansa, J., et al. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)*, 129(13) pp. 494-500.
- Gobierno Vasco. Departamento de Salud (2018). Encuesta de Salud 2013. Resultados. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/tablas-de-resultados-encuesta-salud-2013/web01-a2osagin/es/>
- Gobierno Vasco. Departamento de Salud (2018). Encuesta de Salud 2018. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/encuesta-de-salud-2017-2018/web01-a3osag17/es/>
- Hamza, C.A., Stewart, S.L., Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*, 32(6) pp. 482-495. doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.003.
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012*, revisada en 2020.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J, Cha, C.B., Kessler, R.C., Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*, 30(1) pp.133-154.
- Public Health Agency of Canada (2020). The Federal Framework for Suicide Prevention-Progress Report 2018. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/federal-framework-suicide-prevention-progress-report-2018.html>

Acción 1.3.

Realizar acciones de coordinación entre el SCS y los Institutos de Medicina Legal de Canarias para el desarrollo de posibles mejoras en los registros e información epidemiológica sobre suicidio.

1. Introducción. Justificación**Informes epidemiológicos anuales**

Cualquier estrategia preventiva debe basarse en un análisis de la situación lo más preciso posible, para poder actuar de forma orientada hacia los factores clave. Como se ha expuesto previamente, el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales realiza una labor del tipo “observatorio del suicidio” mediante los informes epidemiológicos anuales sobre conducta suicida en Canarias, que tienen una gran relevancia tanto para la adopción de acciones preventivas globales, como para la evaluación de la necesidad de acciones específicas exploratorias y preventivas en un área determinada.

Los datos de partida para la elaboración de los informes epidemiológicos corresponden a las estadísticas oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE), y del Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Sin embargo, tales informes se ven sujetos a algunas limitaciones.

Limitaciones

En España las cifras oficiales de suicidios tienen una demora media de 2 años respecto a la fecha en la que sucedieron (habitualmente en marzo - abril de cada año se publican los datos del año precedente al anterior; por ejemplo, a principios de 2020 se publican datos de 2018). Esto impide conocer en un periodo razonablemente cercano qué está ocurriendo, tanto en cuanto a las cifras en sí mismas como en cuanto a la posible efectividad de intervenciones preventivas que se hayan realizado.

Por otra parte, se han hallado diferencias en el número de suicidios en España cuando se comparan los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal (IML), sin que ninguna de las fuentes consultadas pueda considerarse más fiable. Todo parece indicar que las cifras de casos de suicidios identificables, ya no de suicidios reales, es superior a lo que viene indicando el INE (Giner y Guija, 2014). Estos datos orientan a una magnitud del problema aún mayor, sobre la base de unas cifras ya alarmantes para el conjunto de España y Canarias. Sobre posibles causas metodológicas, señalan que esta falta de fiabilidad en el registro de suicidios por parte del INE puede ser debida a que la persona encargada de rellenar los datos que debe remitir al INE no tenga los datos suficientes, ya que son enviados por el Juzgado de Instrucción. Por último, sugieren que los datos podrían ser más fiables si el encargado de cumplimentar los datos relacionados con la muerte con intervención judicial fuese el mismo médico forense que realiza el informe de autopsia y que remite al Juzgado de Instrucción (Giner y Guija, 2014).

Otra limitación es que los datos no están desagregados por municipios; solo por islas. El poder disponer de datos de municipios y obtener las tasas ajustadas por su población puede orientar sobre aquellas áreas geográficas concretas en las que pudiera requerirse una mayor evaluación e intervención preventiva.

Por último, los métodos se muestran solo de forma genérica (p.ej: precipitación, intoxicación, etc.). La información más precisa podría aportar más datos para realizar acciones de restricción del acceso a esos medios letales, que es una de las medidas de prevención recomendadas en cualquier documento planificador de prevención del suicidio.

Beneficios potenciales de la coordinación entre el SCS

La coordinación interinstitucional entre el Servicio Canario de la Salud e Institutos de Medicina Legal, de la Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad, en el contexto de la prevención del suicidio en Canarias, comportaría diversos beneficios, derivados del hecho de que la información sobre los suicidios es obtenida directamente a través de los encargados de realizar las autopsias en tales casos: los médicos forenses en los IML.

Específicamente, la colaboración entre el SCS (a través del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales) y los IML implicaría diversos beneficios potenciales, ya que permitiría mejoras en las siguientes áreas:

Magnitud del problema:

- Comparar los datos del ISTAC y de los IML, analizar las discrepancias entre ambos, y los posibles motivos metodológicos.
- Analizar con mayor detalle las características de los suicidios que se produzcan en Canarias. Estos análisis podrían incluir las características de los métodos y los datos sobre los municipios, entre otros.

Caracterización y factores asociados:

La información más completa permitiría obtener, en el contexto de un estudio de investigación, un perfil epidemiológico tanto de las características de las personas que se suicidan, como de los factores de riesgo más prevalentes en nuestra Comunidad.

Identificación de áreas de actuación prioritarias:

Si bien los informes epidemiológicos anuales permiten identificar áreas de actuación prioritarias (p.ej: según islas, grupos de edad, etc), la ampliación de la información permitiría la identificación de otras áreas no identificables previamente (p.ej: municipios), y la mejora en la información permitiría la adopción de medidas más específicas y orientadas (p.ej: mejor caracterización de medios letales, que permita la adopción de acciones de restricción más orientadas).

Evolución temporal y respuesta ante intervenciones preventivas:

- Conocer la evolución temporal de forma más temprana. Esto permitiría un mejor conocimiento del suicidio en Canarias, y la adopción de acciones preventivas de manera más orientada.
- Conocer, de forma más temprana, el posible beneficio de acciones preventivas desarrolladas en Canarias.

Los Institutos de Medicina Legal

IML de Las Palmas

El Instituto de Medicina Legal de Las Palmas, creado por Decreto 83/2007, de 23 de abril, tiene un ámbito de actuación que incluye a las islas de Gran Canaria, Fuerteventura y Lanzarote. Es un órgano técnico dependiente de la Dirección General competente en materia de justicia. Se configura como un órgano auxiliar de Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil de la Provincia de Las Palmas cuyas funciones se centran en la realización de cuantos informes periciales médico-forenses (tanatológicos, clínicos y de laboratorio) le sean solicitados.

Como órganos de funcionamiento, incluye el Servicio de Patología Forense, el Servicio de Clínica Médico Forense, y el Servicio de Laboratorio Forense. Además, realiza actividades de docencia e investigación relacionadas con la medicina forense. Los médicos forenses, en sus funciones técnicas tienen carácter independiente y emiten sus informes de acuerdo con las reglas de investigación científica que estimen adecuadas.

Por su parte, el artículo 17 del Decreto 83/2007 establece que el Instituto de Medicina Legal de Las Palmas colaborará con otras instituciones y actuará como centro de formación permanente de los médicos forenses. Establece, asimismo, la posibilidad de establecer conciertos con entidades sanitarias públicas o privadas.

Existe un marco de colaboración científica entre el Instituto de Medicina Legal de Las Palmas y la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, con el fin de impulsar el desarrollo científico de la sociedad canaria en el campo específico de la Medicina Legal al servicio de la Administración de Justicia.

IML de Santa Cruz de Tenerife

El Instituto de Medicina Legal de Santa Cruz de Tenerife fue creado mediante Decreto 198/2002, de 20 de diciembre, con sede en Santa Cruz de Tenerife y cuyo ámbito territorial de actuación se extiende a las islas de Tenerife, La Palma, La Gomera y El Hierro. El IML incluye los Servicios de Patología Forense y de Clínica Forense.

Es un órgano técnico cuya misión es auxiliar a los Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil de los partidos judiciales de su ámbito territorial, mediante la práctica de pruebas periciales médicas (tanatológicas, clínicas y de laboratorio). Asimismo, puede realizar actividades de docencia e investigación relacionadas con la medicina forense. En sus funciones técnicas, los médicos forenses tienen carácter independiente y emiten sus informes de acuerdo con las reglas de investigación científica que estimen adecuadas.

El artículo 15 del Decreto 198/2002 establece que el Instituto de Medicina Legal de Santa Cruz de Tenerife colaborará con otras instituciones y actuará como centro de formación permanente de los médicos forenses. Establece, asimismo, la posibilidad de establecer conciertos con entidades sanitarias públicas o privadas.

Colaboraciones en otras áreas geográficas

Algunas CCAA han incluido la colaboración entre el sistema sanitario y los IML como una de las acciones preventivas del suicidio. Sin embargo, se trata de una línea de actuación emergente, que aún se realiza en pocas CCAA.

En Castilla-La Mancha, la acción 1.2.2. de su estrategia de prevención del suicidio establece la coordinación entre los servicios sanitarios y el Instituto de Medicina Legal (Gobierno de Castilla-La Mancha, 2018). Esta acción se enmarca en la mejora de recogida de datos, dado que estos a menudo son inexactos e incompletos con las fuentes de datos actuales. El estudio del suicidio y su relación con la psicopatología se ha facilitado mediante un convenio de colaboración entre el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y el Ministerio de Justicia, que contempla el acceso a los historiales clínicos, lo que permitirá recoger datos que generalmente no se analizaban y a los que los médicos forenses no tenían acceso.

En el País Vasco, la Red de Salud Mental de Guipúzkoa (RSMG), en colaboración con el Instituto Vasco de Medicina Legal (IVML), realizó un estudio para elaborar un mapa de suicidios en Guipúzkoa 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 (Gobierno Vasco, 2019).

En La Rioja, una de las medidas incluidas en el Plan de prevención del suicidio en La Rioja, que atañe al Instituto de Medicina Legal y Forense, contempla el desarrollo de protocolos a fin de realizar una mejor exploración de los datos epidemiológicos y fomentar la realización autopsias psicológicas (Gobierno de La Rioja, 2018).

2. Acción

1. Establecimiento de colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y los Institutos de Medicina Legal de Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife.

Las direcciones de ambas instituciones, tanto de PPAA como de los IML, deberán ser conocedoras de las acciones de colaboración desde su inicio, y deberán autorizarlas con anterioridad. La colaboración entre ambas instituciones se producirá a través de los profesionales que los superiores jerárquicos estimen.

2. Definición de objetivos y acciones en el contexto de la colaboración

Los profesionales designados para la colaboración establecerán los objetivos y acciones de esta. El objetivo general deberá estar orientado a la mejora de la prevención del suicidio, lo que incluye a su vez las mejoras en el conocimiento de la epidemiología del suicidio en Canarias.

Sin perjuicio de posibles modificaciones que se estimen oportunas, en principio, se recomiendan los siguientes objetivos y acciones:

Objetivo Específico 1. Mejorar el conocimiento epidemiológico sobre el suicidio en Canarias.

Acción 1. Evaluar las posibles mejoras en el conocimiento epidemiológico que puedan aportar los IML, respecto a los datos disponibles a través del ISTAC e INE, y los informes epidemiológicos disponibles. Las mejoras se podrán articular en dos vertientes principales:

- Mejoras en la cantidad de información. En este aspecto se incluye la información relativa a variables no disponibles para el SCS, o la mejora en la información acerca de variables disponibles para el SCS.
- Mejoras en la temporalidad de la información. En este aspecto se incluirían los posibles mecanismos articulados y periódicos, de provisión de información de los IML al SCS sobre suicidios, de tal forma que supongan una mejora respecto a la demora actual de dos años, en la información proveniente del INE y el ISTAC.

Acción 2. Comparar los datos sobre suicidio del ISTAC y del IML, analizar las discrepancias entre ambos, y las posibles causas metodológicas.

Acción 3. Realizar un análisis detallado sobre las características de los suicidios que se produzcan en Canarias, que suponga un aprovechamiento de los datos disponibles y una mejora respecto a los análisis disponibles a través de los datos del ISTAC.

Objetivo Específico 2. Evaluar los factores asociados al suicidio en Canarias.

Acción 1. Desarrollar un estudio de investigación sobre los factores asociados al suicidio en Canarias, que incluya un amplio rango de variables, disponibles a través de los sistemas de información del IML, el ISTAC, el INE y el SCS.

3. Marco legal y convenio de colaboración

Una vez definidos los objetivos y acciones necesarias para la mejora de la información epidemiológica, se deberá evaluar el marco legal existente relativo a tales acciones, y la posible necesidad de establecer un convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad.

3. Indicadores

- Establecimiento de colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y los Institutos de Medicina Legal de Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife (Sí / No)
- Definición de objetivos y acciones en el contexto de la colaboración (Sí / No)
- Evaluación del marco legal y de la necesidad de convenio de colaboración entre las Consejerías implicadas (Sí / No)

4. Dificultades potenciales

- El marco legal debe ser evaluado en el contexto de una comunicación fluida entre los profesionales sanitarios implicados en la colaboración entre el SCS y los IML, y profesionales juristas.
- La posible necesidad de establecer un Convenio de colaboración entre las Consejerías implicadas puede demorar el inicio de las acciones.

5. Responsables

- **Conocimiento y aprobación de la colaboración interinstitucional**
 - Dirección General de Programas Asistenciales y Dirección de ambos IML.
- **Designación de profesionales de referencia para la colaboración**
 - Responsable del Servicio de Salud Mental de la DGPPAA
 - Dirección de los IML
- **Colaboración y establecimiento de objetivos y acciones.**
 - Profesionales designados del Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y de los IML
- **Evaluación de aspectos legales**
 - Profesionales juristas, en comunicación estrecha con los profesionales del Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y de los IML.

Bibliografía

Giner, L., Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139-146.

Gobierno de Canarias. Consejería de Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad. Institutos de Medicina Legal. (2020). Disponible en: https://www.gobiernodecanarias.org/justicia/temas/medicina_legal/index.jsp

Gobierno de Castilla-La Mancha. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2018). Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/prevencion-del-suicidio/estrategia-para-la-prevencion-del-suicidio>

Gobierno de La Rioja. Rioja Salud (2018). Plan de prevención del suicidio en La Rioja. Disponible en: https://www.riojasalud.es/f/rs/docs/PLAN_PREVENCION_CONDUCTA_SUICIDA_DEF.pdf

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Osakidetza. (2019). Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/departamento-salud/-/estrategia-de-prevencion-del-suicidio-en-euskadi/>

Acción 1.4. Realización de informes epidemiológicos detallados sobre la conducta suicida en Canarias, con periodicidad anual.

1. Introducción. Justificación

Necesidad de informes epidemiológicos

La identificación de un problema es una base ineludible para su mejora o resolución. En el caso de la conducta suicida, su análisis obedece a varias necesidades, como:

1. Conocer la magnitud del problema mediante los datos en sí mismos.
2. Conocer la magnitud del problema mediante la comparación con otras CCAA, España y otros países.
3. Conocer sus características básicas en función de determinadas variables.
4. Identificar áreas de actuación prioritarias (p.ej: según islas, grupos de edad, etc).
5. Evaluar su evolución temporal.
6. Evaluar las posibles repercusiones positivas de intervenciones preventivas.
7. Explorar posibles factores causales.
8. Servir de fuente de información ante requerimientos externos.

Situación en Canarias

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales ha elaborado, desde el año 2013 hasta la actualidad, informes epidemiológicos detallados. Estos informes han cubierto una serie temporal que comienza desde el año 2007 hasta el último año del que se dispone de información. Hay que tener en cuenta que los datos sobre suicidio tienen una demora de dos años.

Informes epidemiológicos en Canarias. Enfoque y contenido

Los informes epidemiológicos realizados constan de dos grandes áreas. La primera está dedicada a la exposición y análisis de los datos, mientras que la segunda se centra en el análisis de los posibles factores causales.

En la exposición y análisis de los datos se incluyen los datos desde diferentes perspectivas (p.ej: suicidio por islas, edad, sexo, métodos). Se ofrecen tanto datos absolutos como las tasas. Asimismo, estas tasas se compararan con las de España y la Unión Europea. A continuación se ofrecen los datos y análisis de los intentos de suicidio y de la ideación suicida. Por último, se ofrece un resumen y conclusiones sobre los datos y comparaciones expuestas en el informe.

En el área de los posibles factores causales se expone un análisis de aquellos factores de riesgo de los cuales se pueden obtener datos poblacionales, y se comparan con los del conjunto de España. El análisis de los factores causales tiene la limitación básica de que la conducta suicida es multifactorial, y que hay determinados factores de riesgo psicopatológicos (p.ej: depresión, desesperanza) y contextuales cuya evaluación no es posible con la fiabilidad que ofrece la entrevista clínica por un profesional de Salud Mental. Sin embargo, ofrece la posibilidad de obtener información sobre determinados factores de riesgo a nivel poblacional, cuyo valor se incrementa en la medida que se haya obtenido mediante una metodología adecuada y se disponga de datos de otras áreas geográficas y del conjunto de España, para su comparación e interpretación.

Informes epidemiológicos en Canarias. Estructura

A continuación se expone la estructura del último informe epidemiológico sobre conducta suicida en Canarias realizado por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Informe Epidemiológico sobre la Conducta Suicida En Canarias (2007-2019)

I. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN: PERÍODO 2007 - 2019

1. Suicidio en Canarias y España
 - 1.1. Suicidio en Canarias
 - 1.1.1. Datos globales - Número
 - 1.1.2. Suicidios por islas
 - 1.1.3. Suicidios por sexos - Número absoluto y ratios
 - 1.1.4. Suicidios - Métodos
 - 1.1.5. Tasas de suicidio - Canarias
 - 1.1.6. Tasas de suicidio por islas
 - 1.1.7. Tasas de suicidio por sexo
 - 1.1.8. Suicidio por edades
 - 1.1.9. Suicidio en niños y adolescentes
 - 1.2. Suicidio en España y Unión Europea. Comparativa con Canarias
2. Intentos de suicidio en Canarias y España
3. Ideación suicida en Canarias y España
 - 3.1. Ideación suicida en Canarias
 - 3.2. Canarias vs. España
 - 3.3. Canarias vs. otras áreas geográficas
4. Resumen – Conclusiones
5. Síntesis de datos. Conducta suicida en Canarias

II. POSIBLES FACTORES CAUSALES

1. Trastornos mentales. Depresión.
2. Consumo de tóxicos
3. Factores sociofamiliares, económicos y ambientales

2. Acción

1. Realización de informes epidemiológicos anuales

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, continuará realizando los informes epidemiológicos anuales sobre conducta suicida en Canarias, ya que se considera una herramienta básica para la prevención.

La estructura, enfoque y contenidos serán los expuestos en este documento, sin perjuicio de adiciones o modificaciones que se estimen convenientes para su posible mejora.

2. Utilización de los datos del informe epidemiológico

El informe epidemiológico será la fuente principal para los siguientes aspectos:

2.1. Magnitud del problema

Se identificará mediante el análisis de los datos absolutos, las tasas (con preferencia mediante estas últimas), la comparación de las tasas con otras áreas geográficas, la evolución temporal, y las características en las diferentes áreas (según grupos de edad, islas, etc).

2.2. Identificación de áreas de actuación prioritarias

Además de la magnitud del problema, el análisis de las tasas de suicidio según diversas variables básicas

puede permitir la identificación de áreas de actuación prioritarias. Las acciones de prevención de la conducta suicida en Canarias deben tener un ámbito de actuación autonómico. Sin embargo, la identificación de áreas de acción prioritarias, según su naturaleza, podrá determinar la necesidad de actuaciones particulares en un área o grupo determinado. Por ejemplo, la identificación de tasas muy altas en una determinada franjas de edad podría implicar el desarrollo de acciones específicas para esa franja de edad, con ámbito autonómico; mientras que una tasa de suicidio considerablemente superior en una isla puede hacer recomendable el análisis de posibles factores causales, y el desarrollo de intervenciones específicas para reducirlos. En este caso, tales intervenciones serían adicionales a las realizadas con ámbito autonómico.

2.3. Evaluar resultados de intervenciones preventivas

Las intervenciones preventivas pueden ser evaluadas mediante indicadores propios de diferente naturaleza (estructura, proceso, resultados intermedios, resultado).

Sin embargo, el informe epidemiológico anual de Canarias constituirá una valiosa herramienta para la evaluación global acerca del conjunto de acciones preventivas realizadas en Canarias, que obedezcan a un único documento planificador.

Cabe recalcar que los datos oficiales sobre suicidio e ideación suicida están publicados, son de libre acceso, y responsabilidad de instituciones nacionales o autonómicas. En este sentido, puede accederse a estos datos para su uso. Sin embargo, el informe epidemiológico anual contiene, además de estos datos (idénticos, salvo error), otros datos de obtención propia y análisis comparativos.

2.4. Fuente de información

El informe epidemiológico anual será la referencia fundamental para la utilización de información sobre conducta suicida por parte del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.

3. Indicadores

Indicador principal

- Realización anual del informe epidemiológico sobre conductas suicidas en Canarias (Sí / No)

Indicadores sobre su utilización

- Identificación de la magnitud del problema y posibles áreas de actuación prioritarias (Sí / No)
- Utilización como fuente de información de referencia (Sí / No)
- Utilización como fuente de información para la evaluación de resultados de intervenciones preventivas en Canarias (Sí / No).

4. Dificultades potenciales

No se prevén obstáculos potenciales para el desarrollo de esta acción, toda vez que ya está instaurada y reporta diversos beneficios. Por otra parte, su realización no comporta costes económicos adicionales.

5. Responsables

• Desarrollo y análisis

- Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Objetivo específico 2.

Mejorar la coordinación intra e interinstitucional para el desarrollo de acciones preventivas dirigidas a la población, y acciones relativas a las personas con riesgo suicida o conductas suicidas.

Acción 2.1. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública para el desarrollo de acciones dirigidas a la población, encaminadas a la prevención de la conducta suicida.

Acción 2.2. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública por una parte, y otros órganos autonómicos y otras administraciones públicas, por otra, en acciones dirigidas a la población para la prevención de la conducta suicida.

Acción 2.3. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública por una parte, y Organizaciones y Asociaciones por otra, en acciones dirigidas a la prevención de la conducta suicida.

Acción 2.4. Elaboración de un protocolo único de coordinación intrainstitucional para el paciente con riesgo suicida o conducta suicida.

Acción 2.5. Elaboración de un protocolo único de coordinación interinstitucional sobre la actuación en el paciente con riesgo suicida o conducta suicida, en el que participen los profesionales sanitarios (Atención Primaria, Salud Mental, Drogodependencias, 112, Servicios de Urgencias hospitalarios) y profesionales clave no sanitarios (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, ámbito de justicia y ámbito de menores).

**Acción 2.1.
Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública para el desarrollo de acciones dirigidas a la población, encaminadas a la prevención de la conducta suicida.**

1. Introducción. Justificación

Necesidad de coordinación

La conducta suicida es un fenómeno complejo y multifactorial. La interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de la conducta suicida está bien establecida (OMS, 2014). Consecuentemente, las estrategias de prevención deben incluir un amplio rango de factores potencialmente implicados.

Las estrategias preventivas dirigidas a la población son un área constituyente ineludible, incluida en múltiples documentos planificadores preventivos nacionales e internacionales. En contraposición a las acciones preventivas individuales, desarrolladas en el ámbito clínico, las intervenciones dirigidas a la población tienen la ventaja de su alcance, si bien adolecen de inespecificidad.

Por otra parte, determinados factores de riesgo tienen una naturaleza social y poblacional, lo que determina que sea fundamental el desarrollo de estrategias poblacionales. Tal es el caso de factores como el acceso a los medios para el suicidio, las noticias inadecuadas sobre suicidio en los medios de comunicación, el estigma asociado a los comportamientos de búsqueda de ayuda, y la discriminación, entre otros (OMS, 2014).

Salud Pública y prevención de la conducta suicida

Salud Pública puede jugar un papel importante y único en la prevención de la conducta suicida. Puede favorecer la coordinación entre diferentes instituciones implicadas para planificar, priorizar y coordinar las acciones de prevención. Además, puede tener un papel importante en el registro de datos, implementación de medidas preventivas, evaluación de programas y seguimiento de la efectividad (Stone et al., 2017).

Por su parte, resulta importante evaluar las causas subyacentes del suicidio y desarrollar planes de acción adecuados a cada país y sus comunidades (WHO, 2012).

Situación en Canarias

El Servicio de Salud Mental y la DGSP han colaborado previamente en acciones concretas de diferente naturaleza. Sin embargo, en los últimos años ha existido una colaboración continuada y con objetivos comunes. Tal colaboración y coordinación se produjo durante la elaboración del Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 (Gobierno de Canarias, 2019), y ha tenido continuidad especialmente en el contexto de la prevención de la conducta suicida; específicamente, en el desarrollo de este documento planificador y en la implementación de acciones dirigidas a la población.

2. Acción

1. Colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la Dirección General de Salud Pública (DGSP)

Las direcciones de ambas instituciones, tanto de la DGPPAA como de la DGSP, deberán ser conocedoras de las acciones de colaboración desde su inicio, y deberán autorizarlas con anterioridad. La colaboración entre ambas instituciones se producirá a través de los profesionales que los superiores jerárquicos estimen.

2. Marco común de actuación

El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DGSP deberán disponer de un marco común de referencia relativo a la prevención de la conducta suicida. Este marco lo constituye el presente documento planificador.

3. Coordinación y colaboración en el desarrollo de acciones

Para cada una de las acciones, se definirán las competencias y responsabilidad de cada una de las instituciones, así como los modos de coordinación, colaboración y evaluación. Deberá existir una comunicación fluida entre la DGPPAA y la DGSP.

4. Servicios implicados

La coordinación se producirá principalmente entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y el Servicio de Promoción de Salud de la DG de Salud Pública. Sin embargo, en el contexto de determinadas acciones puede ser conveniente la coordinación con los Servicios de Drogodependencia y de Epidemiología de la DG de Salud Pública.

3. Indicadores

- Establecimiento de colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DGSP (Sí / No)
- Existencia de marco común de actuación, aceptado por ambas instituciones (Sí / No)
- Establecimiento consensuado en los modos de coordinación y colaboración entre ambas instituciones (Sí / No)

4. Dificultades potenciales

La continuidad en la colaboración y coordinación a nivel institucional está favorecida por la existencia de una colaboración previa entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y el Servicio de Promoción de Salud de la DG de Salud Pública, y por este documento planificador, que supone un marco común.

Resulta deseable que exista continuidad en los profesionales designados para el mantenimiento efectivo de la colaboración y coordinación.

5. Responsables

- **Conocimiento y aprobación de la colaboración interinstitucional**
 - Dirección General de Programas Asistenciales y Dirección General de Salud Pública
- **Designación de profesionales de referencia para la colaboración**
 - Jefatura del Servicio de Salud Mental de la DGPPAA
 - Dirección General de Salud Pública
- **Coordinación y colaboración en el desarrollo de acciones**
 - Profesionales designados del Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y de la DGSP

Bibliografía

Gobierno de Canarias (2019). Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS.

Public Health England (2016). Local Suicide Prevention Planning: A practice resource.

Stone, D.M., Holland, K.M., Bartholow, B., Crosby, A.E., Davis, S., and Wilkins, N. (2017). Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

World Health Organization. (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework.

Acción 2.2.

Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública por una parte, y otros órganos autonómicos y otras administraciones públicas, por otra, en acciones dirigidas a la población para la prevención de la conducta suicida.

1. Introducción. Justificación**Necesidad de acciones coordinadas**

El hecho de que los determinantes del riesgo suicida sean tan amplios hace que sea necesaria una colaboración interinstitucional entre los diversos sectores implicados (Public Health England, 2016).

Las actividades de prevención del suicidio requieren coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad. Además de la Salud Mental, Salud Pública y Atención Primaria, existen otros sectores de gran importancia para la implementación de medidas preventivas, como los del gobierno, educación, trabajo, servicios sociales, agricultura, y medios de comunicación, entre otros. Estos esfuerzos deben ser integrales y sinérgicos y estar integrados, ya que ningún abordaje singular es suficiente para una cuestión tan compleja como la del suicidio (OMS, 2014; Public Health England, 2016; Stone et al., 2017). La intervención de estos otros diversos sectores implicados puede marcar la diferencia en la efectividad de la prevención de la conducta suicida, al influir en diversos contextos y en factores de riesgo subyacentes que contribuyen al suicidio (Stone et al., 2017).

Situación en Canarias

Hasta la fecha no ha existido una coordinación interinstitucional dedicada a la prevención del suicidio en Canarias, que se haya desarrollado en el marco de un documento planificador de referencia.

Naturaleza de las acciones

En la naturaleza de las acciones que pueden requerir una coordinación interinstitucional, cabe distinguir dos tipologías.

La primera está conformada por aquellas intervenciones que están dirigidas a la población general (prevención universal) o a determinados grupos poblacionales (prevención selectiva). Esta tipología de intervenciones preventivas es la que se aborda en esta acción.

La segunda está conformada por las intervenciones que se dirigen a personas con conductas suicidas o en situación de riesgo suicida (prevención indicada) (OMS, 2014). En esta área, la coordinación intrainstitucional e interinstitucional relativa a los pacientes con riesgo suicida o conductas suicidas está abordada en otras actividades específicas, a través de la necesidad de establecer protocolos únicos de coordinación.

2. Acción**1. Evaluación de los sectores sanitarios y no sanitarios implicados**

La evaluación de estos sectores tomará como referencia el actual documento planificador. Específicamente, la necesidad de coordinación con diferentes sectores e instituciones estará determinada por la naturaleza de las acciones contenidas en este. Tales sectores implicados constituirán un punto de partida para la coordinación interinstitucional e intrainstitucional, sin perjuicio de las ampliaciones a otras administraciones públicas y órganos autonómicos, que puedan derivarse de la adición o ampliación del alcance de determinadas acciones.

2. Designación de profesionales de referencia

Las direcciones de cada Servicio, administración pública u órgano autonómico implicados en la prevención de las conductas suicidas designarán a una persona de referencia para la coordinación con el SCS. Por su parte, podrá ser necesaria la designación de una persona de referencia para una acción específica para la que se solicite colaboración y coordinación. Esta puede ser la misma o no que la persona designada para la coordinación global. Por lo tanto, podrá darse el caso de que exista una persona de referencia para la coordinación global, y otra para una acción específica.

3. Marco común de actuación

El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DGSP por una parte, y otras administraciones públicas u órganos autonómicos implicados, por otra parte, deberán disponer de un marco común de referencia relativo a la prevención de la conducta suicida. Este marco lo constituye el presente documento planificador.

4. Coordinación y colaboración en el desarrollo de acciones

Para cada una de las acciones, se definirán las competencias y responsabilidad de cada una de las instituciones, así como los modos de coordinación, colaboración y evaluación. Deberá existir una comunicación fluida entre el SCS y otras instituciones implicadas.

3. Indicadores

- Establecimiento de colaboración entre el SCS y otras instituciones implicadas (Sí / No)
- Establecimiento consensuado en los modos de coordinación y colaboración entre las instituciones implicadas (Sí / No)

4. Dificultades potenciales

La ausencia de una colaboración interinstitucional previa puede dificultar el inicio y continuidad de la coordinación. Sin embargo, la existencia de marcos de referencia de carácter autonómico para la prevención de la conducta suicida debe favorecer su desarrollo.

Resulta deseable que exista continuidad en los profesionales designados para el mantenimiento efectivo de la colaboración y coordinación.

5. Responsables

- **Designación de profesionales de referencia para la colaboración**
 - Jefatura del Servicio de Salud Mental de la DGPPAA
 - Jefatura del Servicio de Promoción de la DGSP
 - Responsables de cada institución
- **Coordinación y colaboración en el desarrollo de acciones**
 - Profesionales designados a tal efecto

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS.

Public Health England (2016). Local Suicide Prevention Planning: A practice resource.

Stone, D.M., Holland, K.M., Bartholow, B., Crosby, A.E., Davis, S., and Wilkins, N. (2017). Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

Acción 2.3.

Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública por una parte, y Organizaciones y Asociaciones por otra, en acciones dirigidas a la prevención de la conducta suicida.

1. Introducción. Justificación

Las actividades de prevención del suicidio requieren coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad. Los esfuerzos deben ser integrales y sinérgicos y estar integrados, ya que ningún abordaje singular es suficiente para una cuestión tan compleja como la del suicidio (OMS, 2014; Public Health England, 2016; Stone et al., 2017).

En Canarias ha existido colaboración entre el Servicio Canario de la Salud (en particular, el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DGSP) y Organizaciones y Asociaciones. Sin embargo, esta ha estado relacionada con acciones específicas, generalmente no englobadas en marcos planificadores.

El *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* (en adelante, PSMC) (Gobierno de Canarias, 2019), fue fruto del trabajo y consenso de más de cien profesionales sanitarios de múltiples áreas, así como profesionales de otros sectores, como Educación, Servicios Sociales o el Instituto Canario de Igualdad. Las Asociaciones tuvieron participación tanto en el proceso de elaboración de diferentes líneas estratégicas, como en el proceso de validación externa. Por su parte, las Organizaciones, como los diversos Colegios Oficiales Profesionales implicados, participaron en el proceso de validación externa. En lo relativo al contenido del PSMC, múltiples acciones explicitan la colaboración con Asociaciones, y la coordinación interinstitucional es otro elemento básico señalado en múltiples objetivos y acciones.

Por lo tanto, la disponibilidad del PSMC ha supuesto un marco planificador de referencia, no solo para Salud Mental, Salud Pública y el SCS, sino también para diferentes Órganos autonómicos, Administraciones públicas, Organizaciones y Asociaciones. Por su parte, el presente Programa toma como base lo contemplado en la Línea Estratégica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida, y supone un desarrollo científico y técnico de las diferentes acciones.

La disponibilidad de este Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias supone un marco planificador de referencia para la colaboración y coordinación entre el SCS y diferentes Organizaciones y Asociaciones implicadas en la prevención de la conducta suicida.

2. Acción

1. Evaluación de las Organizaciones y Asociaciones implicadas

Se evaluarán las Organizaciones y Asociaciones de diferente naturaleza, potencialmente implicadas en la prevención del suicidio. Tales Organizaciones incluyen las Organizaciones profesionales, como los Colegios Oficiales de Psicología y Asociaciones profesionales de Salud Mental; las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), como el Teléfono de la Esperanza; y las Asociaciones de familiares y pacientes. En Canarias existen dos Asociaciones dedicadas específicamente al suicidio: la Asociación antisuicidio “Luz en la oscuridad” y la Asociación de atención al duelo y prevención del suicidio “Volver a Vivir”.

2. Designación de profesionales de referencia

Resulta recomendable que cada parte implicada designe a una persona de referencia para la coordinación.

3. Marco común de actuación

El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DGSP por una parte, y las Organizaciones y Asociaciones por otra, deberán adscribirse a un marco común de referencia relativo a la prevención de la conducta suicida. Este marco lo constituye el presente documento planificador, que deriva del *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*.

4. Evaluación común de acciones desarrolladas, previstas o potenciales. Búsqueda de la sinergia

El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DGSP por una parte, y las Organizaciones y Asociaciones por otra, valorarán las acciones desarrolladas o previstas por parte de estas últimas. Resulta altamente recomendable la búsqueda de una convergencia de tales acciones en el marco planificador del *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*, y de este Programa en particular. Otra posibilidad de colaboración se enmarca en propuestas concretas por parte del Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DGSP, a las Organizaciones y Asociaciones, de coordinación y colaboración específicas, en relación con una o varias acciones contenidas en este Programa. El fin último es la búsqueda de la convergencia de las acciones en un marco común, de tal forma que se logre una sinergia, en lugar de divergencias o duplicidades.

5. Coordinación y colaboración en el desarrollo de acciones

Una vez identificadas las acciones en desarrollo o previstas (por parte de las Organizaciones y Asociaciones), o propuestas nuevas específicas (por parte de la DGPPAA y DGSP), se acordarán las acciones que se desarrollarán y se definirán las características que se estimen necesarias para cada una de ellas (p. ej., contenido, procedimiento, responsables, modos de coordinación, evaluación).

3. Indicadores

- Establecimiento de colaboración entre el SCS y Organizaciones implicadas (Sí / No)
- Establecimiento de colaboración entre el SCS y Asociaciones implicadas (Sí / No)

4. Dificultades potenciales

La ausencia de una colaboración interinstitucional continuada previa puede dificultar el inicio y continuidad de la coordinación. Sin embargo, la existencia de marcos de referencia de carácter autonómico para la prevención de la conducta suicida debe favorecer su desarrollo.

Resulta deseable que exista continuidad en los profesionales designados para el mantenimiento efectivo de la colaboración y coordinación.

5. Responsables

- **Designación de profesionales de referencia para la colaboración y coordinación**
 - Jefatura del Servicio de Salud Mental de la DGPPAA
 - Jefatura del Servicio de Promoción de la DGSP
 - Responsables de cada Organización o Asociación
- **Coordinación y colaboración en el desarrollo de acciones**
 - Profesionales designados a tal efecto

Bibliografía

Gobierno de Canarias (2019). Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS.

Public Health England (2016). Local Suicide Prevention Planning: A practice resource.

Stone, D.M., Holland, K.M., Bartholow, B., Crosby, A.E., Davis, S., and Wilkins, N. (2017). Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

Acción 2.4.

Elaboración de un protocolo único de coordinación intrainstitucional para el paciente con riesgo suicida o conducta suicida.

Acción 2.5.

Elaboración de un protocolo único de coordinación interinstitucional sobre la actuación en el paciente con riesgo suicida o conducta suicida, en el que participen los profesionales sanitarios (Atención Primaria, Salud Mental, Drogodependencias, 112, Servicios de Urgencias hospitalarios) y profesionales clave no sanitarios (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, ámbito de justicia y ámbito de menores).

1. Introducción. Análisis de la situación

La atención a los pacientes con riesgo suicida o con conducta suicida entraña una complejidad especial, por cuanto implica, además de la complejidad clínica per se, una situación de riesgo para la vida, diversos aspectos ético-legales, y una necesidad de atención coordinada entre diferentes profesionales de la Red de Salud Mental; y en ocasiones, entre diferentes ámbitos del SCS, o entre diferentes instituciones.

Desgraciadamente no se dispone en Canarias de un marco procedimental único para la atención a los pacientes con riesgo suicida o con conducta suicida. Esta ausencia puede provocar situaciones de falta de entendimiento y discrepancias entre los profesionales, ámbitos e instituciones implicadas, lo que a su vez puede resultar en demoras en la atención adecuada, y en definitiva, en una merma de la calidad asistencial. Esta situación promueve la variabilidad de los procedimientos a lo largo del tiempo, además de heterogeneidad de estos entre las diferentes islas, o incluso, entre las diferentes zonas. Por lo tanto, la existencia de protocolos que regulen la coordinación necesaria, resultaría en un mejor entendimiento entre los profesionales implicados, en una mayor fluidez en los procedimientos necesarios, y en definitiva, en una mejora de la atención al paciente.

La coordinación interinstitucional a la que aquí se alude se refiere a todas aquellas actuaciones coordinadas que puedan ser competencia de diferentes instituciones, con objeto de la *atención* a un/a paciente concreto/a. No debe confundirse con el otro tipo de coordinación interinstitucional, que es aquella encaminada al trabajo coordinado encaminado a la *prevención* del suicidio, con un enfoque poblacional, o dirigida a grupos poblacionales específicos. Como ejemplo de este otro tipo de coordinación, la OMS señala que "las actividades de prevención del suicidio requieren coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad, públicos y privados, incluidos el de la salud y otros, como los de educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, defensa, así como los responsables de las leyes, la política y los medios" (OMS, 2014). Las acciones que implican coordinación interinstitucional desde esta óptica están incluidas, en este Programa, en la sección dedicada a las acciones de carácter preventivo en la población.

Hasta nuestro conocimiento, no existe literatura internacional ni nacional específica sobre la coordinación intra ni interinstitucional relativa a los pacientes con riesgo suicida o con conducta suicida. Ello probablemente se deba dos motivos principales. Uno, las diferencias marcadas que pueden existir entre diferentes sistemas sanitarios entre los países, así como en los modelos de atención, tipos de dispositivos y modos de coordinación. Dos, por las dificultades metodológicas que entrañaría el estudio de estos aspectos relativos a la coordinación, y su posible repercusión en variables de resultado.

Por este motivo, este documento tomará como referencias otros documentos planificadores sobre conducta suicida existentes en España (con la consiguiente adaptación de aquellos aspectos que se consideren idóneos para nuestro entorno), así como el criterio propio de los profesionales elaboradores.

Este documento, de naturaleza programática, no tiene como objeto el desarrollo de los protocolos en sí mismo, sino el establecimiento de un marco de recomendaciones que facilite su ulterior elaboración.

2. Acciones

2.1. Protocolo de coordinación intrainstitucional

Población objeto

La población objeto del protocolo incluye a todas las personas que cumplen con todas las siguientes características:

- Han sido evaluadas por algún profesional sanitario del Servicio Canario de la Salud.
- Han realizado una conducta suicida en la actualidad y/o tienen riesgo suicida, según valoración del profesional sanitario.
- El/la profesional sanitario/a determina la necesidad de una intervención urgente, que implica la actuación de otros profesionales sanitarios, sea en el mismo centro sanitario o en otro. La intervención puede tener carácter de evaluación, intervención (p.ej: indicación de ingreso hospitalario) o ambas.

Recomendaciones de contenido

- El protocolo debería incluir definiciones de los distintos tipos de conducta suicida, así como del riesgo suicida.
- El protocolo debería incluir los objetivos, la población objeto, la responsabilidad y funciones de los diferentes colectivos sanitarios implicados en la atención urgente a las personas con conductas suicidas o con riesgo suicida (Atención Primaria, Salud Mental, Drogodependencias, 112, Servicios de Urgencias hospitalarios).
- En el protocolo se deberían considerar tanto los aspectos comunes como los diferenciales en la atención a las personas en función de la conducta suicida (ideación suicida, autolesión deliberada, intento de suicidio) y del riesgo suicida.
- El protocolo debería incluir aspectos esenciales de la evaluación de las conductas suicidas y del riesgo suicida, así como aquellos aspectos básicos relativos a los criterios de ingreso hospitalario, a partir de fuentes oficiales de rigor científico. Estos deben contemplarse, no como aspectos cerrados a los que deban ajustarse las actuaciones de los profesionales implicados en la prevención, sino como una herramienta útil para la actuación clínica.
- Debe considerarse que las escalas de evaluación pueden aportar información complementaria en la evaluación, pero nunca deben sustituir a la evaluación clínica.
- Un enfoque recomendable parece aquel que contemple las diferentes situaciones hipotéticas según el entorno en el que se produce el punto de partida, a partir de la detección del riesgo suicida y/o conductas suicidas (Atención Primaria, Salud Mental, Drogodependencias, 112, servicios de urgencias hospitalarios). En el caso de Salud Mental, resulta recomendable que se contemplen los diferentes circuitos posibles en el seno de los diferentes dispositivos que conforman la Red de Salud Mental.
- Dada la naturaleza del protocolo, centrada en aquellos aspectos específicos de coordinación entre profesionales en el seno de la asistencia sanitaria, el protocolo debería establecer aquellos circuitos de comunicación indispensables. Por su parte, deberían explicitarse diversos aspectos relativos a la comunicación entre los profesionales implicados, como las vías de comunicación (preferenciales y alternativas, en su defecto) en las diferentes situaciones clínicas, qué profesionales deben intervenir, o el registro en

la Historia Clínica de las actuaciones clínicas y de la coordinación efectuada.

- Resulta recomendable incluir aspectos relativos a la comunicación entre profesional y paciente. Una relación terapéutica positiva, que genera confianza (en contraposición a una autoritaria, que ignore estos principios) debe ser el objetivo básico en la que basar las actuaciones, tanto desde el punto de vista clínico como desde la perspectiva ético-legal.
- Sin embargo, dada la potencial ocurrencia de situaciones especiales que puedan conllevar un riesgo inminente para la vida de la persona (p.ej: fuga, negativa a ser atendido), deberían incluirse los procedimientos básicos de actuación ante estas, basados en aspectos clínicos y legales.
- Se recomienda que se establezcan las medidas básicas a tomar tras un suicidio, incluyendo la facilitación de la actuación policial y legal posterior, así como la comunicación y apoyo inmediato a familiares.
- Debería realizarse una integración, en la medida de lo posible, de los contenidos del protocolo en la Historia Clínica Electrónica. Debe valorarse la necesidad o conveniencia de creación de contenidos específicamente diseñados en los sistemas de información, o de adaptación de los existentes.
- Se recomienda la inclusión del procedimiento de difusión del protocolo entre todos los profesionales implicados.
- Se recomienda la inclusión del procedimiento de implementación del protocolo entre todos los profesionales implicados.

Recomendaciones de estructura

A continuación se presentan una serie de recomendaciones sobre la estructura del protocolo, en general comunes a las de otros protocolos que puedan aplicarse en Salud Mental. En este sentido, se recomienda que contenga los siguientes apartados (Servicio Aragonés de Salud, 2009; Servicio Andaluz de Salud, 2010), sin perjuicio de que se pueda estimar conveniente otro orden, estructura o la adición o supresión de elementos:

- Título
- Autoría
- Fecha de realización y fecha de revisión
- Justificación
- Objetivos
- Profesionales a los que va dirigido
- Población diana
- Metodología
- Actividades o Procedimientos
- Algoritmo de actuación
- Sistemas de Información y Registro
- Evaluación del protocolo. Indicadores
- Glosario y Definiciones
- Bibliografía
- Anexos

Evaluación y revisión

- Resulta recomendable que el protocolo incluya los procedimientos para su evaluación.
- Para ello deberían establecerse una serie de indicadores de proceso y de resultado.

- Debería establecerse un procedimiento de revisión periódica del protocolo. La revisión debería tomar en consideración el estado actualizado del conocimiento, las recomendaciones institucionales nacionales e internacionales oficiales (p.ej: Guías de Práctica Clínica), los resultados de la evaluación previa, así como las sugerencias de los profesionales implicados.

2.2. Protocolo de coordinación interinstitucional

Población objeto

La población objeto del protocolo incluye a todas las personas que cumplen con todas siguientes características:

- Han sido evaluadas por algún profesional clave no sanitario (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, ámbito de justicia y ámbito de menores) o sanitario.
- Han realizado una conducta suicida en la actualidad y/o tienen riesgo suicida, según valoración del profesional que realiza la evaluación inicial (en caso de haberse producido una evaluación por un profesional clave no sanitario y un profesional sanitario, prevalecerá el criterio de este último).
- El/la profesional determina la necesidad de una intervención urgente que implica la actuación de otros profesionales no sanitarios o sanitarios, sea en el mismo centro sanitario o en otro, y conforme a los supuestos contemplados en la ley. La intervención puede tener carácter de evaluación, intervención (p.ej: indicación de ingreso hospitalario) o ambas.

Recomendaciones de contenido

- El protocolo debería incluir las definiciones de los distintos tipos de conducta suicida, así como del riesgo suicida.
- El protocolo debería incluir los objetivos y la población objeto.
- El protocolo debería incluir un marco legal y ético relativo al suicidio y a las responsabilidades profesionales de los diferentes colectivos profesionales implicados.
- Se recomienda la inclusión de un mapa de recursos y funciones de cada colectivo profesional potencialmente implicado en la atención urgente a las personas con conductas suicidas o con riesgo suicida, tanto de los profesionales sanitarios (Atención Primaria, Salud Mental, Drogodependencias, 112, Servicios de Urgencias hospitalarios) como de los profesionales clave no sanitarios (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, ámbito de justicia y ámbito de menores).
- En el protocolo se deberían considerar tanto los aspectos comunes como los diferenciales en la atención a las personas en función de la conducta suicida (ideación suicida, autolesión deliberada, intento de suicidio) y del riesgo suicida.
- Un enfoque recomendable parece aquel que contemple las diferentes situaciones hipotéticas según el entorno en el que se produce el punto de partida, a partir de la detección del riesgo suicida y/o conductas suicidas, sea por parte de profesionales clave no sanitarios (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, ámbito de justicia y ámbito de menores); o en un entorno sanitario (Atención Primaria, Salud Mental, Drogodependencias, 112, Servicios de Urgencias hospitalarios) en aquellas situaciones hipotéticas en las que se requiera la coordinación interinstitucional.
- Resulta recomendable incluir aspectos relativos a la comunicación entre profesional y la persona que presenta el riesgo suicida y/o conductas suicidas. La relación positiva, que genera confianza, debe ser el modelo básico en el que basar las actuaciones.
- Sin embargo, deben incluirse las situaciones especiales que puedan conllevar un riesgo inminente para la vida de la persona (p.ej: fuga, negativa a ser atendido, persona encerrada, persona en la calle), explicitando los procedimientos de actuación ante estas, en el marco de la ley.

- Se recomienda que se establezcan las medidas básicas a tomar tras un suicidio, tanto de los profesionales clave no sanitarios, como la de los profesionales sanitarios, incluyendo la facilitación de la actuación policial y legal posterior; así como la comunicación y apoyo inmediato a familiares.
- Debería realizarse una integración, en la medida de lo posible, de los contenidos del protocolo en la Historia Clínica Electrónica. Debe valorarse la necesidad o conveniencia de creación de contenidos específicamente diseñados en los sistemas de información, o de adaptación de los existentes.
- Se recomienda la inclusión del procedimiento de difusión del protocolo entre todos los ámbitos y profesionales implicados.
- Se recomienda la inclusión del procedimiento de implementación del protocolo entre todas las instituciones y los profesionales implicados.

Recomendaciones de estructura

A continuación se presentan una serie de recomendaciones sobre la estructura del protocolo, en general comunes a las de otros protocolos que puedan aplicarse en Salud Mental. En este sentido, se recomienda que contenga los siguientes apartados (Servicio Aragonés de Salud, 2009; Servicio Andaluz de Salud, 2010), sin perjuicio de que se pueda estimar conveniente otro orden, estructura o la adición o supresión de elementos:

- Título
- Autoría
- Fecha de realización y fecha de revisión
- Justificación
- Objetivos
- Profesionales a los que va dirigido
- Población diana
- Metodología
- Actividades o Procedimientos
- Algoritmo de actuación
- Sistemas de Información y Registro
- Evaluación del protocolo. Indicadores
- Glosario y Definiciones
- Bibliografía
- Anexos

Evaluación y revisión

- Resulta recomendable que el protocolo incluya los procedimientos para su evaluación.
- Para ello deberían establecerse una serie de indicadores de proceso y de resultado.
- Debería establecerse un procedimiento de revisión periódica del protocolo. La revisión debería tomar en consideración el estado actualizado del conocimiento, las recomendaciones institucionales nacionales e internacionales oficiales (p.ej: Guías de Práctica Clínica), los resultados de la evaluación previa, así como las sugerencias de los profesionales implicados.

3. Indicadores

Coordinación intrainstitucional

- Realización de un protocolo único de coordinación intrainstitucional para el paciente con riesgo suicida o conducta suicida (Sí/No).

Coordinación interinstitucional

- Realización de un protocolo único de coordinación interinstitucional para el paciente con riesgo suicida o conducta suicida, en el que hayan participado todos los sectores implicados (Sí/No).

4. Dificultades potenciales

• Diferencias preexistentes considerables entre las islas y hospitales en los modos de coordinación y abordaje

La elaboración del protocolo requerirá una actitud flexible y constructiva para la consecución de un protocolo único.

• Dificultad en la comprensión y adscripción al protocolo

El protocolo debe ser conciso, claro, seguir una secuencia lógica, ser fácil de leer y comprender, y la información que contiene debe ser fácil de encontrar (NHS, 2002).

• Dificultad en la difusión

Será conveniente la implicación de personas clave en las diferentes instituciones implicadas, así como en los diversos sectores del Servicio Canario de la Salud. Resulta fundamental el uso de medios tecnológicos para una difusión de mayor alcance.

• Dificultad en la implementación

- En el caso del protocolo de coordinación intrainstitucional, determinadas medidas pueden favorecer un mayor éxito en la implementación, como la formación específica sobre el protocolo a los profesionales o la designación de un profesional en cada plantilla que vele por una práctica clínica con adhesión al protocolo y el mantenimiento de esta (NHS, 2002).
- En el caso del protocolo de coordinación interinstitucional, será conveniente designar a un profesional responsable de velar por la adecuada implementación del protocolo, en cada institución implicada.

5. Responsables

• Coordinación

Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.

• Designación de profesionales para los equipos multidisciplinares de elaboración

- Gerencias hospitalarias
- Jefaturas de Servicio de Psiquiatría

• Elaboración

El protocolo de coordinación intrainstitucional debería incluir a los siguientes colectivos profesionales para su elaboración:

- Salud Mental: psiquiatría, psicología, enfermería, al menos un representante de Asociaciones de Familiares y un representante de Asociaciones de pacientes.
- Atención Primaria
- Drogodependencias
- Médicos del 112
- Servicios de Urgencias hospitalarios

El protocolo de coordinación interinstitucional debería incluir a los siguientes colectivos profesionales para su elaboración:

- Salud Mental: psiquiatría, psicología, enfermería, al menos un representante de Asociaciones de Familiares y un representante de Asociaciones de pacientes.
- Atención Primaria
- Drogodependencias
- Médicos del 112
- Servicios de Urgencias hospitalarios
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado
- Ámbito de justicia
- Ámbito de menores

• Revisión

Se recomienda que los protocolos sean evaluados por revisores externos.

Bibliografía

Gobierno de Navarra (2014). Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas.

Gobierno del Principado de Asturias (2018). Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio.

NHS. National Health Service (2002). Modernisation Agency; National Institute for Clinical Excellence. *A Step-by-Step Guide to Developing Protocols*, National Health Service.

OMS. Organización Mundial de la Salud 2014. *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. OMS, Washington.

Objetivo específico 3. Realizar acciones de carácter preventivo en la población sobre la conducta suicida.
Acción 3.1. Realización de campañas de prevención de la conducta suicida, dirigidas a la población.
Acción 3.2. Realización de una página web sobre conducta suicida, que incluya los recursos disponibles e información útil para la prevención del suicidio.
Acción 3.3. Creación de una “línea de crisis” para ayuda a personas en riesgo de suicidio y asesoramiento telefónico inmediato.
Acción 3.4. Reducción o restricción del acceso a los medios letales.
Acción 3.5. Desarrollar actividades específicas para la atención a los familiares y allegados de personas que se han suicidado.
Acción 3.6. Desarrollar un programa de prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas.
Acción 3.7. Elaboración de un protocolo de intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios.

Acción 3.1. Realización de campañas de prevención de la conducta suicida, dirigidas a la población.

1. Introducción. Justificación

Magnitud del problema

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2019) destaca que el suicidio es un grave problema de salud pública. No obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral, tal como se recalca en el primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, *Prevención del suicidio: un imperativo global* (OMS, 2014). En lo concerniente a iniciativas globales, en el contexto del *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidio en un 10% para 2020. Además, la tasa de mortalidad por suicidio es un indicador de la meta 3.4 de los *Objetivos de Desarrollo Sostenible*: «De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar».

A pesar de décadas de esfuerzos de prevención e investigación, cientos de miles de personas mueren por suicidio cada año. Aunque la incidencia del suicidio ha disminuido en muchos países, otros se enfrentan a grandes aumentos. Incluso en países con una disminución de la incidencia global de suicidio, cohortes particulares, como las de los hombres de mediana edad, parecen ser resistentes a las intervenciones preventivas, como lo señala la incidencia estable o creciente del suicidio en este grupo (Heeringen, 2019).

En nuestro entorno, el suicidio es un problema de primera magnitud. Su prevención se ha convertido en un objetivo prioritario de las políticas sanitarias. Se estima que por cada suicidio se producen entre 10 y 20 intentos no letales. La conducta suicida es pluricausal y compleja, donde convergen factores individuales y contextuales, y juegan un papel importante el estrés emocional, la salud mental y el consumo de tóxicos, especialmente el alcohol. En la población joven preocupa especialmente el acoso escolar o *bullying*, últimamente desplazado por nuevas vertientes como el *bullying* electrónico y el envío de mensajes con contenido sexual o *sexting*. Desgraciadamente, frente a esta realidad destacan la necesidad de actualizar la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, y la ausencia de una Estrategia o un Plan de prevención del suicidio de ámbito nacional.

Campañas preventivas

Uno de los pilares de la prevención del suicidio es la sensibilización y mejora de la información a la población general a través de acciones de concienciación promovidas por instituciones públicas, medios de comunicación y entidades sociales dedicadas a la causa. Para ello se recomienda promover acciones encaminadas a combatir mitos con el fin de eliminar las creencias equivocadas en torno al suicidio, contar con testimonios en primera persona que hayan pasado por esa situación con el fin de sensibilizar de un modo más eficaz sobre esta problemática, facilitar la puesta a disposición de la población de información y mecanismos disponibles en prevención del suicidio, y sensibilizar a los profesionales de los medios de comunicación en relación con las recomendaciones internacionales para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio (Agra et al., 2019). A pesar de la importancia de las campañas dirigidas a la población, debe considerarse que estas tienen un efecto limitado, dado el carácter multifactorial de la conducta suicida y las dificultades para que los mensajes lleguen a producir cambios en las conductas. En esta línea, se ha hallado que las campañas en los medios de comunicación parecen ser más efectivas cuando se realizan como parte de una estrategia de prevención del suicidio multicomponente, mientras que las campañas independientes se muestran solo modestamente útiles para aumentar la alfabetización suicida (Torok et al, 2017; Oexle et al., 2019).

Canarias. Campañas preventivas desarrolladas

En la Comunidad Autónoma Canaria se han realizado las siguientes Campañas preventivas:

1. Campaña del Día Mundial de la Salud (2017): “Hablemos de la depresión” (SCS, 2017a).
2. Campaña del Día Mundial de la Salud Mental (2017): “Promocionar la salud mental: el arte de despertar el gusto por la vida” (SCS, 2017b).
3. Campaña del Día Mundial de la Salud (2019): “Parentalidad Positiva: Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años” (SCS, 2019a).
4. Campaña del Día Mundial de la Salud Mental (2019): “Aunemos esfuerzos para prevenir el suicidio” (SCS, 2019b).
5. Campaña del Día Mundial de la Prevención del Suicidio (2020): “Trabajando juntos para prevenir el suicidio” (SCS, 2020).

Si bien todas las campañas tienen potencial preventivo frente a las conductas suicidas, dos de ellas han estado enfocadas directamente a esta (4 y 5), una ha estado enfocada a la depresión como factor de riesgo de suicidio (1), y dos de ellas se han orientado a los factores de protección de la conducta suicida (2 y 3). Las campañas realizadas desde 2019 están vinculadas al *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*. Cabe destacar que en el repertorio de Campañas de la Dirección General de Salud Pública, estas cinco Campañas representan un porcentaje mínimo de las Campañas realizadas, por lo que se requiere incre-

mentar los esfuerzos en esta dirección. Además, aún existe margen de mejora en cuanto a la utilización de una pluralidad manifiesta de medios, para conseguir mayor alcance e impacto.

2. Acción

2.1. Objetivos

1. Establecer las bases para el desarrollo de campañas de prevención de la conducta suicida, dirigidas a la población, sustentadas en el conocimiento científico disponible y en fuentes relevantes y de confianza.
2. Desarrollar las campañas de prevención de la conducta suicida, en el contexto de un marco planificado que incluya acciones multicomponente.

2.2. Marco general y enfoque

Las campañas realizadas deben contemplar los siguientes pilares básicos en cuanto a su enfoque:

1. Basadas en el conocimiento científico disponible y opiniones de expertos.
2. Integradas en un marco planificador de acciones multicomponente.
3. Utilización de múltiples medios para conseguir un mayor alcance e impacto.
4. No restringidas a un único enfoque de entre los disponibles y descritos en la literatura.
5. Adaptadas a las características del suicidio y conductas suicidas en Canarias, así como a otras características de nuestra Comunidad Autónoma que se consideren de relevancia.

En los análisis anuales de la conducta suicida en Canarias, realizados por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, se ha hallado que las mayores tasas de suicidio se producen en las franjas de edad a partir de los 60 años; en algunos casos, superando el rango considerado como “alta” según la OMS. Por su parte, si bien las tasas de las franjas de edad de menores de 15 años, de 15 a 19 años, y de 20 a 29 años se sitúan en un rango “bajo”, el suicidio en estos grupos etarios resulta especialmente trágico, y según la OMS, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de edades entre los 15 y 29 años, y la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 19 años (OMS, 2019b).

Teniendo estos datos en consideración, parece recomendable que las campañas estén enfocadas a la población en su conjunto, pero con especial énfasis en los siguientes grupos etarios:

- Población infantojuvenil: 15-19 años
- Población adulta: 20-29 años
- Población mayor de 60 años

Además de esta distinción básica por grupos etarios, las características de la conducta suicida en Canarias deberán evaluarse en su conjunto para determinar los enfoques más apropiados.

2.3. Recomendaciones de contenido

Las recomendaciones se basan en el conocimiento científico disponible, ligado al juicio profesional; o en su ausencia, en el juicio profesional. A continuación se presenta una síntesis del conocimiento científico disponible, y posteriormente, las recomendaciones.

2.3.1. Síntesis del conocimiento científico

Efectividad

Una reciente revisión sistemática ha concluido que, si bien aún se está en proceso de consolidar el conoci-

miento científico, los hallazgos apuntan a que las campañas de prevención consiguen resultados positivos (Pirkis et al., 2019). Mientras que el resultado final pretendido es la reducción en el número de suicidios, también se enfocan a conseguir resultados más distales, relacionados con creencias, actitudes y conductas (Pirkis et al., 2019). Las campañas de la conducta suicida obtienen mejores resultados en conocimiento y conciencia, y en menor medida en actitud y para promover la búsqueda de ayuda. Pocos estudios han evaluado el impacto sobre la conducta suicida, pero los que lo han hecho obtuvieron reducciones significativas (Pirkis et al., 2019). Una revisión sistemática centrada en la efectividad de las campañas de prevención del suicidio a través de los medios de comunicación, halló que tales campañas son efectivas. Sin embargo, la efectividad sobre conductas suicidas fue mayor cuando no se realizaron de forma aislada, sino como parte de una estrategia multicomponente de prevención del suicidio (Torok et al., 2017). Por su parte, las campañas de prevención del suicidio también han mostrado buena relación coste-efectividad (Lebenbaum et al., 2019).

Enfoque

No existe un único enfoque en la prevención del suicidio (Niederkrotenthaler et al., 2014; Pirkis et al., 2019). Desde una perspectiva pragmática y centrada en la naturaleza de las campañas, pueden distinguirse los siguientes enfoques:

- Campañas dirigidas a promover la salud mental y los factores de protección, los aspectos más vinculados a la prevención primaria y a la promoción de la salud mental (Sher, 2019).
- Campañas dirigidas a crear conciencia sobre el problema del suicidio, conductas suicidas y/o ideación suicida (Niederkrotenthaler et al., 2014).
- Campañas dirigidas a la población, acerca de las señales de alarma y factores de riesgo, y cómo actuar adecuadamente ante una persona de la que sospechan riesgo suicida (Pirkis et al., 2019).
- Campañas dirigidas a la mejora de los trastornos mentales asociados al riesgo suicida (p.ej: depresión) (Dumesnil y Verger, 2009).
- Campañas enfocadas a potenciar la búsqueda de ayuda profesional y/o a reducir el estigma, sean dirigidas al público general, o a personas vulnerables (Pirkis et al., 2019).
- Campañas dirigidas al estilo de vida (Berardelli et al., 2018).
- Campañas dirigidas a personas en duelo por suicidio (Ftanou et al., 2018).
- Campañas con una combinación de los objetivos previos (Niederkrotenthaler et al., 2014).

Alcance. Población y grupos diana

Antes de desarrollar una campaña dirigida a toda la población, debe considerarse cómo los subgrupos poblacionales pueden tener diferentes actitudes ante el suicidio, y que pueden responder de forma diferente ante los mensajes enfocados a la búsqueda de ayuda (Chambers et al., 2005). Asimismo, debe decidirse si la campaña estará dirigida a la población; a determinado grupo diana; o a la población, con especial énfasis en un grupo diana.

Medios

Según el enfoque y alcance pretendidos, la naturaleza de los medios utilizados puede variar. Existen diversos medios para hacer llegar los mensajes e información pretendida, como los medios de comunicación (TV, radio), páginas web, las redes sociales, el uso de carteles o folletos, o vídeos cortos en lugares de alta concurrencia (p.ej: servicios públicos).

Los medios más recientes son las redes sociales y las páginas web. Las plataformas de medios sociales pueden llegar a un alto número de personas, que de otra forma sería difícil implicar, pueden permitir

que otras personas intervengan tras una expresión online de ideación suicida, y proporcionan un entorno anónimo, accesible y no moralizador donde compartir las experiencias. Los retos incluyen las dificultades de controlar la conducta de los usuarios, la evaluación adecuada del riesgo suicida, problemas derivados de la privacidad y confidencialidad, y el posible riesgo de contagio. Los medios sociales parecen tener un potencial significativo en la prevención del suicidio, si bien aún se requiere más investigación acerca de su seguridad y efectividad (Robinson et al., 2016).

Señales de alarma y cómo actuar. La ayuda prestada por personas cercanas

Se estima que hasta el 75% de las personas que se suicidan no están en tratamiento por un equipo de Salud Mental, y muchos no han tenido contacto reciente con su médico de Atención Primaria; de tal forma que existe escasa o nula posibilidad de intervención clínica. Los familiares, amigos y colegas pueden ser las únicas personas que sepan que una persona se encuentra afligida, de forma que la carga de la atención recae enteramente en ellos, hasta que la persona acuda a un profesional sanitario, si llega a hacerlo (Owens et al., 2011). Sin embargo, la revelación de una crisis suicida habitualmente no se realiza con claridad, y las personas que reciben tales señales o mensajes, se enfrentan a una situación compleja en la que es difícil saber cómo y cuándo actuar. En un estudio cualitativo realizado sobre personas cercanas a 14 personas que se suicidaron, se hallaron diversas dificultades de comunicación y barreras para la actuación. Las señales y comunicación sobre la aflicción fueron habitualmente indirectas, se ignoraron las señales de alarma y se centraron en los signos positivos, e incluso cuando fueron conscientes del problema, encontraron diversas dificultades para decidirse a actuar y determinar el momento y la forma adecuadas. La tendencia a “esperar y ver qué ocurre” fue clara. Se identificaron tres áreas en las que podía haberse ayudado a las personas: i) hablar; “decir algo”; ii) alertar a otros en la red social; iii) buscar a otros fuera de la red social (Owens et al., 2011). Las implicaciones de este estudio para el desarrollo de campañas que alienten la evaluación de señales de alarma y la intervención son diversas (Owens et al., 2011):

1. En una crisis suicida, los mensajes pueden ser ambiguos o indirectos.
2. Existen dificultades para descifrar tales mensajes, decidir si intervenir, y cuándo y cómo hacerlo. Además, existe una fuerte tendencia a creer que la situación es normal.
3. Determinadas acciones parecen cruciales, como el hablar con la persona, alertar a otros en la red social, y buscar ayuda fuera de la red social.
4. Las campañas que traten de promover la implicación de la población en la prevención del suicidio deben resaltar la naturaleza ambigua de las señales de alarma, y abordar explícitamente los bloqueos emocionales que pueden producirse para la toma de conciencia del problema y la intervención necesaria.

Recientemente se ha publicado un consenso de expertos, que integró profesionales de Salud Mental y personas con experiencia vivida, y calificó la importancia de una serie de mensajes, que habían sido obtenidos previamente mediante un método Delphi y complementados con una revisión de la literatura. Se recomiendan los siguientes mensajes para su inclusión en campañas preventivas que traten de favorecer que la población general, y en particular familiares y amigos, identifiquen cuándo una persona está en riesgo suicida, e intervengan de una manera apropiada (Nicholas et al., 2018):

1. Tome en serio las expresiones de pensamientos suicidas. No las ignore.
2. Permita que la persona hable abiertamente sobre sus pensamientos suicidas y sentimientos. Escuche con calma y empatía, y sin enjuiciar. Haga saber que se preocupa y que quiere ayudar.
3. Si la persona no quiere hablar cara a cara, aliéntela a que llame a una línea de ayuda profesional.
4. Si la persona tiene un plan específico para el suicidio, llame a un Centro de Salud Mental o a una línea de crisis, u obtenga ayuda profesional tan pronto como sea posible.
5. Trate de eliminar los medios letales que estén disponibles a la persona en riesgo suicida, si es seguro.

Depresión y búsqueda de ayuda

De entre los trastornos mentales, la depresión es el trastorno que más atención ha recibido a nivel poblacional (Niederkrotenthaler et al., 2014). La falta de conocimiento sobre la depresión y el estigma percibido asociado a esta constituyen barreras para la búsqueda de ayuda. En el contexto de un programa multinivel de prevención del suicidio desarrollado en Europa, uno de sus niveles correspondió a una campaña en cuatro países europeos, comparados con regiones control en esos mismos países. La campaña produjo un efecto marcado en el estigma percibido sobre la depresión, y en la disposición a buscar ayuda profesional (Kohls et al., 2017). Por su parte, una campaña desarrollada en Nagoya, Japón, dirigida a crear conciencia sobre la depresión y promover la búsqueda de ayuda, obtuvo una reducción en el número de suicidios en los meses subsiguientes (Matsubayashi et al., 2014).

Búsqueda de ayuda

El poder conectar a las personas con riesgo suicida con los Servicios de Salud Mental es un componente clave de las estrategias de prevención del suicidio (Horn et al., 2015). En el conjunto de los estudios disponibles, se ha hallado una baja tasa de uso de los Servicios de Salud Mental por parte de las personas con ideación suicida, planes y/o intentos, de solo el 29,5%, incluyendo una ausencia de percepción de necesidad de tales servicios, la preferencia por la autogestión, el temor a la hospitalización, y factores estructurales (p.ej: tiempo, económicos) (Horn et al., 2015).

El estigma relacionado con los trastornos mentales o con los Servicios de Salud Mental se asocia directamente con una menor búsqueda activa de ayuda por problemas de salud mental, en la población general (Schnyder et al., 2017).

Se ha hallado que solo el 41,5% de las personas que habían tenido algún problema de salud mental había buscado ayuda profesional. El sexo masculino, la edad más joven, y el peor nivel educativo se han hallado asociadas a una visión estigmatizada de la búsqueda de ayuda (Roskar et al., 2017).

Se han hallado algunos facilitadores de la búsqueda de ayuda, como la mejor alfabetización sobre la salud mental, la visión positiva de estos servicios, la recomendación de familiares o amigos de buscar ayuda (Horn et al., 2015), la alfabetización sobre el suicidio, bajo estigma, menor sintomatología depresiva, mayor edad, sexo femenino (Calea et al., 2014), o las experiencias previas de búsqueda de ayuda (Roskar et al., 2017).

El fomento de la búsqueda de ayuda debe estar alineado con la disponibilidad de un sistema sanitario en el que se pueda proporcionar la asistencia necesaria (Chambers et al., 2005), así como con la información sobre recursos disponibles y líneas de crisis.

Estilo de vida

Existe asociación entre determinados estilos de vida, salud mental y riesgo suicida. Las características de estos estilos de vida difieren según la edad y los trastornos psiquiátricos (Berardelli et al., 2018). La potenciación de factores protectores y reducción de factores de riesgo para las conductas suicidas podría ayudar en la prevención del suicidio en algunas personas (Berardelli et al., 2018).

Fortalecimiento de factores protectores

Sher (2019) señala que décadas de investigación sobre la conducta suicida se han centrado principalmente en los factores de riesgo para el comportamiento suicida, mientras que pasan por alto factores protectores como la resiliencia, que puede ayudar a abordar este importante problema de salud pública. La resiliencia es la capacidad y el proceso dinámico de superar de forma adaptativa el estrés y la adversidad mientras se mantiene el funcionamiento psicológico y físico normal. Los estudios realizados en los últimos 10-15 años sugieren que la resiliencia es un factor protector contra el riesgo de suicidio. El desarrollo de la resiliencia debe ser parte de las intervenciones de prevención del suicidio universales, selectivas e

indicadas. Promover la resiliencia puede reducir el riesgo de suicidio en la población general, en grupos con riesgo elevado de suicidio y entre individuos de alto riesgo. El desarrollo de la resiliencia en la población general puede reducir la incidencia de trastornos relacionados con el estrés y, en consecuencia, el comportamiento suicida (Sher, 2019).

Los mensajes dirigidos a la población

El enfoque y contenido específico de los mensajes utilizados en las campañas es un aspecto de gran relevancia. Determinados mensajes podrían tener efectos negativos, como aquellos que normalizan el suicidio, o los que transmiten que es una respuesta normal ante los factores estresantes, o aquellos que lo glorifican (Chambers et al., 2005; Ftanou et al., 2017). Por lo tanto, los mensajes de las campañas deben sopesarse cuidadosamente. Además, es probable que no todos sean igualmente efectivos. La investigación sobre las características de los mensajes dirigidos a la población, que transmitan que el suicidio es prevenible, es aún escasa (Chambers et al., 2005; Acosta et al., 2017a).

La transmisión de que el suicidio es infrecuente puede resultar de ayuda, así como el hecho de que más del 98% de las personas que padecen depresión no se suicidan (Bostwick y Pankratz 2000; Chambers et al., 2005).

Los mensajes nucleares utilizados principalmente en las campañas son: i) el sufrimiento no es manifiesto; ii) el suicidio es prevenible; iii) conozca los signos de alarma del suicidio; iv) sepa comunicarse con alguien del que sospecha riesgo suicida; v) usted no está solo para ayudar a esa persona; hay recursos disponibles (Acosta et al., 2017a).

Una reciente revisión ha evaluado las características de los mensajes utilizados en los servicios públicos en campañas realizadas en el mundo (Ftanou et al., 2017). Estos mensajes tienden a ser cortos (menos de un minuto), generalmente están dirigidos a una amplia audiencia, y son informativos, sucintos, y atraen la atención. Alientan al público a pensar sobre el tema, a cambiar sus actitudes, y en última instancia, a cambiar sus conductas. Los mensajes analizados se dirigieron a la población general y/o personas en riesgo, y tuvieron énfasis en las personas jóvenes. Promovieron el diálogo abierto sobre el suicidio, señalaron que la vida de la persona en riesgo importaba, reconocieron el sufrimiento asociado a las ideas de suicidio, recalcaron que el suicidio es prevenible, y describieron el efecto devastador que el suicidio deja en los seres queridos. La mayoría de los mensajes promovieron el hablar sobre el suicidio y alentaron a la búsqueda de ayuda a través de teléfonos de ayuda, líneas de crisis, páginas web, y fuentes informales. Además de estos contenidos hallados, los autores recomiendan fortalecer estos mensajes mediante el énfasis sobre el apoyo profesional. Esta promoción puede ayudar a desestigmatizar la búsqueda de ayuda y favorecer la intervención precoz (Ftanou et al., 2017).

Por su parte, en un reciente consenso de expertos que incluyó profesionales de Salud Mental y personas con experiencia vivida (Ftanou et al., 2018), se desarrollaron mensajes breves dirigidos a tres grupos: i) personas en riesgo; ii) familiares y colegas de personas en riesgo; iii) sobrevivientes en duelo por suicidio. Los expertos señalaron la dificultad de no afectar a algunas personas pertenecientes a un grupo con los mensajes dirigidos a otro grupo (p.ej: los mensajes dirigidos a familiares y colegas sobre el apoyo y búsqueda de signos de alarma, podría hacer sentir culpables, aislados o afectados, a aquellos en duelo por suicidio). Además, encontraron difícil crear mensajes desestigmatizantes, pero que no normalizaran ni dotaran de sensacionalismo al suicidio. Coincidieron en que los mensajes debían tener dos características clave: 1) Reconocer o reflejar los problemas y necesidades del grupo diana; 2) Promover la búsqueda de ayuda.

Los mensajes breves finales fueron (Ftanou et al., 2018):

1. Personas en riesgo suicida

El dolor es profundo. Parece no haber salida.

Usted importa. Estamos aquí. *Llame.*

2. Sobrevivientes en duelo por suicidio

La herida sanará, pero siempre habrá una cicatriz. No hay una única manera de vivir el duelo. Otras personas pueden escucharle sobre su pérdida. Existe ayuda, y hay lugares donde puede compartir su historia. *Llame.*

3. Familiares y colegas de personas en riesgo

Preguntar está bien. Está preparado para la respuesta. Existe apoyo para ambos. *Llame.*

El enfoque de los mensajes puede nutrirse de la investigación existente relativa a las noticias sobre suicidio en los medios de comunicación, que cuenta con mayor conocimiento científico al respecto. Las recomendaciones de la OMS dirigidas a los medios de comunicación, en tres documentos en estas dos últimas décadas, han sido sintetizadas recientemente en una sencilla lista de recomendaciones (“Qué no hacer”, “Qué hacer” y “Otras recomendaciones”) para su utilización por profesionales de los medios de comunicación de habla hispana (Acosta et al., 2017b).

Se considera fundamental que los mensajes se evalúen (pre-test) en población diana y población no diana, antes de su lanzamiento a nivel poblacional. Sin embargo, esta evaluación no garantiza ni la efectividad ni la seguridad (Ftanou et al., 2018).

Evaluación

De forma ideal, las campañas deberían incluir estrategias de evaluación, que estén alineadas con sus objetivos, y que contemplen resultados a corto, medio y largo plazo (Chambers et al., 2005).

La efectividad de las campañas puede evaluarse para alfabetización sobre suicidio (conocimientos, actitudes y búsqueda de ayuda) o para las conductas suicidas (suicidio, intentos de suicidio) (Torok et al., 2017).

Por ejemplo, una campaña dirigida a concienciar a la población con depresión de que deben buscar ayuda profesional para tratamiento, podría tener como resultado a corto plazo la mayor conciencia sobre la depresión, como resultado a medio plazo el aumento en las derivaciones para tratamiento de la depresión, y como resultado a largo plazo, el aumento en el número de personas que reciben tratamiento adecuado (Chambers et al., 2005).

Listas de comprobación

Durante el desarrollo de una campaña resulta útil disponer de una lista de comprobación sobre diversos aspectos relativos a estas, que permita comparar su adecuación. Tal lista ha sido desarrollada recientemente, basada en el conocimiento disponible y el consenso de expertos (Acosta et al., 2017a). La *RAND Checklist of Best Practices for Suicide Prevention Communication Campaigns* incluye 46 ítems, y se divide en dos secciones: una sobre campañas de salud en general (19 ítems) y otra específica sobre campañas de prevención del suicidio (27 ítems). Cada sección está dividida en dominios específicos (Acosta et al., 2017a).

2.3.2. Recomendaciones

Aspectos básicos

- Toda campaña de prevención del suicidio debe partir de un encuadre básico que contemple los objetivos, enfoque, alcance y medios utilizados.

Señales de alarma y cómo actuar. La ayuda prestada por personas cercanas

- Las campañas que traten de promover la implicación de la población en la prevención del suicidio deben valorar especialmente la inclusión de los siguientes elementos:

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Tomar en serio las expresiones de pensamientos suicidas; no ignorarlas.
- Naturaleza ambigua de las señales de alarma, y los bloqueos emocionales que pueden producirse para la toma de conciencia del problema y la intervención necesaria.
- Evitar la actitud de “esperar y ver qué ocurre”.
- Promover las acciones básicas de hablar con la persona, alertar a otros en la red social, buscar ayuda fuera de la red social, y eliminar el acceso a medios letales.
- Cómo hablar: permitir que la persona hable abiertamente sobre sus pensamientos suicidas y sentimientos. Escucha con calma y empatía, y sin enjuiciar. Hacer saber que la persona con la que habla se preocupa y que quiere ayudar.
- Qué hacer si la persona no quiere hablar: alentar a la búsqueda de ayuda profesional.
- Qué hacer si la persona tiene un plan específico para el suicidio: alertar a los Servicios Sanitarios.

Búsqueda de ayuda

- La promoción de búsqueda de ayuda es uno de los elementos básicos para la prevención del suicidio. Debe considerarse la influencia notable en esta del estigma relacionado con los trastornos mentales o con los Servicios de Salud Mental y la deficiente alfabetización sobre la salud mental o sobre el suicidio. Por lo tanto, además de la promoción de búsqueda de ayuda en sí misma, debe considerarse la inclusión del enfoque hacia la desestigmatización y/o alfabetización.
- El fomento de la búsqueda de ayuda debe estar alineado o complementado con: i) la información sobre recursos disponibles y líneas de crisis; ii) la disponibilidad de un sistema sanitario en el que se pueda proporcionar la asistencia necesaria.

Trastornos mentales

- De dirigirse una campaña a los trastornos mentales, debe considerarse como primera línea el enfoque hacia la depresión, o hacia los trastornos mentales en conjunto.

Los mensajes dirigidos a la población

- Tanto el enfoque como el lenguaje específico utilizados en los mensajes deben sopesarse cuidadosamente, para evitar posibles efectos negativos, y favorecer el mayor efecto positivo posible.
- Parecen recomendables las siguientes características y elementos, que han sido ampliamente utilizados previamente:
 - El suicidio es prevenible.
 - Reconocimiento del sufrimiento, que puede no ser apreciado en el entorno.
 - Fomento de la búsqueda de ayuda.
 - Información sobre los signos de alarma del suicidio.
 - Consejos sobre cómo ayudar y hablar con alguien en supuesto riesgo suicida.
 - Fomento del diálogo abierto sobre suicidio.
 - Existencia de recursos de apoyo para la persona en riesgo y para prestar la ayuda necesaria.
 - Información sobre el suicidio como infrecuente, y que la gran mayoría de las personas con depresión u otros trastornos mentales no se suicidan.
 - Señalamiento de la importancia de la vida de la persona en riesgo.
 - Señalamiento del efecto devastador del suicidio en seres queridos.
 - Información sobre recursos disponibles, en especial la asistencia profesional y las líneas de crisis.

- Información sobre otras fuentes de información más amplias (p.ej: página web).
- El tipo de mensajes dependerá de diversos factores, entre los que destaca el enfoque de la campaña. Los principales enfoques incluyen: i) personas en riesgo; ii) familiares y colegas de personas en riesgo; iii) sobrevivientes en duelo por suicidio.
- Resulta recomendable su evaluación previa (pre-test) en población diana y no diana.

Evaluación

- Resulta recomendable que las campañas incluyan fórmulas para su evaluación.
- La evaluación puede centrarse en resultados y/o en la calidad en sí de la campaña:
 - Suicidio y/o conductas suicidas
 - Resultados intermedios
 - Calidad de la campaña
- La *RAND Checklist of Best Practices for Suicide Prevention Communication Campaigns* (Acosta et al., 2017a) puede resultar útil tanto para la evaluación de la calidad de la campaña, como para orientar su desarrollo, en diversos elementos y contenidos.

2.4. Ficha de campañas de prevención de suicidio

Con base al conocimiento disponible y recomendaciones previas, se expone a continuación una ficha que incluye los elementos básicos que debe contemplar cualquier campaña, y que, una vez cumplimentada, supondría su caracterización operativa.

Denominación	
Encuadre	(Marcos planificadores o programáticos en los que se encuadra)
Dotación económica	- Cuantía: - Origen:
Coordinación	
Objetivos	- Objetivo final: - Objetivos intermedios:
Enfoque (marcar cuantos correspondan)	- Suicidio y conductas suicidas - Señales de alarma y cómo actuar - Trastornos mentales. Depresión - Favorecer búsqueda de ayuda - Factores protectores. Estilo de vida - Otros (especificar):
Alcance	- Población general - Grupos específicos - Población general, con énfasis en grupo/s específico/s
Medios (marcar cuantos correspondan)	- Medios de comunicación tradicionales: TV, radio - Página web - Redes sociales - Vídeos cortos en lugares concurridos

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

Denominación	
	<ul style="list-style-type: none">- Carteles en lugares concurridos- Folletos- Otros (especificar):
Medios. Justificación	<ul style="list-style-type: none">- Mayor alcance- Idoneidad respecto a grupos específicos- Otros (especificar):
Mensajes. Elaboración	<ol style="list-style-type: none">1. Considerar objetivos, enfoque, alcance y medios.2. Considerar características y elementos recomendados (revisión de literatura y recomendaciones de este documento).3. Establecimiento de los mensajes definitivos.4. Evaluación previa (pre-test) en población diana y no diana.
Difusión	(Vías y procedimientos)
Evaluación (marcar cuantos correspondan)	<ul style="list-style-type: none">- Suicidio y/o conductas suicidas. Especificar:- Resultados intermedios. Especificar:- Calidad de la campaña. Especificar:

3. Indicadores

- Número de campañas de prevención de la conducta suicida, dirigidas a la población.
- Número de campañas de prevención de la conducta suicida dirigidas a poblaciones específicas (infanto-juvenil, mayores de 60 años, etc).

4. Dificultades potenciales

Las campañas poblacionales requieren recursos económicos.

Los costes se pueden reducir si las campañas se realizan en el contexto de campañas desarrolladas por instituciones internacionales o nacionales, como la Organización Mundial de la Salud o el Ministerio de Sanidad, Consumo, y Bienestar Social, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, o el Día Mundial de la Prevención del Suicidio.

5. Responsables

• Coordinación

- Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, del Servicio Canario de la Salud.
- Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.

• Elaboración

- Contenidos: Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y Servicio de Promoción de la Salud de la DGSP
- Diseño y manejo de páginas web: Webmaster del SCS

• **Difusión**

- Servicio Canario de la Salud
- Gabinete de Prensa del SCS
- Medios de comunicación

Bibliografía

- Acosta, J., Ramchand, R., and Becker, A. (2017a). Best practices for suicide prevention messaging and evaluating California's "Know the Signs" media campaign. *Crisis*, 38(5), pp.287–299.
- Acosta, F.J., Rodríguez, C.J., Cejas, M.R. (2017b). Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. *Revista Española de Salud Pública*, [online] 91: 24 de octubre e201710040. Available at: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL91/C_ESPECIALES/RS91C_201710040.pdf
- Agra Varela, Y., Suárez Alonso, A., López Franco, M.A., and Latasa Zamalloa, P. (2019). Día internacional para la prevención del suicidio (10 de septiembre de 2019). Trabajando juntos por su prevención. *Revista Española de Salud Pública*, 93. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/EDITORIALES/RS93C_201909092.pdf
- Berardelli, I., Corigliano, V., Hawkins, M., Comparelli, A., Erbuto, D. and Pompili, M. (2018). Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide. *Frontiers in Psychiatry*, [online] 9. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00567/full>
- Bostwick, J.M. and Pankratz, V.S. (2000). Affective Disorders and Suicide Risk: A Reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), pp.1925–1932.
- Calear, A.L., Batterham, P.J., and Christensen, H. (2014). Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Research*, 219(3), pp.525-530. doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.027.
- Chambers, D.A., Pearson, J.L., Lubell, K., Brandon, S., O'Brien, K. and Zinn, J. (2005). The Science of Public Messages for Suicide Prevention: A Workshop Summary. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(2), pp.134–145.
- Dumesnil, H., and Verger, P. (2009). Public awareness campaigns about depression and suicide: a review. *Psychiatric Services*, 60(9), pp.1203–1213.
- Ftanou, M., Cox, G., Nicholas, A., Spittal, M. J., Machlin, A., Robinson, J., and Pirkis, J. (2017). Suicide prevention public service announcements (PSAs): examples from around the world. *Health Communication*, 32(4), pp.493–501.
- Ftanou, M., Skehan, J., Kryszynska, K., Bryant, M., Spittal, M. J., and Pirkis, J. (2018). Crafting safe and effective suicide prevention media messages: outcomes from a workshop in Australia. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), pp.1–8.
- Heeringen, K. (2019). A few more questions for suicide prevention. *The Lancet Psychiatry*, 6(6), pp.454–455.
- Hom, M.A., Stanley, I.H. and Joiner, T.E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, [online] 40, pp.28–39. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815000768>

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Kohls, E., Coppens, E., Hug, J., Wittevrongel, E., Van Audenhove, C., Koburger, N., ... and Hegerl, U. (2017). Public attitudes toward depression and help-seeking: impact of the OSPI-Europe depression awareness campaign in four European regions. *Journal of Affective Disorders*, 217, pp.252–259.
- Lebenbaum, M., Cheng, J., de Oliveira, C., Kurdyak, P., Zaheer, J., Hancock-Howard, R., and Coyte, P. C. (2020). Evaluating the cost effectiveness of a suicide prevention campaign implemented in Ontario, Canada. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(2), pp.189–201.
- Matsubayashi, T., Ueda, M., and Sawada, Y. (2014). The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. *Journal of Affective Disorders*, 152, pp.526-529.
- Nicholas, A., Rossetto, A., Jorm, A., Pirkis, J., and Reavley, N. (2018). Importance of messages for a suicide prevention media campaign: An expert consensus study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(6), pp.438–450.
- Oexle, N., Niederkrotenthaler, T. and DeLeo, D. (2019). Emerging trends in suicide prevention research. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(4), pp.336–341
- Owens, C., Owen, G., Belam, J., Lloyd, K., Rapport, F., Donovan, J. and Lambert, H. (2011). Recognising and responding to suicidal crisis within family and social networks: qualitative study. *BMJ*, 343(oct18), pp.d5801–d5801.
- Pirkis, J., Rossetto, A., Nicholas, A., Ftanou, M., Robinson, J., and Reavley, N. (2019). Suicide Prevention Media Campaigns: A Systematic Literature Review. *Health Communication*, 34(4), pp.402–414.
- Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S. and Herrman, H. (2015). Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(2), pp.103–121.
- Roskar, S., Bracic, M.F., Kolar, U., Lekic, K., Juricic, N.K., Grum, A.T., Dobnik, B., Postuvan, V. and Vatovec, M. (2017). Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), pp.614–621.
- Servicio Canario de la Salud (2017a). Día Mundial de la Salud 2017. Hablemos de la Depresión. [online] [Gobiernodecanarias.org](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=9400cc4c-15df-11e7-89f2-7df1fbe6b613&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f). Available at: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=9400cc4c-15df-11e7-89f2-7df1fbe6b613&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f> [Accessed 10 Feb. 2020].
- Servicio Canario de la Salud: SCS (2017b). Día Mundial de la Salud Mental 2017. Promocionar la Salud Mental: el Arte de Despertar el Gusto por la Vida [online] [Gobiernodecanarias.org](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=46dbf907-acec-11e7-8509-d77d-948b4bbd&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f). Available at: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=46dbf907-acec-11e7-8509-d77d-948b4bbd&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f> [Accessed 10 Feb. 2020].
- Servicio Canario de la Salud: SCS (2019a). Día Mundial de la Salud 2019: Parentalidad Positiva: Ganar Salud y Bienestar de 0 a 3 años. [online] [Gobiernodecanarias.org](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=44498469-553f-11e9-87fb-65362f2c5e8c&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f). Available at: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=44498469-553f-11e9-87fb-65362f2c5e8c&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f> [Accessed 10 Feb. 2020].
- Servicio Canario de la Salud: SCS (2019b). Día Mundial de la Salud Mental 2019. Aunemos esfuerzos para prevenir el Suicidio. [online] [Gobiernodecanarias.org](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=7c203749-e9b1-11e9-8b23-21fab7a2e00d&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f). Available at: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=7c203749-e9b1-11e9-8b23-21fab7a2e00d&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f> [Accessed 10 Feb. 2020].
- Servicio Canario de la Salud: SCS (2020). Día Mundial de la Prevención del Suicidio 2020. Trabajando juntos para prevenir el suicidio [online] [Gobiernodecanarias.org](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=950a3de2-e395-11ea-b495-1301b79d9a). Available at: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=950a3de2-e395-11ea-b495-1301b79d9a>

[ae&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f](#) [Accessed 6 Nov. 2020].

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N. and Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(4), pp.261–268.

Sher, L. (2019). Resilience as a focus of suicide research and prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(2), pp.169–180.

Torok, M., Cleave, A., Shand, F., and Christensen, H. (2017). A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: understanding their efficacy and the mechanisms needed for successful behavioral and literacy change. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), pp.672–687.

World Health Organization: WHO (2014a). Prevención del suicidio. Un imperativo global. [online] *Who.int*. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136083> [Accessed 29 Nov. 2019].

World Health Organization: WHO (2019a). Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Cada 40 segundos se suicida una persona. [online] *Who.int*. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds> [Accessed 25 Sep. 2019].

World Health Organization: WHO (2019b). Suicidio. [online] *Who.int*. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [Accessed 25 Sep. 2019].

Acción 3.2. **Realización de página web sobre conducta suicida, que incluya los recursos disponibles e información útil para la prevención del suicidio.**

1. Introducción. Justificación

Internet y suicidio

En el contexto del grave problema de salud pública que supone el suicidio y las tasas en aumento progresivo, ha habido interés tanto en la contribución negativa de Internet a las conductas suicidas, como a su utilidad potencial como una herramienta de prevención (Lai et al., 2014).

Las redes sociales y los foros suponen una importante fuente de información y de relaciones sociales en Internet. Se ha estimado que son utilizados por el 70% de los jóvenes (Ministerio de Sanidad, 2020). Se ha hallado que Internet puede tener tanto efectos negativos como beneficiosos en cuanto al suicidio en personas jóvenes (Daine et al., 2013; Bell et al., 2018). Los jóvenes con ideación suicida que utilizan Internet con propósitos relacionados con el suicidio han mostrado dos motivaciones principales: conectar con otros y buscar información (Bell et al., 2018). Además de los jóvenes, las personas que padecen algún trastorno mental también tienen más riesgo ante la información perniciosa en Internet, ya sea sobre la base de su trastorno mental, por aislamiento social y/o por sus limitadas conexiones sociales (Durke et al., 2011).

Como contrapartida, existen pruebas de que Internet puede ser una herramienta efectiva para la prevención del suicidio, especialmente en personas socialmente aisladas y personas vulnerables, que de otra forma serían inalcanzables por el sistema sanitario (Durke et al., 2011). La predisposición a recibir la ayuda que puede aportarles Internet, la posibilidad de acceder rápidamente a información, comunicarse de forma interactiva con otras personas en tiempo real, mientras se mantiene el anonimato, constituye un potencial para la prevención y para acceder a grupos vulnerables de alto riesgo (Durke et al., 2011). Además, Internet permite ofrecer información sobre aspectos relacionados con la salud, y proporciona apoyo mediante el uso de redes sociales y chats (Ministerio de Sanidad, 2020).

Páginas web pro-suicidio

En Internet existe una gran cantidad de información disponible sobre diferentes métodos de suicidio (Durke et al., 2011). En un estudio realizado a través de entrevistas a 719 jóvenes de 14 a 24 años se halló que, si bien la información sobre el suicidio provenía en el 79% de los casos de fuentes tradicionales (familia, amigos o periódicos), las fuentes informáticas fueron también muy frecuentes (59%). Sobre estas, el uso de redes sociales no se asoció a un incremento de la ideación suicida. Sin embargo, la discusión en foros sobre suicidio, además de ser una fuente de información relativamente frecuente (15%), se asoció a un incremento significativo en la ideación suicida (Dunlop et al., 2011). Dado que los adolescentes son un grupo más vulnerable, se recomiendan acciones para la promoción de páginas web dirigidas a jóvenes, que fomenten el afrontamiento efectivo de la desesperanza y la ideación suicida (Dunlop et al., 2011). En estudios realizados mediante entrevistas a usuarios de foros sobre suicidio se ha hallado que son percibidos como un medio que ofrece empatía, retroalimentación y apoyo a problemas psicológicos y sociales (Durke et al., 2011). Las páginas web pro-suicidio, en definitiva, constituyen un factor de alto riesgo para facilitar las conductas suicidas, especialmente en personas vulnerables (Durke et al., 2011).

Pactos online de suicidio

Un pacto de suicidio es una decisión entre dos o más personas que se ponen de acuerdo para llevarlo a cabo en un lugar y momento determinado. La comunicación destructiva a través de páginas web ha aumentado el riesgo suicida en personas vulnerables. En algunos casos se produce coerción hacia un pacto

suicida por parte de cómplices anónimos. En otros casos, conocidos o amigos deciden colectivamente realizar un pacto suicida. Estos fenómenos pueden explicar el aumento de nuevos métodos suicidas, al producirse una diseminación de la información sobre estos (Durke et al., 2011).

Conclusión

Internet ofrece una serie de características que, según su uso, pueden convertirla tanto en un factor de riesgo como en un factor protector frente al suicidio. Resulta recomendable el desarrollo de páginas web de carácter protector para la población general, y especialmente para las personas más vulnerables.

2. Acción

2.1. Objetivos

1. Establecer las bases para el desarrollo de un página web sobre conducta suicida, sustentada en el conocimiento científico disponible y en fuentes relevantes y de confianza.
2. Desarrollar una página web sobre conducta suicida, que incluya los recursos disponibles e información útil para la prevención del suicidio.

2.2. Aspectos formales

2.2.1. Alojamiento de la página web

La accesibilidad fácil es una de las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida*: “Intentar que las páginas con información útil para los pacientes, encaminadas a la prevención o a ofrecer apoyo, aparezcan situadas en un lugar prioritario cuando se realiza una búsqueda con términos clave” (Ministerio de Sanidad, 2020).

Derivado de esta recomendación y de experiencias previas por parte de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, parece recomendable que la página web tenga un dominio externo propio. Su fácil localización en búsquedas, y el disponer de una dirección sencilla, con un nombre que pueda ser fácilmente recordado, suponen importantes elementos que favorecerían su hallazgo y la accesibilidad en general.

2.2.2. Estructura y secciones

Dado que no existen recomendaciones específicas al respecto, el establecimiento de la estructura general y secciones se basará en:

1. Opinión de expertos: profesionales responsables de su elaboración.
2. Fuentes relevantes nacionales e internacionales de confianza: podrán tomarse como modelos, que generen ideas para el enfoque propio.
3. Conocimiento científico disponible. Las secciones establecidas y su enfoque deben ser congruentes con el conocimiento científico disponible, de tal forma que se incluya aquello que ha mostrado efectividad.

2.3. Recomendaciones de contenido

Las recomendaciones se basan en el conocimiento científico disponible, ligado al juicio profesional; o en su ausencia, en el juicio profesional. A continuación se presenta una síntesis del conocimiento científico disponible, y posteriormente, las recomendaciones.

2.3.1. Síntesis del conocimiento científico

Aún son escasos los estudios con metodología rigurosa sobre la efectividad de estrategias de prevención basadas en Internet (Lai et al., 2014). En cuanto a la posible efectividad de las páginas web, un ensayo clínico aleatorizado centrado en la efectividad de la exposición a una página web educativa sobre prevención

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

del suicidio, en comparación con una página web no relacionada con el suicidio ni con la salud mental, halló una mejora en el conocimiento sobre la prevención del suicidio y, entre las personas vulnerables, una reducción de la ideación suicida (Till et al., 2017).

2.3.2. Secciones

2.3.2.1. Páginas web

Dado que no existen recomendaciones específicas en la literatura científica sobre las secciones y estructura de las páginas web para la prevención del suicidio, parece recomendable basar tales recomendaciones en la opinión de expertos y en las características de páginas web dirigidas a la población, de instituciones de confianza. A continuación se expone información sobre las secciones de algunas de las más relevantes. Dado que algunas páginas web ofrecen información global que abarca a otros aspectos, como la institución, o información dirigida a profesionales, se omiten aquellos contenidos que no estén directamente relacionados con el enfoque de información y ayuda dirigida a la población.

National Institute of Mental Health (NIMH)

Página web: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml>

- Información de contacto (línea de crisis)
- Signos y síntomas
- Factores de riesgo
- Tratamientos
- Cómo ayudar a personas en crisis

National Suicide Prevention Lifeline (EEUU)

Página web: <https://suicidepreventionlifeline.org>

- Datos de contacto
- Historias reales de esperanza y recuperación
- Recursos específicos (supervivientes, familiares supervivientes, etc.)

American Foundation for Suicide Prevention

Página web: <https://afsp.org>

- Historias reales de otras personas, positivas.
- Información sobre cómo obtener ayuda
- Información básica (datos, factores de riesgo, señales de alarma, tratamientos, etc.)
- Invitación dirigida a personas e instituciones, para unirse a las acciones

National Health Service (NHS) - Help for suicidal thoughts

Página web: <https://www.nhs.uk/conditions/suicide>

- Datos de contacto
- Consejos de contacto (personas de confianza; profesionales sanitarios)
- Estrategias básicas de afrontamiento
- Información sobre cómo ayudar a otra persona que pueda estar en crisis
- Información sobre cómo elaborar un Plan de seguridad

Take 5 To Save Lives - National Council for Suicide Prevention

Página web: <https://www.take5tosavelives.org>

- Información sobre la iniciativa y la organización
- Datos de contacto
- Formas de difundir la iniciativa
- Descripción de los cinco pasos para salvar vidas: 1) Aprenda a detectar las señales de alerta. 2) Sepa cómo actuar. 3) Practique el autocuidado personal. 4) Pida ayuda. 5) Corra la voz.

Beyond Blue – Australia

Página web: <https://www.beyondblue.org.au/the-facts/suicide-prevention>

- Información básica
- Información y consejos para la persona con ideas suicidas (señales de alarma, hablar sobre los sentimientos, información sobre conductas suicidas, recursos)
- Consejos para la persona preocupada por otra (señales de alarma, estar preparado, cómo hablar, autocuidado)
- Tras un intento de suicidio (hablar sobre la experiencia, apoyo, vuelta al trabajo)
- Tras una pérdida por suicidio (suicidio y duelo, cómo hablar con niños, cómo ayudar a otras personas, trauma)

Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FEPS)

Página web: <https://www.prevensuic.org>

- Información y recursos para personas con ideas suicidas (consejos rápidos; señales de alerta; razones para vivir; fotos de vida; plan de seguridad; documentación)
- Información y recursos para personas a las que le preocupa alguien (antes de un intento; después de un intento; plan de seguridad; después de un suicidio; documentación)
- Información y recursos para profesionales sanitarios
- Información general (mitos sobre suicidio; datos clave; factores precipitantes; señales de alerta)

Red AIPIS. Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio

Página web: <https://www.redaipis.org>

- Testimonios reales de personas, con enfoque de ayuda
- Información sobre Guías de ayuda disponibles (Guía para familiares en duelo por suicidio; Guía para familiares: detección y prevención de la conducta suicida; Guía para docentes; Guía de autoayuda: prevención del suicidio; Guía para personal sanitario y facilitadores sociales)
- Enlaces de interés

Osakidetza – Departamento de Salud

Página web: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/salud-mental-suicidio/ab84-oessmcon/es>

- Información
- Autoayuda
- Ayudar a los demás
- Supervivientes

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Dónde pedir ayuda
- Materiales de interés

2.3.2.2. Guías

En otras ocasiones, la información dirigida a la población o a las personas en riesgo se enmarca en el contexto de Guías específicas, descargables en formato pdf. Dado que el enfoque de estas Guías, a efectos pragmáticos, es similar al que se ofrece en páginas web, se ilustran a continuación las secciones de algunas de las más relevantes, o bien se enumeran las Guías que determinadas instituciones han puesto a disposición de la población.

- **Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida del Ministerio de Sanidad** (Ministerio de Sanidad, 2020).

La Guía incluye, como contenidos anexos:

Información para pacientes, familiares y allegados

- Información básica: algunas preguntas sobre el suicidio
- Mitos sobre el suicidio
- Señales de alerta
- Precipitantes
- Qué hacer si usted presenta ideas suicidas
- Qué hacer si usted ve señales de alerta y/o de ideación suicida en familiar o allegado
- El día después del suicidio de un familiar o allegado
- La infancia y el suicidio
- Qué hacer y qué no hacer ante posible conducta suicida de un familiar o allegado
- Información de contacto

El día después del suicidio de un familiar o allegado

- La experiencia de duelo
- El duelo tras un suicidio
- El duelo en la infancia y la adolescencia
- Ayudar a una persona que está pasando por una situación de duelo tras un suicidio

• **Comunidad de Madrid – SaludMadrid**

- Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida (2011)
- Guía de autoayuda. Prevención del suicidio. ¿Qué puedo hacer? (2014)
- Guía para la prevención de la conducta suicida dirigida a Docentes. Enseñales a vivir (2016)
- Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales (2016)
- Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes (2019)

2.3.3. Recomendaciones

Bases

Se recomienda que el enfoque, estructura y contenido de la página web tome como bases principales:

- Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, 2020). Principalmente para los contenidos, y teniendo como referencia especialmente las publicaciones complementarias dirigidas a la población general.
- Guías de la Comunidad de Madrid
- Páginas web de instituciones internacionales y nacionales más relevantes
- Juicio de expertos. Grupo de trabajo
- Particularidades del Servicio Canario de la Salud y Red de Salud Mental de Canarias

Formato

- Página web externa con dominio propio, de tal forma que se facilite su localización en búsquedas.
- Nombre fácil de recordar.

Población diana

- Población general.
- Grupos poblacionales diana:
 - Personas con ideas de suicidio o intento de suicidio
 - Personas cuyos familiares o allegados tengan ideas de suicidio, una posible situación de crisis, o hayan realizado un intento de suicidio
 - Personas en situación de duelo por suicidio
 - Personas jóvenes vulnerables
 - Población con trastorno mental

Diseño

La página web debe tener un diseño atractivo y permitir un uso intuitivo.

Enfoque

Se recomienda que la página web tenga un enfoque tal que incluya:

- Psicoeducación general
- Fomento de la esperanza
- Enfoque pragmático: autoayuda y ayuda a otros
- Situaciones específicas: enlaces a recursos de interés
- Recursos disponibles
- Información de contacto

Dado el enfoque pragmático y preventivo de la página web, se recomienda que el contenido dedicado a los recursos disponibles sea sucinto, limitándose a un enfoque ilustrativo de la capacidad del Servicio Canario de la Salud para atender a las personas con riesgo suicida.

Estructura y contenido

- Preguntas y respuestas más frecuentes sobre suicidio

Datos clave, mitos sobre suicidio, relación entre suicidio y trastorno mental, precipitantes, señales de alerta

- Hay esperanza. Testimonios reales

- Autoayuda

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Razones para vivir
- Estrategias básicas de afrontamiento
- Consejos de contacto
- Plan de seguridad
- Ayuda a otras personas
 - Antes de un intento: actuación ante señales de alerta y/o de ideación suicida; qué hacer y qué no hacer en situación de riesgo
 - Después de un intento
 - Plan de seguridad
- Materiales de interés
 - Docentes. Prevención de la conducta suicida.
 - Tras un intento de suicidio. Autoayuda
 - Suicidio y duelo. Autoayuda
 - Suicidio y duelo. Ayuda a otras personas
 - Suicidio y duelo. Cómo hablar con niños
- Recursos disponibles en el SCS
 - Atención Primaria
 - Red de Salud Mental
 - Red de Atención a las Drogodependencias
 - Servicios de Urgencias
 - 112
- Recursos externos al SCS
 - Teléfono de la Esperanza
 - ONGs de Canarias
- Novedades
- Información de contacto
 - Cómo obtener ayuda
 - En caso de emergencia

3. Indicadores

- Desarrollo de la página web (Sí / No)
- Número de visitas
- Tasa o porcentaje de rebote
- Número de visitas a diferentes secciones y contenidos específicos

Este último indicador tendría finalidad orientadora sobre las necesidades y preferencias de los usuarios de la página web.

4. Dificultades potenciales

• Dificultad en el desarrollo

Debe contarse con recursos económicos para la creación y mantenimiento del dominio, el diseño y el mantenimiento de la página web.

• Dificultad en la comprensión

- Se trata de temas complejos que deben ser transmitidos con la mayor claridad posible, para facilitar la comprensión.

• Contenidos

- La obtención de testimonios reales esperanzadores en nuestro entorno implica un procedimiento específico que debe ser ideado.

• Nivel de uso por debajo de las expectativas

Deben procurarse las siguientes características y acciones:

- Dominio propio
- Nombre fácil de recordar
- Difusión y enlace en portal del SCS y en las redes sociales de la Consejería de Sanidad y de la DGSP.
- Difusión dirigida a profesionales de las Redes de Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Mental, para su conocimiento y posible recomendación a pacientes.

5. Responsables

• Coordinación

- Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.
- Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, del Servicio Canario de la Salud.

• Elaboración

- Contenidos:
 - > Servicio de Salud Mental y Servicio de Promoción de la Salud
- Diseño y desarrollo informático:
 - > Empresa informática

• Evaluación a través de indicadores

- Provisión de datos: Empresa informática
- Análisis: Servicio de Salud Mental y Servicio de Promoción de la Salud

• Actualización de contenidos

- Contenido: Servicio de Salud Mental y Servicio de Promoción de la Salud
- Procedimiento: Empresa informática

Bibliografía

- Bell, J., Mok, K., Gardiner, E. and Pirkis, J. (2018). Suicide-Related Internet Use Among Suicidal Young People in the UK: Characteristics of Users, Effects of Use, and Barriers to Offline Help-Seeking. *Archives of Suicide Research*, 22(2), pp.263–277.
- Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S. and Montgomery, P. (2013). The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People. *PLoS ONE*, 8(10), p.e77555.
- Dunlop, S.M., More, E. and Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, [online] 52(10), pp.1073–1080.
- Durkee, T., Hadlaczky, G., Westerlund, M. and Carli, V. (2011). Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 8(10), pp.3938–3952.
- Lai, M.H., Maniam, T., Chan, L.F. and Ravindran, A.V. (2014). Caught in the Web: A Review of Web-Based Suicide Prevention. *Journal of Medical Internet Research*, 16(1), p.e30.
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012*, revisada en 2020.
- Till, B., Tran, U.S., Voracek, M. and Niederkrotenthaler, T. (2017). Beneficial and harmful effects of educative suicide prevention websites: randomised controlled trial exploring Papageno v. Werther effects. *British Journal of Psychiatry*, 211(2), pp.109–115.

Acción 3.3. Creación de una “línea de crisis” para ayuda a personas en riesgo de suicidio y asesoramiento telefónico inmediato.

1. Introducción. Justificación

La intervención en crisis constituye un componente característico de las estrategias nacionales, con el objetivo de asegurar que las personas vulnerables de la comunidad en situación de crisis dispongan de intervenciones adecuadas y tengan acceso a una atención de salud mental de emergencia, incluyendo las líneas telefónicas de ayuda (OMS, 2014). Así, en nuestro país, la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida* señala la necesidad de mejorar la identificación de las personas en riesgo de suicidio, su acceso a los servicios de salud y al tratamiento y seguimiento indicados (Ministerio de Sanidad, 2020).

La Oficina Regional para Europa de la OMS plantea como primer objetivo de su *Plan de Salud Mental 2013-2020* la protección del bienestar mental de grupos vulnerables. Propone como acción específica el desarrollo de vías de atención para la detección e intervención temprana en situaciones de estrés dañino (WHO, 2015). La nueva “línea de crisis” para la ayuda y asesoramiento telefónico inmediato de personas en riesgo de suicidio conectaría además con otros objetivos prioritarios en salud mental, como son la accesibilidad y la coordinación intra e interinstitucional (WHO, 2015), objetivos así mismo fundamentales en el *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* (Gobierno de Canarias, 2019).

En Canarias la prevalencia en 2015 de ideación suicida a lo largo de la vida en la población mayor de 16 años fue de 10,8%, mayor en mujeres (13,4% vs. 8,1% en hombres) y en estas, en la franja de 45 a 64 años (16,3%) (ISTAC, 2015). En la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2014) la prevalencia de “cuadro depresivo mayor” en Canarias fue la segunda mayor de España. Por otra parte, Canarias ha mostrado, respecto al conjunto de España, mayores prevalencias de consumo de tóxicos, depresión, separación o divorcio, mayor tasa de desempleo, menor renta neta media y menor apoyo social percibido (Gobierno de Canarias, 2019). Estos datos sugieren la conveniencia de crear una “línea de crisis” para el asesoramiento telefónico inmediato y ayuda a personas en riesgo de suicidio, acorde a los hallazgos actuales disponibles. El mayor uso del teléfono en la franja de edad de 25-55 años, el mayor uso de las líneas de ayuda telefónica en mujeres, y el mayor número de intentos en mujeres con respecto a los hombres (Gould et al., 2007; WHO, 2018) sustentan esta medida. Por su parte, las mujeres parecen mejorar más que los hombres con este tipo de intervención telefónica (Mishara et al., 2016). La investigación en intervención telefónica con hombres suicidas es muy escasa y equívoca (Hunt et al., 2018). En cambio, existe soporte científico para los programas de seguimiento a pacientes mayores deprimidos o aislados, aunque nuevamente con mejor resultado en mujeres (De Leo et al., 2002; Bruce et al., 2004; Christensen et al., 2013; Chan et al., 2018). El abordaje inmediato y accesible de personas que sufren estos estresores ambientales a través de esta “línea de crisis” podría frenar el paso al acto de personas vulnerables en los que coexisten diferentes factores de riesgo. Tanto el apoyo social como la accesibilidad a la Red de Salud Mental están ampliamente reconocidos como factores protectores.

2. Acción

2.1. Objetivo

Creación de una “línea de crisis” para ayuda a personas en riesgo de suicidio y asesoramiento telefónico inmediato, que contribuya a la reducción del riesgo de suicidio en Canarias, y a la mejora de la vinculación de estas personas con los servicios de Salud Mental.

2.2. Delimitación conceptual y alcance

La delimitación conceptual de las líneas de crisis no está aún claramente establecida. Según la OMS las líneas de crisis tienen un alcance poblacional, en particular para aquellas personas en riesgo de suicidio. Estos servicios deben contar con una cobertura de 24 horas, y con personal con una formación específica. Las líneas de crisis proporcionan apoyo emocional y confidencial, sin realizar un juicio crítico, a aquellas personas que están en situación de crisis, y se sienten incapaces de afrontar sus problemas (WHO, 2018). Las personas que llaman pueden estar en tratamiento por servicios de Salud Mental, por Atención Primaria, o no haber tenido contacto previo con el sistema sanitario por motivo de salud mental. Existen diferentes alcances poblacionales según el objetivo de las líneas de crisis (situaciones de crisis en general, crisis por riesgo suicida, crisis en población adolescente, etc) y han recibido diferentes denominaciones, como líneas de ayuda (*helplines*), servicios telefónicos de apoyo y consejo (*telephone counselling services*), líneas telefónicas de aflicción y crisis (*distress lines*) y servicios telefónicos de urgencias (*telephone emergency services*) (WHO, 2018). Existen numerosas líneas de crisis en el mundo que están específicamente concebidas para la atención a personas en riesgo de suicidio.

Las líneas de crisis de riesgo suicida tienen como principal población objeto a las propias personas en riesgo de suicidio, quienes efectúan la llamada telefónica, a iniciativa propia. Sin embargo, también puede suceder que sean otras personas (familiares, allegados, u otras) quienes estén preocupados por un supuesto riesgo suicida inminente de otra persona, de tal forma que requieran un asesoramiento telefónico inmediato para orientarles sobre cómo actuar en esta situación. Por ejemplo, la línea nacional de prevención del suicidio de EEUU (*National Suicide Prevention Lifeline*, <https://suicidepreventionlifeline.org>) si bien tiene como objeto principal las personas en riesgo de suicidio (sección *Help Yourself*), también alienta a las personas a llamar en situaciones en las que temen por riesgo de suicidio de un familiar o allegado (sección *Help someone else*). De forma similar, la línea de crisis de riesgo de suicidio de Australia (*Lifeline*, <https://www.lifeline.org.au>) si bien centra su información hacia las personas en riesgo suicida (sección *Get Help*), también alienta a llamar a las personas que están preocupadas por riesgo de suicidio de otra persona (sección *I'm worried about someone*).

La atención telefónica que se realiza en el contexto de las líneas de crisis debe diferenciarse de la que se produce en el contexto de las “intervenciones de contacto activo y seguimiento”, realizadas por profesionales sanitarios, y dirigidas a personas identificadas de riesgo suicida (habitualmente, pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias hospitalarios tras conductas suicidas). Una de las fórmulas de contacto activo y seguimiento es la realización de llamadas telefónicas.

2.3. Síntesis del conocimiento científico

2.3.1. Características

Las líneas telefónicas directas son un tipo de intervención accesible e inmediata, ampliamente utilizada en los programas de prevención del suicidio (Doki et al., 2016; WHO, 2018), con un papel también relevante en la prevención de autolesiones (Tyson et al., 2016) y un incremento creciente en el número de usuarios que las emplean (Kitchingman et al., 2018). Entre la mitad y tres cuartas partes de las personas que se suicidan no tenían contacto previo reciente con Salud Mental (WHO, 2010). Por ello, la “línea de crisis” ha de ser abierta a la población general, accesible e inmediata.

Un adecuado abordaje de las situaciones de crisis en las personas vulnerables podría constituir la primera línea de defensa para prevenir el suicidio (Action Alliance, 2016). Las líneas de crisis tradicionales son empleadas por personas con ideación o intencionalidad suicida (Gould et al., 2007) que llaman alegando desesperación, problemas relacionales o sociales, agitación emocional, psicológica o física (WHO, 2018).

Los problemas de salud mental y los intentos de suicidio previos están presentes en más de la mitad de los que llaman (Gould et al., 2007; Coveney et al., 2012). Estas líneas telefónicas de ayuda a las crisis ofrecen apoyo emocional, conexión y escucha sin prejuicios, de manera confidencial (WHO, 2018).

La OMS ha definido estas líneas como centros públicos de llamadas a los cuales pueden acudir quienes no tienen o no quieren otro apoyo social o atención profesional. Pueden atender a la población en general o a ciertos grupos vulnerables (WHO, 2014). El aislamiento, la falta de apoyo social, las rupturas y las pérdidas son reconocidos factores de riesgo psicosociales de suicidio. Grupos vulnerables como los que padecen dolor crónico, trastornos mentales o trastornos por consumo de tóxicos (WHO, 2014) pueden ser asimismo población diana de este tipo de servicios, independientemente de las barreras geográficas (WHO, 2018) o de los prejuicios y estigmas (Gould et al., 2012).

Tradicionalmente estos servicios se prestan a través de líneas telefónicas, pero en los últimos años se están incorporando progresivamente nuevas tecnologías como los chats online, los mensajes de texto a móviles, el correo electrónico, páginas webs de autoayuda o incluso foros de Internet (Coveney et al., 2012; van Spijker et al., 2014; Mokkenstorm et al., 2016; Mühlmann et al., 2017; Predmore et al., 2017; WHO, 2018).

2.3.2. Disponibilidad

Existen líneas de este tipo prácticamente en todos los países del mundo. Hoy en día, incluso se difunden en redes sociales como Facebook o Twitter. En Canadá existen dos líneas diferenciadas para menores y mayores de 20 años. En España, el Teléfono de la Esperanza (presente en 29 provincias españolas, incluidas las de Canarias) se ha ocupado tradicionalmente de la atención a personas en crisis, incluyendo aquellas en riesgo de suicidio. Desde febrero de 2018 a nivel estatal funciona el teléfono contra el suicidio de la ONG Asociación La Barandilla, atendido por profesionales de Salud Mental. La futura Estrategia Nacional de Salud Mental contempla la puesta en marcha de una red de atención telefónica.

2.3.3. Efectividad

La eficacia de la línea de ayuda es difícil de establecer (Gould et al., 2007; Coveney et al., 2012; WHO, 2018) pero los hallazgos científicos han sido calificados como “prometedores” tanto para mejorar el bienestar de los usuarios como para reducir el riesgo suicida y el número de intentos (WHO, 2010). En una revisión reciente se ha señalado que las líneas de ayuda telefónica y online son uno de los enfoques que requieren investigación adicional, con niveles relativamente bajos de evidencia (Zalsman et al., 2016). Sin embargo, la percepción de utilidad por parte del usuario es un resultado importante en sí mismo (Coveney et al., 2012).

Existen hallazgos de que el asesoramiento telefónico inmediato que proporcionan las líneas de crisis a personas en riesgo de suicidio mejora significativamente el estado mental a corto plazo de las personas que llaman (Rhee et al., 2005; Gould et al., 2007; Shaw y Chiang, 2019), reduce su tendencia suicida (Gould et al., 2007; Gould et al., 2012) y, a menudo, facilita su participación en intervenciones que pueden ofrecer beneficios a más largo plazo (Kitchingman et al., 2018). Estudios no controlados muestran evidencia empírica de que se disminuye la tendencia suicida durante la llamada y las tres semanas posteriores, independientemente del nivel de riesgo de suicidio al inicio de la misma. Un estudio observacional de ayudantes voluntarios de una línea de crisis refiere que se obtienen mejores resultados otorgando apoyo emocional, empatía, escucha respetuosa sin prejuicios, habilidad para conectar y enfoque colaborativo de resolución de problemas (Mishara et al., 2007).

2.3.4. Selección y formación de los profesionales

Los asesores de la línea de crisis deben poder identificar a las personas con alto riesgo suicida para brindar el apoyo adecuado y gestionar la situación (Ohtaki et al., 2017). La elevada prevalencia de trastornos

mentales entre los usuarios de estos servicios, unido a la dificultad para valorar el riesgo suicida apuntan a la necesidad de contar con una “línea de crisis experta” que cuente con personal de Salud Mental con habilidad clínica suficiente y capacitación específica en conducta suicida. Así mismo, debe poder coordinarse con el resto de la Red de Salud Mental (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2016). Puede valorarse la complementación con paraprofesionales debidamente seleccionados, entrenados y supervisados durante parte del horario de funcionamiento (WHO, 2018). El personal debe estar formado en evaluación del riesgo de suicidio, conocer los algoritmos de actuación en los distintos niveles de atención sanitaria y tener capacidad para poner diligentemente en marcha las acciones necesarias.

En la actualidad en EEUU, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda las líneas de crisis telefónicas cuentan con personal tanto profesional como voluntario, con paraprofesionales entrenados en intervención a la persona suicida (Hunt et al., 2018). En otros países como Chile, esta línea telefónica es atendida por un equipo multidisciplinar de profesionales de la red sanitaria pública. En México y Bogotá las líneas telefónicas de crisis son atendidas por psicólogos. En España, a excepción del País Vasco y de la iniciativa madrileña de la Asociación La Barandilla (con personal voluntario pero del ámbito de Salud Mental) hasta el momento la atención telefónica a las crisis, incluyendo la prevención del suicidio, ha estado en manos de la ONG Teléfono de la Esperanza.

Existe consenso en cuanto a la necesidad de entrenamiento y supervisión a los trabajadores de líneas telefónicas de crisis en una variedad de técnicas y habilidades que les capaciten para evaluar el potencial riesgo de suicidio en la medida de lo posible y así poder tomar las decisiones de triaje oportunas, actuando con diligencia en caso de riesgo inminente (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2016; Hunt et al., 2018). Se han desarrollado y aplicado programas específicos de entrenamiento en habilidades de intervención suicida (véase ASIST, en Gould et al., 2013), precisándose supervisión posterior (WHO, 2018). Por último, parece preciso incluir el cuidado en la salud mental y bienestar psicológico de las personas que atienden este tipo de servicio de apoyo telefónico a personas en crisis (Kitchingman et al., 2018; Laimou, 2018).

2.3.5. Perfil de los usuarios

El perfil más frecuente de usuarios de las líneas telefónicas tradicionales de crisis es el de mujeres, con ideación o planificación suicida, tentativas suicidas previas (Gould et al., 2007), que acuden a Atención Primaria y/o a Unidades de Salud Mental Comunitarias (Pirkis et al., 2016). Cerca del 60% de los usuarios de estas líneas en EEUU tenían intentos previos (Gould et al., 2007). En cuanto al riesgo de los usuarios, se ha hallado desde un riesgo bajo-medio en Japón (Ohtaki et al., 2017), hasta un riesgo elevado en EEUU y Australia (Bassilios et al., 2015, Spittal et al., 2015).

En contraste con el uso mayoritario de las líneas de crisis por parte de mujeres, el suicidio es más frecuente en hombres. La investigación en intervención telefónica en hombres con riesgo suicida es muy escasa y con hallazgos heterogéneos (Hunt et al., 2018). En cambio, existe cierto soporte científico para los programas de seguimiento a pacientes mayores deprimidos con ideación suicida (De Leo et al., 2002; Bruce et al., 2004; Chan et al., 2018).

Es posible que personas con problemas de salud mental o con estresores de naturaleza crónica llamen de forma regular como una fuente de apoyo continuo o de sentirse “en conexión” (Mishara et al., 2007; Coveney et al., 2012). En un estudio australiano, las personas frecuentadoras representan el 3% de las que llaman, pero realizan el 60% de las llamadas (Pirkis et al., 2016). Entre los repetidores abundan hombres y personas transgénero, solteros, con autolesiones (Middleton et al., 2014; Spittal et al., 2015), con trastornos de ansiedad y otros trastornos mentales, a menudo en seguimiento por Atención Primaria, y con problemas sociales o bajo apoyo social (Coveney et al., 2012; Bassilios et al., 2015; Pirkis et al., 2016). La frecuencia de repetidores aumenta con la edad hasta los 55-64 años, donde declina (Spittal et al., 2015).

Algunos autores han señalado la existencia de barreras psicológicas para que las personas de alto riesgo utilicen líneas directas de apoyo (Ohtaki et al., 2017), mientras que otros autores tienen hallazgos contrarios a esta afirmación (Bassilios et al., 2015).

2.4. Recomendaciones

2.4.1. Alcance y población objeto

- El ámbito de esta línea debe ser autonómico.
- Las personas objeto de la intervención telefónica son todas aquellas que llamen al número telefónico alegando presentar ideación o intencionalidad suicida, desesperación o desesperanza.
- También incluirá a las personas que llamen alegando riesgo de suicidio en otra persona, sea un familiar, allegado o desconocido, para asesoramiento en esa situación de crisis.

2.4.2. Creación y características

- El respaldo institucional es fundamental para la constitución de una línea de crisis para personas en riesgo de suicidio.
- La creación de una línea de crisis a nivel nacional, dependiente de Servicios de Salud Mental (no dependiente de ONG) cuestionaría la necesidad de desarrollar una línea de crisis a nivel autonómico. La difusión de tal línea en el territorio nacional, de estimarse insuficiente o mejorable, debería complementarse con una difusión específica en Canarias respaldada institucionalmente.
- Debería existir una coordinación con el Teléfono de la Esperanza, de tal forma que no existieran duplicidades en las funciones, sino sinergias entre ambas.
- Deben valorarse las ventajas e inconvenientes de la creación de la línea de crisis con carácter especial, e independiente de otras existentes (112), frente a la integración de esta línea en el 112. En cualquier caso, la difusión del número en el contexto de campañas informativas es esencial.
- De crearse la línea de crisis de forma independiente del 112, debería tratarse de un número sencillo y fácil de recordar.
- De crearse la línea de crisis de forma independiente del 112, debería existir adecuada y fluida coordinación entre los profesionales que atiendan a estas personas, y el 112, para su actuación en caso necesario.
- La atención debería estar disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Estas intervenciones telefónicas nunca podrán ser un sustituto del tratamiento presencial activo y centrado en la persona.
- La adecuada difusión de la disponibilidad de la línea de crisis y su número es una medida fundamental para su potencial efectividad en la prevención. Además de la difusión poblacional adecuada, parece oportuno incluir la difusión también en:
 - Páginas web del Servicio Canario de la Salud, del Servicio de Salud Mental, y de la Dirección General de Salud Pública.
 - Página web específica de prevención del suicidio, de crearse esta.
 - En los “puntos calientes” identificados en Canarias.
 - En los Planes de Seguridad elaborados con y para los pacientes.
 - Comunicación a los pacientes, por parte de los profesionales sanitarios o del entorno sociosanitario, en los que se identifique riesgo suicida.
- Los profesionales que atiendan esta línea deben tener una formación específica y supervisión.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Debe valorarse la posible ampliación de los servicios de atención en crisis a otras formas de comunicación (p.ej: chats online).
- Debe contemplarse la necesidad de proporcionar una atención al cuidado de la salud mental de las personas que atienden este tipo de servicio.

3. Indicadores

• Básicos

- Creación de una línea de crisis, de ámbito autonómico, asesoramiento telefónico inmediato y ayuda de personas en riesgo de suicidio (Sí/No).
- Difusión de la línea de crisis, de ámbito autonómico (Sí/No).
- Formación específica de los profesionales que atiendan la línea de crisis (Sí/No).

• De funcionamiento

- Número de personas al año que utilizan la línea de crisis.
- Número de llamadas recibidas al año por la línea de crisis.
- Porcentaje de llamadas recibidas en las que el motivo principal es el riesgo suicida.
- Porcentaje de llamadas recibidas en las que se recomienda acudir a un Servicio de Urgencias hospitalario.

4. Dificultades potenciales

• Financiación

La prevención del suicidio debe constituirse como una prioridad para el Gobierno de Canarias, la Consejería de Sanidad y el Servicio Canario de la Salud, que se traduzca en una dotación económica específica para esta acción.

5. Responsables

- **Coordinación:** Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS y Servicio de Promoción de la Dirección General de Salud Pública.

• Acciones específicas:

- Jefaturas de Servicio de Psiquiatría
- Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS
- Servicio de Promoción de la Dirección General de Salud Pública del SCS
- Servicio Canario de la Salud

Bibliografía

Bassilios, B., Harris, M., Middleton, A., Gunn, J. and Pirkis, J. (2014). Erratum to: Characteristics of People Who Use Telephone Counseling: Findings from Secondary Analysis of a Population-Based Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), pp.633–633.

Bruce, M.L., Ten Have, T.R., Reynolds III, C.F., Katz, I.I., Schulberg, H.C., Mulsant, B.H., Brown, G.K., McAvay,

- G.J., Pearson, J.L. and Alexopoulos, G.S. (2004). Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients. *JAMA*, 291(9), p.1081–1091.
- Chan, C.-H., Wong, H.-K. and Yip, P.S.-F. (2018). Exploring the use of telephone helpline pertaining to older adult suicide prevention: A Hong Kong experience. *Journal of Affective Disorders*, 236, pp.75–79.
- Christensen, H., Farrer, L., Batterham, P.J., Mackinnon, A., Griffiths, K.M. and Donker, T. (2013). The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline. *BMJ Open*, [online] 3(6), p.e002886. Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/3/6/e002886>
- Coveney, C.M., Pollock, K., Armstrong, S. and Moore, J. (2012). Callers' Experiences of Contacting a National Suicide Prevention Helpline. *Crisis*, 33(6), pp.313–324.
- De Leo, D., Dello Buono, M., Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, pp.226–229.
- Doki, S., Kaneko, H., Oi, Y., Usami, K., Sasahara, S. and Matsuzaki, I. (2016). Risk Factors for Suicidal Ideation Among Telephone Crisis Hotline Callers in Japan. *Crisis*, 37(6), pp.438–444.
- Gobierno de Canarias (2019). Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias.
- Gould, M.S., Kalafat, J., HarrisMunfakh, J.L. and Kleinman, M. (2007). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes Part 2: Suicidal Callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, [online] 37(3), pp.338–352. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1521/suli.2007.37.3.338>.
- Gould, M.S., Munfakh, J.L.H., Kleinman, M. and Lake, A.M. (2012). National Suicide Prevention Lifeline: Enhancing Mental Health Care for Suicidal Individuals and Other People in Crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), pp.22–35.
- Gould, M.S., Cross, W., Pisani, A.R., Munfakh, J.L. and Kleinman, M. (2013). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), pp.676–691.
- Hunt, T., Wilson, C., Caputi, P., Wilson, I. and Woodward, A. (2018). The Impact of Caller Gender on Telephone Crisis-Helpline Workers' Interpretation of Suicidality in Caller Vignettes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), p.831.
- INE (2014). Encuesta Europea de Salud en España. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175#!-tabs-1254736194728
- ISTAC (2015). Encuesta de Salud de Canarias. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas_estadisticos/sociedad/salud/estadodesalud/C00035A.html
- Kitchingman, T.A., Caputi, P., Woodward, A., Wilson, C.J., Wilson, I. (2018). The impact of their role on telephone crisis support workers' psychological wellbeing and functioning: Quantitative findings from a mixed methods investigation. *PLoS ONE* 13 (12): e0207645.
- Laimou D. (2018). Impact of trauma on suicide prevention helpline operators. *Soins*, 63(827), pp.30–33.
- Middleton, A., Gunn, J., Bassilios, B. and Pirkis, J. (2014). Systematic review of research into frequent callers to crisis helplines. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20(2), pp.89–98.
- Mishara, B.L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J.K. and

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Berman, A. (2007). Comparing Models of Helper Behavior to Actual Practice in Telephone Crisis Intervention: A Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), pp.291–307.
- Mishara, B.L., Daigle, M., Bardón, C., Chagnon, F., Balan, B., Raymond, S. and Campbell, J. (2016). Comparison of the Effects of Telephone Suicide Prevention Help by Volunteers and Professional Paid Staff: Results from Studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), pp.577–587.
- Mokkenstorm JK., Eikelenboom M., Huisman A., Wiebenga J., Gilissen R., Kerkhof AJFM, Smit JH. (2016). Evaluation of the 113Online Suicide Prevention Crisis Chat Service: Outcomes, Helper Behaviors and Comparison to Telephone Hotlines. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), pp.282-296.
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012*, revisada en 2020.
- Mühlmann, C., Madsen, T., Hjorthøj, C., Kerkhof, A., Nordentoft, M. and Erlangsen, A. (2017). The Self-help Online against Suicidal thoughts (SOS) trial: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), pp.45
- National Action Alliance for Suicide Prevention: Crisis Services Task Force. (2016). *Crisis now: Transforming services is within our reach*. Washington, DC: Education Development Center, Inc.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1
- Ohtaki Y., Oi Y., Doki S., Kaneko H., Usami K., Sasahara S., Matsuzaki I. (2017). Characteristics of Telephone Crisis Hotline Callers with Suicidal Ideation in Japan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(1), pp.54–66.
- Pirkis, J., Middleton, A., Bassilios, B., Harris, M., Spittal, M.J., Fedyszyn, I., Chondros, P. and Gunn, J. (2016). Frequent callers to telephone helplines: new evidence and a new service model. *International Journal of Mental Health Systems*, [online] 10(1), pp.43. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886390/>
- Predmore Z., Ramchand R., Ayer L., Kotzias V., Engel C., Esener O., Kemp JE., Karras E. and Hass GL. (2017). Expanding Suicide Crisis Services to Text and Chat. *Crisis*, 38(4), pp.255–260.
- Rhee, W.K., Merbaum, M., Strube, M.J. and Self, S.M. (2005). Efficacy of Brief Telephone Psychotherapy with Callers to a Suicide Hotline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), pp.317–328.
- Shaw, F.F.-T. and Chiang, W.-H. (2019). An evaluation of suicide prevention hotline results in Taiwan: Caller profiles and the effect on emotional distress and suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, [online] 244, pp.16–20. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718310243>
- Spittal, M.J., Fedyszyn, I., Middleton, A., Bassilios, B., Gunn, J., Woodward, A. and Pirkis, J. (2014). Frequent callers to crisis helplines: Who are they and why do they call? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(1), pp.54–64.
- Tyson, P., Law, C., Reed, S., Johnsey, E., Aruna, O. and Hall, S. (2016). Preventing Suicide and Self-Harm. *Crisis*, 37(5), pp.353–360.
- Van Spijker, B.A.J., van Straten, A. and Kerkhof, A.J.F.M. (2014). Effectiveness of Online Self-Help for Suicidal Thoughts: Results of a Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 9(2), p.e90118.

WHO. World Health Organization (2010). Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes.

WHO. World Health Organization (2014). Preventing suicide: A global imperative. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

WHO. World Health Organization (2018). Preventing suicide. A Resource for Establishing a Crisis Line, Geneva.

WHO. World Health Organization. Regional Office for Europe (2015). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization.

Zalsman G., Hawton K., Wasserman D., van Heeringen K., Arensman E., Sarchiapone M., Carli V., Höschl C., Barzilay R., Balazs J., Purebl G., et al. (2016). Suicide Prevention Strategies Revisited: 10-Year Systematic Review. *Lancet Psychiatry*. 3(7), pp.646–59.

Acción 3.4. Reducción o restricción del acceso a los medios letales.

1. Introducción. Análisis de la situación

1.1. Métodos más frecuentes

Si bien existen diferencias entre los países, los métodos que predominan en el mundo son el ahorcamiento, el uso de armas de fuego, el envenenamiento por ingestión de pesticidas, la precipitación y el envenenamiento con otras sustancias (habitualmente fármacos) (WHO, 2014).

En Canarias, durante el periodo 2007-2018 (total: 2.116), los métodos más empleados han sido:

- Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70): 49,3% (1.044)
- Saltar desde un lugar elevado (X80): 24,5% (518)
- Envenenamiento por otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados (X64): 4,2% (89)
- Envenenamiento por plaguicidas (X68): 2,8% (60)
- Ahogamiento y sumersión (X71): 2,8% (60)

Hasta nuestro conocimiento, en Canarias no se han desarrollado medidas globales de restricción del acceso a medios letales. En el caso de los medicamentos con potencial letal, desde la introducción de la receta electrónica, la posibilidad de disponibilidad de fármacos con potencial letal (por su cantidad) es menor, debido al mayor control general que ha supuesto para la Comunidad.

A continuación se muestran los hallazgos correspondientes a la efectividad de acciones de restricción del acceso a medios letales, desde una perspectiva general, y para cada uno de los métodos específicos de mayor prevalencia en Canarias.

1.2. Prevención. Perspectiva general

La restricción del acceso a medios letales a nivel poblacional se ha mostrado como una medida efectiva (Hawton, 2005). Se ha argumentado que la restricción a un tipo de medio letal conducirá a la sustitución por otro. Sin embargo, los hallazgos sugieren que la restricción del acceso a los medios letales durante periodos de crisis aguda puede reducir la probabilidad a largo plazo de que una persona se suicide (John et al., 2018). Esta medida se sustenta en el concepto de los periodos de alto riesgo para la conducta suicida (por ejemplo, tras un acontecimiento vital en una persona con depresión). Si el acceso a los medios letales se restringe, aumenta la probabilidad de supervivencia tras el riesgo suicida agudo. Además, los hallazgos señalan que, al menos en una proporción de las personas, los intentos son una respuesta impulsiva que no habría ocurrido si los medios no hubieran estado disponibles (Hawton, 2005).

Por su parte, la evaluación de los clínicos del acceso a medios letales (armas, pesticidas, fármacos, material para ahorcamiento, etc) y el asesoramiento a los familiares y/o cuidadores también puede reducir el riesgo de suicidio (Pitman et al., 2019).

La *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (Ministerio de Sanidad, 2020), recomienda el desarrollo de acciones de restricción del acceso a medios letales, como:

- Restricción de la venta de psicotrópicos
- Reducción del tamaño de los envases de fármacos en general

- Uso de antidepresivos de menor toxicidad
- Reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos
- Menor toxicidad del gas de uso doméstico
- Instalación de barreras en lugares elevados
- Restricción sobre posesión y control de armas de fuego
- Control de plaguicidas

1.3. Prevención. Métodos específicos

1. Ahorcamiento

La restricción del acceso a los medios para el ahorcamiento habitualmente no es posible a un nivel poblacional, ya que los medios pueden estar disponibles en cualquier lugar. Sin embargo, en entornos controlados (como los hospitales y prisiones) tal restricción puede conseguirse mediante el uso de habitaciones o celdas sin materiales para elaborar ligaduras ni anclajes para estas (John et al., 2018).

2. Precipitación

La mayoría de los suicidios por precipitación se producen desde edificios residenciales. Otros lugares frecuentes son los puentes y precipicios. Diversos estudios han demostrado que la construcción de barreras y vallas en los lugares de alto riesgo de precipitación (especialmente en los puentes) puede reducir el número de suicidios (John et al., 2018).

Recientes revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre las intervenciones dirigidas a reducir el suicidio en los lugares de alto riesgo de precipitación (*hotspots*) concluyen que las intervenciones parecen ser efectivas en la reducción del suicidio mediante precipitación (Pirkis et al., 2015; Okolie et al., 2020). Las acciones desarrolladas incluyen el uso de barreras físicas; vallado o redes de seguridad en los lugares habituales de precipitación; la restricción en el acceso a estos lugares, como por ejemplo el cierre de carreteras; el fomento de búsqueda de ayuda (p.ej: mensajes en carteles); y el incremento en la probabilidad de intervención por terceros (Pirkis et al., 2015; Okolie et al., 2020). Hasta la actualidad, sin embargo, la calidad de la evidencia de los estudios disponibles en baja (Okolie et al., 2020).

Los argumentos en oposición a desarrollar tales medidas han incluido los motivos estéticos, el que las personas encontrarán otros lugares de los que precipitarse, o el coste económico. Sin embargo, todos estos argumentos pueden refutarse. Hay muchos ejemplos de barreras que se han incorporado sin afectar a la estética o a la vista del paisaje. A pesar de que algunas personas pueden suicidarse eligiendo otro lugar de la precipitación, los suicidios por el mismo método se han reducido globalmente. Por último, el coste de la medida a corto plazo se compensa ampliamente por la razón coste – efectividad a largo plazo (Okolie et al., 2020). La disponibilidad de medidas más baratas y efectivas es importante. El fomento de que la persona busque ayuda (p.ej: mediante un cartel disuasorio e informativo) y el incremento en la probabilidad de intervención por un tercero, parecen estrategias valiosas para reducir el suicidio en los lugares de alto riesgo (Pirkis et al., 2015).

En un estudio realizado en Suiza, en el que se evaluó la efectividad de las diferentes medidas desarrolladas en los puentes y otros lugares de alto riesgo de precipitación, se halló que tanto las barreras como las redes de seguridad fueron efectivas en la reducción del riesgo de suicidio (68,7% y 77,1% respectivamente). Las medidas que no aseguran el lugar al completo y que permiten la precipitación de 15 metros o más, resultaron menos efectivas (Hemmer et al., 2017).

3. Ingesta de fármacos

En la década de los 70, la reducción en la prescripción de barbitúricos se asoció a un descenso en el número de suicidios por barbitúricos. La legislación sobre el envasado del paracetamol y salicilatos se introdujo en el Reino Unido en 1998, de tal forma que se restringió el número de comprimidos que podían ser dispensados en una transacción (John et al., 2018).

Los clínicos pueden contribuir a la reducción del riesgo mediante la reducción del acceso a fármacos de alta letalidad, y promoviendo la implicación de los familiares y/o cuidadores para un almacenamiento seguro de los fármacos en el hogar (Pitman et al., 2019).

4. Plaguicidas

El acceso a los plaguicidas se puede restringir mediante la limitación en su venta, y mediante un almacenamiento más seguro. Muchos países desarrollados han prohibido el uso y la exportación de los plaguicidas más letales. El almacenamiento más seguro, especialmente en países desarrollados, puede facilitarse mediante la provisión de envases más seguros, fomentando el almacenamiento centralizado y comunal, y educando a los usuarios sobre los riesgos asociados al uso de plaguicidas, sobre el almacenamiento seguro y su eliminación tras su uso (John et al., 2018).

Según una reciente revisión sistemática, las prohibiciones nacionales sobre los plaguicidas de alto riesgo, que son habitualmente ingeridos en los envenenamientos, parecen ser efectivas en la reducción de los suicidios por plaguicidas y en las tasas globales. Los hallazgos son menos consistentes en lo que respecta a las restricciones en su venta (Gunnell et al., 2017). Por su parte, una revisión sistemática centrada en las acciones que se pueden desarrollar a nivel comunitario señala que la introducción de una gestión de la agricultura sin pesticidas, el almacenamiento de los pesticidas en locales centrales, y las prohibiciones de insecticidas específicos han mostrado resultados prometedores. Las decisiones sobre cuál de estos enfoques (o combinaciones) es más apropiado (y en qué circunstancias), deben estar guiadas por miembros de la comunidad, en colaboración con las instituciones y servicios clave (Reifels et al., 2018). Las estrategias a nivel comunitario constituyen una estrategia complementaria a las estrategias más globales, dentro del posible arsenal de medidas preventivas frente al suicidio por pesticidas. Las ventajas de los enfoques basados en la comunidad son su aceptabilidad, factibilidad, la mayor posibilidad de abastecimiento al por mayor, y la flexibilidad en la forma de implementar las medidas a nivel local. Estas medidas deben estar en consonancia con las regulaciones sobre el uso de los pesticidas, y no deben realizarse de una forma aislada, sino como parte de enfoques multisectoriales, que incluyan la implicación y educación comunitaria, la mejora del acceso al tratamiento clínico de los envenenamientos por pesticidas, formación y vigilancia (WHO, 2016); todo ello complementado con la disponibilidad de servicios de prevención del suicidio (Reifels et al., 2018).

5. Ahogamiento

El ahogamiento es un método muy accesible, especialmente en lugares con fácil acceso al mar u otras extensiones de agua. En general, resulta difícil determinar si una muerte por ahogamiento ha sido un suicidio o una muerte accidental. La vigilancia continua, así como la construcción de barreras en los puentes podría reducir el número de suicidios mediante este método (John et al., 2018).

2. Acción

Se distinguen a continuación las diferentes acciones que se consideran factibles, de restricción del acceso a los medios letales más utilizados en Canarias.

2.1. Evaluación – análisis de la situación específico

Especialmente en lo que concierne a la restricción del acceso a los medios letales, un análisis de la situación específico que aporte más información que el porcentaje de los métodos más utilizados, resulta una medida con un gran potencial de beneficio, dado que permitiría orientar sobre las medidas concretas que deben desarrollarse. Así, un análisis de los métodos específicos utilizados para los suicidios ocurridos en los últimos años, realizado en un contexto de colaboración con el Instituto de Medicina Legal de Santa Cruz de Tenerife y el Instituto de Medicina Legal de Las Palmas, permitiría el establecimiento de medidas concretas con un mayor potencial preventivo. Por lo tanto, las acciones propuestas incluyen:

- Establecimiento de colaboración entre el Servicio Canario de la Salud y los Institutos de Medicina Legal de Canarias, dependientes de la Consejería de Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad, en materia de prevención del suicidio.
- Desarrollo de un análisis de la situación específico sobre los medios letales concretos (incluyendo sus características) utilizados en los suicidios ocurridos en Canarias en los últimos años.

2.2. Ahorcamiento

En el protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico, deben incluirse medidas de prevención de ahorcamiento:

- En el diseño de Unidades de internamiento de nueva creación
- En la revisión de aspectos estructurales, en las Unidades de internamiento existentes
- En las precauciones de seguridad

2.3. Precipitación

- Debe existir una coordinación entre el Servicio Canario de la Salud y las distintas Administraciones públicas territoriales competentes en cada caso (Estado, Comunidad Autónoma, Cabildos y Ayuntamientos), en función de la titularidad y competencia sobre el elemento que pueda suponer el peligro (p.ej: puentes, acantilados, miradores, etc), teniendo en cuenta que en las distintas administraciones públicas se han creado órganos u organismos para velar por la seguridad de las personas (p.ej: Unidad de Protección Civil de la Delegación del Gobierno en Canarias, Dirección General de Seguridad y Emergencia, Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias, etc).
- Coordinación con la Federación Canaria de Municipios (FECAM), los Inspectores Municipales y la Federación Canaria de las Islas (FECAI), a efectos de mejorar el control de los lugares de alto riesgo de precipitación.
- Determinación de los lugares de alto riesgo; tanto aquellos identificados en un análisis específico, como aquellos de nueva creación o de creación reciente, que se consideren como tales.
- Utilización de barreras, vallas o redes de seguridad, que aseguren el lugar al completo, en los lugares considerados de alto riesgo de precipitación.
- Utilización de mensajes de fomento de búsqueda de ayuda en los lugares considerados de alto riesgo de precipitación.

2.4. Ingesta de fármacos

- Inclusión, en las actividades formativas sobre prevención del suicidio, de aspectos relacionados con la restricción del acceso a medios letales; específicamente, sobre la evaluación del acceso a estos, la

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

indicación de medicamentos de baja toxicidad, y la información a familiares e implicación de estos en la restricción del acceso.

- Evaluación de la necesidad de la inclusión de mecanismos de control en la dispensación de fármacos, que tengan el potencial de reducir el riesgo de ingestas de fármacos con finalidad suicida, y desarrollo de tales acciones en caso necesario. La evaluación y desarrollo de las acciones se desarrollarán por parte del Servicio Uso Racional del Medicamento, en colaboración con el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del SCS.

2.5. Plaguicidas

- Coordinación con la Consejería de Agricultura y Cabildos.
- Evaluación de la necesidad de la inclusión de más mecanismos de control en la venta de plaguicidas, y desarrollo de tales acciones en caso necesario.
- Evaluación de la posibilidad de establecer mecanismos para el almacenamiento más seguro, y desarrollo, en su caso.
- Evaluación de la conveniencia de desarrollar acciones de tipo formativo, y de las modalidades posibles, sobre los riesgos de los plaguicidas, y su uso, almacenamiento y eliminación adecuados. Desarrollo de tales acciones formativas, de considerarse necesarias.
- Inclusión, en los cursos de Manipuladores de Productos Fitosanitarios y/o en los Cursos de Prevención de Riesgos Laborales, de aspectos relativos a la restricción del acceso a medios letales y prevención del suicidio.

3. Indicadores

- Realización de acciones para la reducción o restricción del acceso a los medios letales (Sí / No)
- Realización de análisis de la situación específico sobre las características de los medios letales concretos utilizados en Canarias (Sí / No)
- Realización de acciones para la prevención del ahorcamiento en Unidades de internamiento psiquiátrico (Sí / No)
- Determinación de los lugares de alto riesgo de precipitación en Canarias (Sí / No)
- Porcentaje de lugares de alto riesgo de precipitación en los que se han desarrollado medidas de restricción (barreras, vallas o redes de seguridad).
- Porcentaje de lugares de alto riesgo de precipitación en los que se han establecido mensajes de fomento de búsqueda de ayuda.
- Inclusión, en las actividades formativas sobre prevención del suicidio, de aspectos relacionados con la restricción del acceso a medios letales (Sí / No).
- Evaluación de la necesidad de la inclusión de mecanismos de control en la dispensación de determinados fármacos, para reducir el riesgo suicida (Sí / No).
- De considerarse necesarios los mecanismos de control en la dispensación de determinados fármacos, desarrollo de tales acciones (Sí / No).
- Evaluación de la necesidad de inclusión de mecanismos de control en la venta de plaguicidas, almacenamiento más seguro, y/o formación, para reducir el riesgo suicida (Sí / No).
- De considerarse necesarios los mecanismos de control en la venta de plaguicidas, almacenamiento más seguro, y/o formación, desarrollo de tales acciones (Sí / No).

4. Dificultades potenciales

- **Dificultades derivadas de la necesidad de coordinación interinstitucional.**

La coordinación tendrá mayores probabilidades de éxito si se establece en el contexto de un acuerdo entre las Jefaturas de cada Administración implicada, y mediante la designación de profesionales de referencia en cada Administración.

5. Responsables

- **Coordinación**

- Jefaturas de las Administraciones implicadas
- Profesionales de referencia designados

- **Designación de profesionales de referencia en la coordinación**

- Jefatura de Promoción de la Salud de la DGSP
- Jefatura del Servicio de Salud Mental de la DGPPAA

- **Administraciones potencialmente implicadas**

- Administraciones públicas territoriales competentes (Estado, Comunidad Autónoma, Cabildos y Ayuntamientos), según la titularidad y competencia sobre el elemento que pueda suponer el peligro.
- Órganos u organismos para velar por la seguridad (Unidad de Protección Civil de la Delegación del Gobierno en Canarias, Dirección General de Seguridad y Emergencia, Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias).
- Autonómicos: DGSPS, DGPPAA y el Servicio de Sanidad Vegetal dependiente de la Dirección General de Agricultura de la Consejería de Agricultura, Ganadería y Pesca.

Bibliografía

Gunnell, D., Knipe, D., Chang, S.-S., Pearson, M., Konradsen, F., Lee, W.J. and Eddleston, M. (2017). Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *The Lancet Global Health*, 5(10), pp.e1026–e1037.

Hawton K. *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From Science to Practice*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2005.

Hemmer, A., Meier, P. and Reisch, T. (2017). Comparing Different Suicide Prevention Measures at Bridges and Buildings: Lessons We Have Learned from a National Survey in Switzerland. *Plos One*, 12(1), p.e0169625.

John, A., Hawton, K., Okolie, Ch., Dennis, M., Price, S.F., and Lloyd, K. Means restriction for the prevention of suicide: generic protocol. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018(4): CD012995. doi: 10.1002/14651858.CD012995. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494631/>

Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012*, revisada en 2020.

Pirkis, J., Too, L.S., Spittal, M.J., Krysinska, K., Robinson, J. and Cheung, Y.T.D. (2015). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), pp.994–1001.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

Okolie, C., Wood, S., Hawton, K., Kandalama, U., Glendenning, A.C., Dennis, M., Price, S.F., Lloyd, K. and John, A. (2020). Means restriction for the prevention of suicide by jumping. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Pitman, A., Tham, S.-G., Hunt, I.M., Webb, R.T., Appleby, L. and Kapur, N. (2019). Access to means of lethal overdose among psychiatric patients with co-morbid physical health problems: Analysis of national suicide case series data from the United Kingdom. *Journal of Affective Disorders*, 257, pp.173–179.

Reifels, L., Mishara, B.L., Dargis, L., Vijayakumar, L., Phillips, M.R., and Pirkis, J. (2018). Outcomes of Community-Based Suicide Prevention Approaches That Involve Reducing Access to Pesticides: A Systematic Literature Review. *Suicide Life Threat Behav*, 49(4), pp.1019-1031. doi: 10.1111/sltb.12503.

World Health Organization (2016). Safer access to pesticides for suicide prevention: Experiences from community interventions. Geneva, Switzerland: WHO.

Acción 3.5. Desarrollar actividades específicas para la atención a los familiares y allegados de personas que se han suicidado.

1. Introducción. Análisis de la situación

1.1. Alcance

El número de personas afectadas por cada suicidio se estima actualmente en torno a 60 personas (Berman, 2011). Una estimación previa era marcadamente menor, de 6 personas (Shneidman, 1973; citado por Berman, 2011). Teniendo en cuenta que en el año 2019 se suicidaron en Canarias 197 personas, supone que solo en tal año en torno a 1.182-11.820 personas se vieron afectadas por esta circunstancia.

Las personas afectadas por un suicidio no se limitan a los familiares de primer grado o convivientes con el fallecido. La percepción de cercanía con el fallecido y la percepción del impacto de la muerte son aspectos relevantes. Por lo tanto, se ha recomendado que no se restrinja el alcance de las intervenciones a los familiares de primer grado (Cerel et al., 2016, 2017).

1.2. Impacto y consecuencias potenciales

Las personas con duelo por suicidio tienen mayor riesgo de tener problemas familiares (Jordan, 2017), duelo patológico o complicado (Linde et al., 2017), trastornos mentales, especialmente la depresión (Pitman et al., 2014; Cerel et al., 2016; Jordan, 2017), ideación suicida (Cerel et al., 2017), y suicidio (Pitman et al., 2014; Cerel et al., 2016; Jordan, 2017).

La afectación familiar puede ser de muy diversa naturaleza, tanto inmediata como duradera. Puede afectarse la comunicación y la cohesión familiar, lo que conduce a una merma en la disponibilidad emocional de los miembros, precisamente cuando más necesaria resulta, lo que conlleva a su vez un mayor sentimiento de aislamiento y soledad en el duelo. La afectación puede extenderse a la relación de la familia con su red social (Jordan, 2017).

El duelo por suicidio se asocia a mayor riesgo de diversos problemas de salud mental, como el duelo patológico, depresión, consumo de tóxicos, o trastorno bipolar (Jordan, 2017). Por su parte, globalmente considerada, la exposición al suicidio de un miembro de la familia incrementa el riesgo de suicidio, y la duración del efecto se extiende hasta 10 años posteriores a este (Jordan, 2017). Afortunadamente la mayoría de las personas experimentan una disminución de la intensidad del duelo el primer año tras la pérdida, y resulta posible una adaptación adecuada a la vida sin desarrollar ningún trastorno mental ni somático grave (Linde et al., 2017).

Por otra parte, el suicidio de personas próximas afecta a los profesionales de la salud, de la educación y de trabajo social. La experiencia es percibida como horrible, impactante, y con potencial de causar una reacción al trauma. Los profesionales de la salud experimentan un intenso escrutinio, juicio y culpa; estos dos últimos, tanto propios como de otros. Las experiencias de apoyo y aprendizaje previos y posteriores al hecho modulan su proceso de vivir con la experiencia (Causer et al., 2019). La reacción y el apoyo en la postvención debería realizarse con el objeto de atenuar los síntomas del trauma, las reacciones emocionales negativas y cualquier repercusión negativa en la práctica clínica futura (Causer et al., 2019). En un estudio centrado en las repercusiones en psiquiatras, estos continuaron su práctica durante y posteriormente al trauma del suicidio de un paciente. Sin embargo, la mitad fueron más cautos en su práctica clínica, buscaron supervisión adicional o utilizaron instrumentos psicométricos para la evaluación del riesgo suicida. El 10% dejaron de aceptar pacientes en riesgo de suicidio (Erich et al., 2017).

En otro ámbito, el suicidio en edad infantojuvenil tiene efectos significativos en la población de estudian-

tes. En un estudio desarrollado en estudiantes de institutos en los que había algún estudiante que se había suicidado, en comparación con estudiantes de institutos sin tal condición, no se halló mayor morbilidad grave (ideación suicida grave, conducta suicida grave, depresión) en los primeros; pero sí mayor riesgo de ideación suicida grave o conducta suicida grave en aquellos estudiantes con acontecimientos vitales negativos concomitantes, de estos institutos (Gould et al., 2018).

1.3. Supervivientes. El duelo por suicidio

Las personas en duelo por suicidio, también denominadas “supervivientes”, pueden experimentar shock, confusión, horror, rabia, sentimientos de fracaso, vergüenza y culpabilidad (Jordan, 2017). Si bien no existe consenso en la definición de “superviviente”, las diferentes definiciones tienen en común la existencia de relación con la persona fallecida, la cercanía de esta relación y/o el impacto en la persona doliente (Andriessen y Krysinska, 2012). Por lo tanto, una muerte por suicidio puede afectar a múltiples personas con diferente relación con la persona fallecida: familiares directos, familiares lejanos, amigos, vecinos y personas del entorno de trabajo (Andriessen y Krysinska, 2012).

Debe distinguirse el “duelo por suicidio” de la “exposición al suicidio”. Esta última refleja una situación en la que la persona no conoce personalmente a la persona fallecida, pero tiene conocimiento de la muerte a través de los medios de comunicación (p.ej: suicidio de celebridad) o ha presenciado directamente la muerte (p.ej: conductores de trenes o policía) (Andriessen y Krysinska, 2012).

Existe consenso en que el duelo por suicidio es diferente. Los aspectos diferenciales principales derivan de las diferencias entre la muerte natural y la muerte por suicidio: i) ambigüedad en la intención de la persona fallecida, ii) posible prevención de la muerte, iii) estigmatización del suicidio, iv) naturaleza traumática de la muerte auto-infligida (Jordan, 2017).

La percepción de la voluntariedad de la persona fallecida es probablemente un aspecto de gran relevancia, que causa confusión y malestar. Las personas pueden experimentar sentimientos de abandono y rechazo, como resultado de la “decisión” que implica el suicidio. Asimismo, puede favorecer los sentimientos de culpa y fracaso, o incluso rabia hacia la persona que se ha suicidado por haberle abandonado. Por su parte, la percepción del suicidio como prevenible también favorece los sentimientos de culpa y de fracaso. La estigmatización aún existe, e incluso con frecuencia se extiende a los supervivientes, que pueden ser culpados y evitados por miembros de su red social. Por último, la muerte por suicidio puede resultar traumática. Incluso aunque la muerte no sea violenta, el propio acto del suicidio es habitualmente experimentado como psicológicamente violento. Además, muchos suicidios implican violencia hacia el cuerpo. Todo ello puede conducir a sentimientos de horror e impotencia, que son la base para el desarrollo de un trastorno por estrés postraumático y un duelo patológico (Jordan, 2017).

Los supervivientes tienen cuatro grandes retos para conseguir la recuperación: gestionar el impacto del suicidio, búsqueda de significado, clarificar la responsabilidad, y encontrar un estilo personal de reacción y afrontamiento (Castelli Dransart, 2017).

1.4. Duelo patológico o complicado

El duelo patológico o complicado se define como un duelo en el cual la persona doliente no es capaz de adaptarse o aceptar el carácter irreversible de la pérdida, y el proceso de duelo se complica, se ralentiza, o se detiene (Linde et al., 2017). Se caracteriza por nostalgia intensa, obsesiones intrusivas sobre las circunstancias de la pérdida, culpabilidad, evitación de pensamientos o recuerdos de la persona fallecida, evitación de actividades que previamente se compartían, y adaptación inadecuada a la pérdida (Linde et al., 2017).

Mientras que el duelo patológico ocurre en un 7% de la población con duelo, las personas con duelo por suicidio tienen mayor riesgo de desarrollarlo (Linde et al., 2017). Así, se ha hallado una prevalencia de un 35%, más de un año posterior a la pérdida en familiares de primer grado y cónyuges (de Groot et al., 2007).

1.5. Situación en Canarias

En Canarias no se han desarrollado medidas específicas para la atención a los supervivientes de un suicidio. La atención desde Atención Primaria y la derivación a Atención Especializada (Salud Mental) se desarrolla como en el resto de la población, según criterios de derivación.

Esta ausencia de intervenciones específicas está en la línea de la situación global. Como se ha señalado en una reciente revisión sistemática, las intervenciones de prevención secundaria son infrecuentes, y las de prevención terciaria, aún menos (Linde et al., 2017). Existe una laguna entre la necesidad de apoyo en las personas con duelo por suicidio y la provisión de servicios profesionales de calidad. Mientras que el 94% de los participantes indicaron la necesidad de ayuda para manejar su duelo, menos de la mitad recibían ayuda, y de estos, solo el 40% se sentía satisfecho con ella (Wilson y Marshall, 2010).

2. Acción

2.1. Objetivos

1. Establecer las bases de las acciones dirigidas a apoyo y recuperación de las personas en duelo por suicidio en Canarias.
2. Desarrollar y mantener acciones dirigidas al apoyo y recuperación de las personas en duelo por suicidio en Canarias.

2.2. Síntesis del conocimiento científico

2.2.1. Definición y objetivo

La postvención puede definirse como aquellas actividades desarrolladas por, con o para los supervivientes, para facilitar la recuperación tras un suicidio, y prevenir consecuencias negativas, incluyendo la conducta suicida (Andriessen y Krysinka, 2012).

El gran reto de la postvención es conseguir que todas las personas supervivientes, desde los familiares cercanos y amigos, hasta aquellos expuestos al suicidio indirectamente, puedan recibir la ayuda y el apoyo que necesitan. La provisión de servicios oportuna y adecuada requiere una buena comprensión del duelo por suicidio de los supervivientes como grupo, así como el reconocimiento de las diferencias individuales entre las personas (Andriessen y Krysinka, 2012).

2.2.2. Efectividad

La postvención se ha señalado como una importante estrategia de prevención del suicidio. De hecho, se ha sugerido que la postvención cuenta con el doble propósito de ayudar a las personas supervivientes en el proceso de duelo y prevenir el suicidio en futuras generaciones (Shneidman, 1972; citado por Aguirre y Slater, 2010). Sin embargo, se sabe poco sobre su efectividad (Andriessen et al., 2019a). Se ha hallado efectividad de las intervenciones a personas afectadas por un suicidio, en cuanto a menor probabilidad de tener un alto riesgo de suicidio (Visser et al., 2014), de padecer depresión (Constantino et al., 2001; Pfeffer et al., 2002) y ansiedad (Pfeffer et al., 2002). Sin embargo, estos hallazgos deben ser considerados con cautela debido a las limitaciones de los estudios, como el sesgo de selección, la falta de aleatorización y las muestras pequeñas. Se requieren hallazgos metodológicamente más sólidos para confirmar la utilidad de las

intervenciones y, de ser así, para quién (Linde et al., 2017, McDaid et al., 2018). No obstante, la prevención del duelo complicado puede ser exitosa en poblaciones de individuos de alto riesgo (Linde et al., 2017).

2.2.3. Tipos de intervenciones y efectividad

Las actividades de postvención pueden hacerse operativas desde dos perspectivas complementarias: clínica y de salud pública (Andriessen y Krysinka, 2012).

Existe un amplio rango de intervenciones y modelos de intervención en postvención, que pueden ir desde la mera información para favorecer una mayor toma de conciencia, hasta el abordaje en Salud Mental en aquellas personas que lo requieren. Una reciente revisión sistemática ha evaluado qué modelos de intervención han resultado efectivos para reducir el impacto en la familia, amigos y comunidades, y qué componentes de los servicios de postvención han contribuido a la efectividad. Se identificaron 8 estudios y 12 Guías desde 2014, con intervenciones en diversas poblaciones, entornos y medidas, lo que limita la comparación de los hallazgos. La mayoría carecía de grupo control, y la calidad global de los estudios fue baja. Sin embargo, cinco intervenciones resultaron en desenlaces positivos en cuanto a la aflicción, la salud mental y el riesgo suicida (Andriessen et al., 2019b). Además, los programas comunitarios parecen ser coste-efectivos (Comans et al., 2013).

Los componentes de las intervenciones que contribuyen a la efectividad muestran relación con los diferentes niveles de aflicción padecidos por los dolientes, lo cual está en consonancia con los modelos de prestación de servicios de salud pública. Así, el apoyo social informal puede ser beneficioso para todos los dolientes. Aquellos afectados sin síntomas de estrés postraumático podrían beneficiarse de un enfoque educativo. El apoyo por iguales, reconocimiento mutuo y el compartir experiencias podría ser efectivo para aquellos con síntomas leves. Por último, las personas con alto nivel de aflicción y/o en riesgo de duelo patológico o problemas de salud mental podrían beneficiarse de psicoterapia especializada (Andriessen et al., 2019b).

Aún son escasos los estudios sobre la efectividad de las intervenciones y programas de postvención en profesionales sanitarios, dada su escasez de uso y heterogeneidad entre los existentes (Erlich et al., 2017).

2.2.4. Intervenciones según nivel de impacto

A continuación se muestra el modelo de intervenciones escalonadas según el impacto, en países donde se desarrollan acciones de postvención desde hace años, como Australia y Reino Unido (Andriessen et al., 2019b).

Nivel de impacto	Intervención por niveles
Intervenciones indicadas para personas con problemas de salud mental y duelo patológico	Psicoterapia individual.
Intervención selectiva para personas con duelo grave, con alto impacto	Asistencia psicológica; apoyo psicológico. Grupos cerrados dirigidos por profesionales cualificados.
Intervención selectiva para personas con duelo moderado, con impacto leve	Servicios de apoyo; grupos de apoyo; grupos de autoayuda; grupos abiertos; autoayuda; líneas de apoyo; apoyo comunitario y educativo.
Intervención universal para personas con duelo leve e impacto leve	Información sobre el duelo por suicidio (folletos, pósters, información online). Información sobre fuentes de apoyo de organizaciones nacionales o locales.

Fuente: Modificado de Andriessen et al., 2019b

2.2.5. Intervenciones. Aspectos generales

Las intervenciones deben ser proactivas (Foggin et al., 2016); no deben desarrollarse solo a demanda de las personas, ya que con frecuencia las personas no son conscientes de su estado y no existe tal demanda. La estrecha colaboración y coordinación entre niveles es vital (Foggin et al., 2016).

Debe contemplarse la derivación a Atención Especializada cuando existan criterios para ello.

2.2.6. Información. Documentos en formato papel y online

La entrega de folletos a las familias y otros supervivientes en las primeras fases del duelo resulta de gran utilidad. En Reino Unido se editó el documento "Help is at hand" (Public Health England, 2015) y se hizo disponible tanto en formato papel como online, con buena aceptación de las familias (Hawton et al., 2012). Se ha recomendado priorizar este tipo de intervenciones (Hawton et al., 2012). Por su parte, la Comunidad Autónoma de Madrid lanzó en julio de 2019 una edición de 3.000 ejemplares de la "Guía para familiares en Duelo por suicidio. Supervivientes", guía también disponible online. Los contenidos básicos en ambos casos son los psicoeducativos y los recursos de los que dispondrían para afrontar la pérdida.

En cuanto a la información que se puede proveer, la Guía de EEUU "Responding to Grief, Trauma, and Distress After a Suicide: U.S. National Guidelines" (Survivors of Suicide Loss Task Force, 2015; citado por Cook, 2017) considera que la siguiente información puede ser de ayuda para las personas con duelo por suicidio:

- Información de autoayuda.
 - Cómo afrontar el duelo, la pérdida y el trauma. Cómo lo han afrontado otras personas en la misma situación.
 - Situaciones relacionadas con la pérdida que requerirían una asistencia adicional o más intensiva.
 - Cómo comunicar y qué comunicar a los niños sobre el suicidio de una persona con la que tenían una relación estrecha.
 - Impacto del suicidio en las familias, y estrategias para mejorar la comunicación y el funcionamiento tras un suicidio.
- Información sobre la naturaleza del duelo por suicidio.
 - Duelo en general y cómo es la experiencia y la evolución natural.
 - Reacciones habituales a la pérdida por suicidio, como un duelo intenso, síntomas de trauma, pensamientos obsesivos sobre la causa del suicidio.
 - Respuestas fisiológicas, como alteraciones del sueño, pérdida de apetito, dificultades de concentración, dificultades para tomar decisiones.
 - Reacciones graves o prolongadas, como depresión, aumento de la ansiedad o hipervigilancia, cambios en la visión del mundo, afectación de las relaciones, y posibilidad de síntomas postraumáticos.
- Información de contacto sobre programas, servicios y tratamiento
 - Asistencia médica, de Salud Mental y de otras especialidades.
 - Organizaciones locales o nacionales centradas en el apoyo en el duelo, trauma y respuestas a las crisis, o prevención del suicidio.
 - Programas comunitarios realizados por iguales, asistencia espiritual.
 - Información sobre el riesgo de suicidio y trastornos mentales asociados con la exposición al suicidio:
 - i) depresión, trastorno por estrés postraumático, otros trastornos de ansiedad, duelo patológico, ii) signos de alarma de suicidio y cómo responder de forma segura y efectiva al riesgo suicida en uno mismo o en otros.

2.2.7. Respuesta inmediata

Se ha recomendado que los principios de respuesta inmediata sean similares a aquellos de asistencia inmediata en catástrofes, e incluyen la promoción de la seguridad, tranquilidad, esperanza, conexión y eficacia personal y de la comunidad. Esto se traduce, de forma más operativa, en las siguientes acciones (Cook, 2017):

- Contacto y enganche: responder a los contactos iniciados por los supervivientes, o iniciar el contacto de una forma no intrusiva, y actitud de compasión y ayuda.
- Seguridad y consuelo. Mejorar la seguridad de forma inmediata, proporcionar consuelo y atender a necesidades somáticas.
- Estabilización (si resulta necesario): calmar y orientar a los supervivientes emocionalmente abrumados.
- Obtener información sobre necesidades y preocupaciones actuales, y desarrollar intervenciones individualizadas acordes a estas.
- Ayuda práctica, según las necesidades detectadas.
- Conexión con apoyos sociales: ayudar a establecer contactos breves con otras personas de apoyo, incluyendo familiares, amigos y recursos comunitarios.
- Información sobre afrontamiento: proveer información sobre reacciones de estrés y cómo afrontarlas para reducir el malestar y promover un funcionamiento adaptativo.
- Enlace con servicios de ayuda: promover el enlace con tales servicios en ese momento o en el futuro.

2.2.8. Grupos de apoyo

En la postvención los grupos de apoyo tienen por objetivo ayudar a las personas en duelo a la elaboración adecuada de este, a expresar sus sentimientos y a sentirse aceptados, a compartir sus historias, y a sentirse escuchados (Supiano, 2012; Trimble et al., 2012; Peters et al., 2015), además de ayudarles a ser conscientes del impacto del suicidio en sus vidas y permitir minimizar el estigma que rodea al suicidio (Trimble et al., 2012; Peters et al., 2015). Asimismo, contribuyen a proporcionar una sensación de normalidad a través de experiencias compartidas (Trimble et al., 2012; Peters et al., 2015).

Los grupos de apoyo son una de las modalidades del apoyo por pares o iguales. Diversos estudios han mostrado su efectividad para ayudar a las personas en duelo por suicidio (Cook et al., 2017). A través de la experiencia acumulada y los estudios realizados, recientemente se han propuesto una serie de directrices básicas basadas en la práctica y en el conocimiento científico (Cook et al., 2017).

Directrices básicas basadas en la práctica y en el conocimiento científico

<i>Nivel del proveedor de servicios</i>
<ul style="list-style-type: none">• Se desarrolla en el contexto de una relación igualitaria y colaborativa.• Se guía por experiencias, necesidades, elecciones, objetivos y aspiraciones de la persona que recibe la ayuda.• Valida, utiliza y construye sobre las características de la persona: i) estado actual, ii) estilo de aprendizaje y comunicación, iii) recursos disponibles y accesibles, iv) fortalezas personales.• Respeta y acoge la individualidad de la persona, sus diferencias, cultura y contribuciones singulares.• Trata de fortalecer la autonomía de la persona, autoeficacia, responsabilidad y empoderamiento.• Reconoce y valida las dificultades de la persona y su sufrimiento, y promueve la esperanza.

- Aborda todos los dominios del bienestar: físico, mental, emocional, espiritual, relacional y social.
- Permite diferentes caminos hacia la recuperación.
- Requiere por parte de quien ayuda: i) servir de ejemplo, ii) compartir su historia de forma efectiva, iii) acoger los beneficios que puedan derivarse también para sí mismo
- Recalca en la persona ayudante: i) destrezas como la escucha activa, comunicar mostrando apoyo, hacer preguntas abiertas; ii) actitudes como ser amable, paciente, empático, y mostrar compasión; iii) actitudes como ser respetuoso, abierto y tolerante; iv) valores como la dignidad, inclusión, igualdad y aceptación.
- Se desarrolla de tal manera que: i) no utiliza diagnósticos ni etiquetas, ii) no es intrusivo ni coercitivo, iii) no es directivo ni prescriptivo, iv) no sanciona arbitrariamente la conducta inconformista o irregular que no resulte peligrosa.
- Implica que la persona que ayuda sea promotora del desenvolvimiento personal.
- Puede incluir enseñanza de conocimientos y de destrezas, como el autocuidado, comunicación, resolución de problemas, etc.
- Aborda las dificultades y las crisis de forma sincera, juiciosamente, con confidencialidad, seguridad y efectividad.
- Protege la seguridad: i) abordando aspectos como la desatención, el trauma; ii) oponiéndose a la injusticia y al estigma; iii) conectando con niveles superiores de atención.
- No intenta tratar o curar un trastorno médico o psicológico (pero puede complementar un tratamiento clínico).

Fuente: Modificado de Cook et al. (2017)

Nivel de organización del programa

- Apoyo por pares: los programas están centrados en y contruidos a partir de los supervivientes de pérdidas por suicidio; proporcionan ayuda social, emocional, instrumental y de otro tipo; y están basados en una relación recíproca y conexión interpersonal.
- Centrado en la persona: los programas ofrecen opciones que suponen una respuesta a las necesidades individuales.
- Implicados con la familia y allegados.
- Amplios: se aplican diversos enfoques a una variedad de métodos que abordan la diversidad de circunstancias y características de las personas.
- Anclados en la comunidad: los programas están conectados e integrados con elementos de la comunidad a la que sirven.
- Conectados a la continuidad de cuidados: los programas abarcan todas las fases de la experiencia de las personas, desde las crisis hasta la recuperación.
- Basados en la colaboración.
- Promueven los recursos y fortalezas individuales.
- Acogen las diversas culturas, así como las creencias espirituales, religiosas, laicas o culturales.
- Integrados con otros recursos y servicios a través de relaciones directas y sistemas de derivación.
- Sustentados en una formación efectiva.
- Enfocados hacia la consecución de resultados positivos.

- Basados en el mejor conocimiento científico disponible, evaluados mediante métodos válidos y ligados a mejoras de calidad.
- Financiados de forma adecuada.

Fuente: Modificado de Cook et al. (2017)

2.2.9. Postvención en instituciones educativas

La postvención puede formar parte de los programas de prevención en instituciones educativas (Aron et al., 2018). Recientemente en Australia se ha desarrollado una Guía sobre postvención en institutos (secondary school). Esta Guía se desarrolló en dos fases: i) búsqueda bibliográfica para identificación de acciones potenciales que pudieran desarrollar las instituciones educativas y elaboración del cuestionario, y ii) una evaluación de cada acción por parte de 40 expertos de países de habla inglesa en el área de la postvención (Cox et al., 2016).

2.2.10. Formación en postvención

La necesidad de formación en postvención se ha visto reflejada en diversas instituciones en España en los últimos años. La Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi (Gobierno Vasco, 2019), señala que 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. Por su parte, instituciones como la Fundación Española para la Prevención del Suicidio promueven la formación de los profesionales mediante cursos específicos sobre el duelo por suicidio de un ser querido.

Los profesionales clínicos deben conocer las particularidades del duelo por suicidio, así como las estrategias para promover la recuperación de las personas que lo sufren. Basándose en las recomendaciones de la Guía de EEUU Responding to Grief, Trauma, and Distress after a Suicide: U.S. National Guidelines, Jordan y McGann (2017) ofrecen una síntesis de los aspectos clave del duelo por suicidio, las tareas de integración de la pérdida, y las opciones de intervención para los supervivientes. A continuación se ofrece una enumeración de los temas clave.

Aspectos clave en el duelo por suicidio

Características destacadas del duelo por suicidio

1. Shock e incredulidad
2. ¿Por qué?
3. Vergüenza
4. Responsabilidad y culpa
5. Rabia
6. Rechazo y abandono
7. Temor
8. Alivio

Tareas para integrar la pérdida

1. Contención del trauma.
2. Creación de una narrativa sobre el suicidio y elaboración de un significado de la muerte.
3. Desarrollar situaciones de respiro frente al trauma del suicidio.
4. Gestionar las conexiones sociales que han cambiado.
5. Reparación y transformación de la relación con la persona fallecida.
6. Recuerdos de la persona fallecida.
7. Reanudar la vida.

Fuente: Elaboración propia. Contenido extraído de Jordan y McGann (2017)

2.3. Recomendaciones

2.3.1. Bases

El conocimiento científico en esta área es limitado. Por lo tanto, las recomendaciones se basan en fuentes de diversa naturaleza, como el propio conocimiento científico, recomendaciones de las Guías y de documentos planificadores internacionales y nacionales, el juicio de expertos, y experiencias de intervenciones previas. Un principio básico debe ser el de intervenciones escalonadas, según el nivel de impacto y necesidades. Las acciones de postvención deben desarrollarse a diferentes niveles, incluyendo tanto la perspectiva de la población como la clínica.

Las recomendaciones en este documento se realizan tomando como referencia estos principios básicos, como el conocimiento científico y experiencias expuestas previamente.

2.3.2. Niveles de intervención

Se recomiendan acciones en los siguientes niveles de intervención:

Tipo	Población	Niveles de intervención
Universal	Supervivientes	Información sobre duelo por suicidio Información sobre fuentes de apoyo
Selectiva	Supervivientes con duelo moderado e impacto leve	Grupos de apoyo por iguales
Indicada	Supervivientes con duelo grave, duelo patológico y/o problemas de salud mental	Grupos cerrados conducidos por profesionales Psicoterapia individual

2.3.3. Postvención universal. Información

- Debe proporcionarse información concerniente tanto al duelo por suicidio como a las fuentes de apoyo disponibles.
- Se debe elaborar la información que se estime necesaria, con lenguaje sencillo y claro. La información sobre recursos disponibles debe estar adaptada a las características de estos en Canarias.
- La información se alojará en la página web específica de Canarias sobre conducta suicida. En su ausencia, debe plantearse otro sistema, o bien seleccionar otra página web alternativa, de una institución de confianza. En tal circunstancia se recomienda la "Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes", editada por la Comunidad Autónoma de Madrid.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Debe realizarse una difusión en Canarias, dirigida a Atención Primaria, Salud Mental y Atención Especializada, sobre las repercusiones potenciales del duelo por suicidio, y la disponibilidad de información y recursos para su atención.
- Los profesionales sanitarios informarán a las personas en duelo por suicidio sobre las repercusiones potenciales de este, la conveniencia de recibir información, la disponibilidad de la información, la página web, y sobre los recursos disponibles. Esta intervención será proactiva; no deben desarrollarse solo a demanda de las personas, ya que con frecuencia las personas no son conscientes de su estado y no existe tal demanda.
- La información debe proporcionarse mediante un lenguaje sencillo y resultar clara. Se recomienda que la información abarque los siguientes contenidos:
 - Duelo por suicidio: descripción y grado de la afectación normal.
 - Situaciones que requerirían una asistencia adicional o más intensiva.
 - Información de autoayuda: cómo afrontar el duelo, la pérdida y el trauma. Cómo lo han afrontado otras personas en la misma situación.
 - Cómo comunicar y qué comunicar a los niños sobre el suicidio de una persona con la que tenían una relación estrecha.
 - Impacto del suicidio en las familias, y estrategias para mejorar la comunicación y el funcionamiento tras un suicidio.
 - Información de contacto sobre recursos asistenciales y de ayuda: Servicio Canario de la Salud (Atención Primaria, Red de Salud Mental); Asociaciones; grupos de apoyo por iguales; otros recursos comunitarios de apoyo.

2.3.4. Postvención selectiva. Grupos de apoyo por iguales

- Deberá prestarse apoyo para favorecer la creación, funcionamiento y mantenimiento de grupos de apoyo por iguales en postvención.
- La intervención estaría dirigida a todas aquellas personas mayores de 18 años que sientan cercanía con el fallecido, se sientan afectadas por el suceso y quieran participar (familiares cercanos, amigos, compañeros de trabajo y de clase, etc.).
- Se debe promover la creación de al menos un grupo por isla.
- Se recomienda la adhesión a las directrices básicas propuestas recientemente (Cook et al., 2017), tanto las del nivel del proveedor de servicios, como las del nivel del programa.
- El Servicio Canario de la Salud favorecerá la formación de las personas que dirijan los grupos. Esta formación tomará como bases las directrices señaladas previamente, el conjunto del conocimiento científico y recomendaciones existentes, así como la experiencia clínica y juicio clínico propio de los profesionales formadores. Esta formación tendrá como objetivo el favorecimiento de la efectividad y homogeneidad en las intervenciones que se desarrollen en Canarias.
- El Servicio Canario de la Salud establecerá, con los grupos de ayuda por iguales, canales efectivos de comunicación y de asistencia sanitaria en caso necesario.
- El Servicio Canario de la Salud colaborará en la difusión de la disponibilidad de tales grupos, a través de los canales que se estimen más adecuados para un mayor alcance. La información debería llegar de forma prioritaria a los profesionales de Atención Primaria y Salud Mental.

2.3.5. Postvención indicada. Psicoterapia grupal o individual

- Las personas supervivientes con duelo grave, duelo patológico y/o problemas de salud mental, que a

priori recibirán asistencia en la Red de Salud Mental, podrán recibir psicoterapia en régimen grupal o individual, según criterio profesional.

- Resulta recomendable que las intervenciones se basen en el mejor conocimiento científico disponible, recomendaciones internacionales y nacionales de instituciones relevantes, así como en la experiencia clínica de los profesionales. La formación en postvención puede ser un pilar importante para los dos primeros elementos mencionados.

2.3.6. Formación

- La formación puede ser clave para una mejora en la calidad de la atención y de la efectividad en postvención. Resulta recomendable el desarrollo de acciones formativas en postvención, dirigidas a profesionales sanitarios (Atención Primaria, Salud Mental, Servicios de Urgencias) como a profesionales no sanitarios de primera línea (policía, guardia civil, bomberos) y de instituciones educativas.
- La formación en postvención puede realizarse tanto en el contexto de acciones formativas específicas como en aquellas con una temática más global (p.ej: curso sobre conducta suicida).
- Las acciones formativas dirigidas a profesionales no sanitarios de primera línea y de instituciones educativas se realizarán en el contexto de otras acciones formativas de carácter más global.
- Los contenidos que parecen recomendables para los profesionales sanitarios son:
 - Enfoque: actitud proactiva pero no intrusiva; respuesta inmediata; postvención como prevención en las personas afectadas.
 - El duelo por suicidio, normal y patológico. Características destacadas; tareas para integrar la pérdida.
 - Evaluación e intervención.
 - Tipos de intervenciones disponibles.
 - Criterios de derivación a Salud Mental.
- Los contenidos mínimos que parecen recomendables para los profesionales no sanitarios son:
 - El duelo por suicidio. Características diferenciales.
 - Respuesta inmediata. Intervención.
 - Comunicación con familiares, allegados y menores.

2.3.7. Postvención en instituciones educativas

- La postvención en instituciones educativas puede favorecerse a través de diversas acciones:
 - Información sobre duelo por suicidio. Se estima como mejor fórmula el alojamiento de esta información en la página web específica sobre suicidio, del SCS; y la difusión a través de la Consejería de Educación a las instituciones educativas, mediante información sobre su disponibilidad.
 - Formación sobre postvención en instituciones educativas. Tal formación debería estar en el contexto de acciones formativas de carácter más global, como las acciones formativas pertinentes asociadas al desarrollo del protocolo de intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios; o las acciones formativas asociadas al programa de prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas.
 - Recomendaciones de actuación. A tal efecto se estiman de elección las contenidas en la Guía sobre postvención en institutos, de Australia (Cox et al., 2016), a menos que esté disponible otro recurso desarrollado en España, de calidad similar, u otro a nivel internacional que se estime más adecuado.
 - Canales de comunicación y coordinación con la Red de Salud Mental infanto-juvenil.

3. Indicadores

Información

- Desarrollo, disponibilidad y difusión en Canarias de información sobre duelo por suicidio y recursos disponibles (Sí/No).

Grupos de apoyo por iguales

- Porcentaje de islas que cuentan con, al menos, un grupo de apoyo por iguales.
- Número de participantes totales en los grupos de apoyo por iguales.

Formación

- Desarrollo de acciones formativas de ámbito comunitario, dirigidas a profesionales de Atención Primaria, que incluyen la postvención (Sí/No).
- Desarrollo de acciones formativas de ámbito comunitario, dirigidas a profesionales de Salud Mental, que incluyen la postvención (Sí/No).
- Desarrollo de acciones formativas de ámbito comunitario, dirigidas a profesionales de instituciones educativas, que incluyen la postvención (Sí/No).
- Desarrollo de acciones formativas de ámbito comunitario, dirigidas a profesionales no sanitarios de primera línea, que incluyen la postvención (Sí/No).

Postvención indicada

- Número de islas en las que se desarrollan acciones de postvención grupal, dirigidas por profesionales.

4. Dificultades potenciales

Información

- La idónea disponibilidad de la información dependerá de la creación de la página web del SCS sobre conducta suicida.

Grupos de apoyo por iguales

- La creación de grupos de apoyo depende de la disponibilidad totalmente voluntaria de personas supervivientes que quieran desarrollar una labor de apoyo a grupos de iguales.
- Su funcionamiento requiere la disponibilidad de entornos estructurales definidos, y de una formación previa por parte de profesionales de Salud Mental.
- Las islas no capitalinas de menor población pueden encontrar dificultades para la creación de los grupos.

Formación

- Teniendo en cuenta la factibilidad de las acciones formativas, el encuadre más probable no es el de acciones formativas circunscritas a la postvención, sino acciones formativas de carácter más global, en las que se aborde esta área.
- Derivado de lo previo, las acciones formativas dependerán del desarrollo efectivo de otras acciones formativas dirigidas a profesionales sanitarios, no sanitarios de primera línea, y de instituciones educativas.

Postvención indicada

- Las acciones de postvención grupal, dirigidas por profesionales, dependen del número de pacientes susceptibles de mejora con tales intervenciones y de la disponibilidad de tiempo para su desarrollo. Probablemente resulten difíciles de desarrollar en islas no capitalinas.

5. Responsables

• Coordinación de acciones

Dirección General de Programas Asistenciales (Servicio de Salud Mental) y Dirección General de Salud Pública (Servicio de Promoción de la Salud).

• Información

Desarrollo, disponibilidad y difusión en Canarias: Servicio de Salud Mental, Servicio de Promoción de la Salud, Jefaturas de Servicio de Psiquiatría, Gerencias de Atención Primaria.

• Formación

- Planificación de formación en postvención, en otras acciones formativas de carácter más global: Servicio de Salud Mental y Servicio de Promoción de la Salud.
- Formación de las personas coordinadoras de los grupos de apoyo por iguales:
 1. Directrices básicas de formación, sustentada en conocimiento científico, y homogeneidad en Canarias: Servicio de Salud Mental y Servicio de Promoción de la Salud;
 2. Designación de profesionales de la Red de Salud Mental, para su impartición y coordinación con los grupos: Jefaturas de Servicio de Psiquiatría.

• Postvención indicada

- Profesionales de la Red de Salud Mental.

Bibliografía

Aguirre, R.T.P. and Slater, H. (2010). Suicide Postvention as Suicide Prevention: Improvement and Expansion in the United States. *Death Studies*, [online] 34(6), pp.529–540.

Andriessen, K. and Krysinska, K. (2011). Essential Questions on Suicide Bereavement and Postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), pp.24–32.

Andriessen, K., Krysinska, K., Hill, N.T.M., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N. and Pirkis, J. (2019a). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*, 19(1), 49.

Andriessen, K., Krysinska, K., Kölves, K. and Reavley, N. (2019b). Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 10.

Aron, E.J., Bostic, J.Q., Grumet, J.G. and Jacobson, S. (2018). Assisting the School in Responding to a Suicide Death. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 27(4), pp.607–619.

Berman, A.L. (2011). Estimating the Population of Survivors of Suicide: Seeking an Evidence Base. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1), pp.110–116.

Castelli Dransart, D.A. (2016). Reclaiming and Reshaping Life: Patterns of Reconstruction After the Suicide of a Loved One. *Qualitative Health Research*, 27(7), pp.994–1005.

Causer, H., Muse, K., Smith, J. and Bradley, E. (2019). What Is the Experience of Practitioners in Health, Education or Social Care Roles Following a Death by Suicide? A Qualitative Research Synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 16(18).

Cerel, J., Maple, M., van de Venne, J., Moore, M., Flaherty, C. and Brown, M. (2016). Exposure to Suicide in the Community: Prevalence and Correlates in One U.S. State. *Public Health Reports*, 131(1), pp.100–107.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

Cerel, J., Maple, M., van de Venne, J., Brown, M., Moore, M. and Flaherty, C. (2017). Suicide Exposure in the Population: Perceptions of Impact and Closeness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), pp.696–708.

Comans, T., Visser, V. and Scuffham, P. (2013). Cost Effectiveness of a Community-Based Crisis Intervention Program for People Bereaved by Suicide. *Crisis*, 34(6), pp.390–397.

Cook, F.J. (2017). Key concepts in the national guidelines: “Suicide exposure” and “levels of care.” *Death Studies*, 41(10), pp.680–684.

Cook, F.J., Langford, L. and Ruocco, K. (2017). Evidence- and practice-informed approach to implementing peer grief support after suicide systematically in the USA. *Death Studies*, 41(10), pp.648–658.

Constantino, R.E., Sekula, L.K. and Rubinstein, E.N. (2001). Group Intervention for Widowed Survivors of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), pp.428–441.

Cox, G.R., Bailey, E., Jorm, A.F., Reavley, N.J., Templer, K., Parker, A., Rickwood, D., Bhar, S. and Robinson, J. (2016). Development of suicide postvention guidelines for secondary schools: a Delphi study. *BMC Public Health*, [online] 16(1).

Guía disponible en <https://headspace.org.au/assets/School-Support/hSS-Delphi-Study-web.pdf>

de Groot, M., de Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W. and Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 334(7601), p.994.

Erllich, M.D., Rolin, S.A., Dixon, L.B., Adler, D.A., Oslin, D.W., Levine, B., Berlant, J.L., Goldman, B., Koh, S., First, M.B., Pabbati, C. and Siris, S.G. (2017). Why We Need to Enhance Suicide Postvention. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), pp.507–511.

Foggin, E., McDonnell, S., Cordingley, L., Kapur, N., Shaw, J. and Chew-Graham, C.A. (2016). GPs’ experiences of dealing with parents bereaved by suicide: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 66(651), pp.e737–e746.

Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Osakidetza. (2019). Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/departamento-salud/-/estrategia-de-prevencion-del-suicidio-en-euskadi/>

Gould, M., Lake, A., Kleinman, M., Galfalvy, H., Chowdhury, S. and Madnick, A. (2018). Exposure to Suicide in High Schools: Impact on Serious Suicidal Ideation/Behavior, Depression, Maladaptive Coping Strategies, and Attitudes toward Help-Seeking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 15(3), p.455.

Hawton, K., Sutton, L., Simkin, S., Walker, D.-M., Stacey, G., Waters, K. and Rees, S. (2012). Evaluation of a Resource for People Bereaved by Suicide. *Crisis*, 33(5), pp.254–264.

Jordan, J.R. (2017). Postvention is prevention—The case for suicide postvention. *Death Studies*, 41(10), pp.614–621.

Jordan, J.R. and McGann, V. (2017). Clinical work with suicide loss survivors: Implications of the U.S. postvention guidelines. *Death Studies*, 41(10), pp.659–672.

Linde, K., Tremblay, J., Steinig, J., Nagl, M. and Kersting, A. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(6), p.e0179496.

McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K. and Sowden, A. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193(6), pp.438–443.

- Peters, K., Staines, A., Cunningham, C. and Ramjan, L. (2015). The Lifekeeper Memory Quilt: Evaluation of a Suicide Postvention Program. *Death Studies*, 39(6), pp.353–359.
- Pfeffer, C.R, Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J. and Metsch, M. (2002) Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), pp.505–513.
- Pitman, A., Osborn, D., King, M. and Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, [online] 1(1), pp.86–94.
- Public Health England and National Suicide Prevention Alliance (2015). Help is at hand. *Public Health England*. Available at: <http://supportaftersuicide.org.uk/support-guides/help-is-at-hand/>
- Supiano, K.P. (2012). Sense-Making in Suicide Survivorship: A Qualitative Study of the Effect of Grief Support Group Participation. *Journal of Loss and Trauma*, 17(6), pp.489–507.
- Trimble, T., Hannigan, B. and Gaffney, M. (2012). Suicide postvention; coping, support and transformation. *The Irish Journal of Psychology*, 33(2–3), pp.115–121.
- Visser, V.S., Comans, T.A. and Scuffham, P.A. (2014). Evaluation of the effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Journal of Community Psychology*, 42(1), pp.19–28.
- Wilson, A. and Marshall, A. (2010). The Support Needs and Experiences of Suicidally Bereaved Family and Friends. *Death Studies*, 34(7), pp.625–640.

Acción 3.6. Desarrollar un programa de prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas.

1. Introducción. Justificación

Magnitud del problema

El suicidio supone la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años (OMS, 2018). Analizar la conducta suicida en la infancia y adolescencia requiere considerarla en todas sus dimensiones. Las autolesiones, los pensamientos suicidas y los intentos de suicidio son comunes entre los estudiantes de secundaria (Siu, 2019). La mitad de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años, pero la mayoría de los casos ni se detectan ni se tratan. Con respecto a la carga de morbilidad entre los adolescentes, la depresión ocupa el tercer lugar. Por su parte, el uso nocivo del alcohol y de drogas ilícitas entre los adolescentes es un gran problema, así como los trastornos alimentarios (OMS, 2018).

El estigma, los cambios en el desarrollo y la presión por parte de iguales convierte la adolescencia en una edad en la que se necesitan estrategias preventivas específicamente adaptadas (Wasserman et al., 2012). La mayoría de los jóvenes no buscan activamente ayuda de profesionales, padres, profesores, y con frecuencia, ni siquiera de sus compañeros. Aunque las razones subyacentes son complejas, es probable que no pidan ayuda porque lo perciban como un fracaso en el proceso de ser autosuficientes. Otro factor importante es el estigma asociado a los trastornos mentales, por el cual pueden ser reacios a abordar los problemas de salud mental. Es importante tener en cuenta estos factores a la hora de diseñar programas de prevención dirigidos a jóvenes (Wasserman et al., 2012).

La promoción y la protección de la salud del adolescente es beneficiosa no solo para la salud a corto y a largo plazo, sino también para la economía y la sociedad, pues adultos jóvenes sanos podrán contribuir mejor a la población activa laboral, a sus familias y comunidades, y a la sociedad en su conjunto (OMS, 2018).

Factores de riesgo

La psicopatología (especialmente la depresión y desesperanza), los problemas de control de impulsos, la familia disfuncional, el consumo de tóxicos, el fracaso escolar, el acoso moral y el efecto contagio son los factores de riesgo más comunes de conductas suicidas en la población infantojuvenil (Picazo-Zapino, 2014; McLoughlin et al., 2015; Siu, 2019).

En cuanto al suicidio en niños menores de 14 años, una revisión sistemática halló los intentos de suicidio previos como factor de riesgo importante, y conflictos con los padres como el factor precipitante más frecuente. Además, en comparación con los adolescentes, presentan menor prevalencia de psicopatología y de consumo de alcohol (Soole et al., 2014). En un estudio realizado a partir de un registro de 17 Estados en EEUU, los niños (5-11 años), en comparación con adolescentes de 12 a 14 años, presentaron con más frecuencia problemas de relación con familiares o amigos (y con menos frecuencia, problemas con pareja), realización del acto suicida en casa; y con menos frecuencia dejaron una nota de despedida. Entre aquellos que tenían algún problema de salud mental, presentaron mayor frecuencia de trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, y menor frecuencia de depresión / distimia, respecto a los adolescentes. Los autores hipotetizan un perfil de suicidio en niños, de impulsividad como respuesta a la adversidad psicossocial, lo que sugiere la necesidad de estrategias preventivas tanto comunes como específicas acordes a la fase de desarrollo (Sheftall et al., 2016).

Por su parte, en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta se producen muchos cambios: cambio de colegio o de hogar, entrada en la universidad o en el mundo laboral. Para muchos es una época

apasionante, pero también puede ser causa de estrés o aprensión. En algunos casos, si no se reconocen y controlan, estos sentimientos pueden favorecer el desarrollo de trastornos mentales. El uso cada vez mayor de las tecnologías en línea, que sin duda aporta muchos beneficios, también puede generar tensiones adicionales, pues cada vez es mayor la conexión a las redes virtuales en cualquier momento del día o la noche (OMS, 2018). La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (OMS, 2020).

Factores de protección

La investigación sobre la conducta suicida se ha centrado principalmente en los factores de riesgo, mientras que el estudio de factores protectores ha sido mucho menor.

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. También se consideran importantes los valores y normas, como el valor de la propia vida, la esperanza y el optimismo. Entre los factores externos o contextuales, 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 (Gobierno Vasco, 2019).

Los estudios realizados en los últimos 10-15 años sugieren que la resiliencia es un factor protector contra el riesgo de suicidio (Sher, 2019). La resiliencia es un fenómeno complejo que se emplea para referirse a la capacidad que tienen las personas para mantener una trayectoria relativamente estable de salud física y psicológica, a pesar de haber sufrido situaciones altamente estresantes o potencialmente traumáticas (Bonanno, 2004). A diferencia del término recuperación, que se refiere a volver a un umbral similar al anterior transcurridos meses o años de haber sucedido la situación traumática, la resiliencia implica mantener una trayectoria similar de funcionamiento en el tiempo (salvo unas pocas semanas de preocupación o disrupción del sueño), e incluso a la capacidad para generar experiencias y emociones positivas, tras la situación estresante o traumática (Bonanno et al., 2001). Se ha recomendado ayudar a crear resiliencia mental desde las edades más tempranas, para poder hacer frente a los retos que plantea el mundo actual (OMS, 2018). El desarrollo de la resiliencia debe formar parte de las intervenciones universales, selectivas e indicadas, en la prevención del suicidio. Promover la resiliencia puede reducir el riesgo de suicidio en la población general, en grupos con riesgo elevado de suicidio y en individuos de alto riesgo. El desarrollo de la resiliencia en la población general puede reducir la incidencia de los trastornos relacionados con el estrés y, en consecuencia, el comportamiento suicida (Sher, 2019).

Situación en Canarias. Suicidio en edad infantojuvenil.

Si bien el suicidio en edad infantojuvenil es un hecho infrecuente, resulta especialmente trágico, y el objetivo debe ser la ausencia total de casos. En la siguiente tabla se muestra la serie temporal de suicidios en este grupo de edad y el porcentaje respecto al total en Canarias.

Canarias	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0-14 a.	1	1	0	1	0	1	1
15-19 a.	2	0	4	0	3	1	2
Total 0-19 a.	3	1	4	1	3	2	3
Total Canarias	157	183	160	156	142	189	185
Porcentaje	1,91%	0,55%	2,5%	0,64%	2,11%	1,06%	1,62%

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

Canarias	2014	2015	2016	2017	2018	2019
0-14 a.	1	1	1	0	0	0
15-19 a.	2	4	2	2	3	2
Total 0-19 a.	3	5	3	2	3	2
Total Canarias	178	190	183	200	193	197
Porcentaje	1,69%	2,63%	1,64%	1%	1,55%	1,02%

Fuente: ISTAC. Suicidios de residentes según sexos y grupos de edad por años. Canarias. Análisis de la Mortalidad / Series anuales. Municipios de Canarias. 1999-2019.

El análisis pormenorizado del suicidio en edad infantojuvenil se ha expuesto en la sección correspondiente al análisis epidemiológico y posibles factores causales.

Situación en Canarias. Acciones

Hasta la fecha, en Canarias no se ha desarrollado ningún programa de carácter autonómico dirigido a la prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas. Sin embargo, se han desarrollado diferentes acciones en nuestra Comunidad que pueden tener efectos beneficiosos en la salud mental en la población infantojuvenil, y por tanto, también podrían tener efectos positivos en la reducción del riesgo suicida. Entre tales iniciativas destacan:

- Los Círculos de la Vida Saludable. Además de los aspectos relativos a la salud física, incluye áreas como el consumo de alcohol, el control del estrés y el descanso.
- Manual de vida saludable para mediadores sociosanitarios, centrado en los Círculos de la Vida Saludable.
- Promoción de alimentación saludable, a través de diversas acciones.
- Publicación de Guías Didácticas. Entre estas, se incluye la Guía didáctica de trastornos del comportamiento.
- Programa ITES Plus de prevención del tabaquismo y del consumo de alcohol en los escolares de Enseñanza Secundaria Obligatoria.
- Integración en el currículo educativo de Educación Primaria, de la asignatura de Educación Emocional y para la Creatividad. Esta asignatura, que se imparte en todos los colegios de Canarias, es una materia obligatoria y evaluable, que tiene entre sus objetivos que los alumnos de 1º, 2º, 3º y 4º de Primaria aprendan a reconocer y expresar sus emociones, así como a regularlas, controlarlas y utilizarlas de manera productiva. La asignatura comprende tres bloques temáticos: la conciencia o alfabetización emocional (aprender a percibir, validar, aceptar o clasificar y comunicar las propias emociones y las de los demás), la regulación emocional (desarrollar la capacidad de manejar y modificar sus emociones de manera apropiada a los contextos y relaciones, así como aprender a gestionar los conflictos) y la creatividad (fomentar la autoconfianza en las propias capacidades creativas, así como estimular la sensibilidad a la realidad y la actitud favorable hacia lo novedoso).
- Lucha contra el acoso escolar. La Consejería de Educación ha desarrollado un Marco general de actuación ante un posible acoso escolar, un protocolo de actuación, una Guía para el profesorado, vías de contacto (telefónica y correo electrónico) y materiales para el profesorado, alumnado y familias, entre otras acciones.
- En el plano de la coordinación y colaboración en el seno de la Administración autonómica canaria se han formalizado diversos instrumentos, como un Convenio entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes, del Gobierno de Canarias, para la realización de actuacio-

nes conjuntas en relación al alumnado con patologías psíquicas (firmado a 2 de febrero de 2011 y estableciendo una vigencia indefinida), un acuerdo entre la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas sociales y Vivienda y la Consejería de Sanidad para la coordinación en materia de asistencia sanitaria a menores y jóvenes que se encuentren cumpliendo medidas judiciales impuestas por los Juzgados de Menores de Canarias (31 de julio de 2012) y un Protocolo general de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda del Gobierno de Canarias (2010), en el marco del Plan Integral del Menor, aprobado en el Parlamento de Canarias el 15 de abril de 1999.

- El mencionado convenio entre las Consejerías de Sanidad y Educación en relación al alumnado con patologías psíquicas establece, entre otros, aspectos relativos a:
 - La respuesta educativa para este alumnado, que viene determinada por las necesidades educativas derivadas de la evaluación psicopedagógica realizada por los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos de la Consejería de Educación.
 - La necesidad de una estrecha coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios y educativos, que facilite la identificación así como el tratamiento y seguimiento de cada caso.
 - La necesidad de una coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios y educativos para poder detectar cualquier patología psíquica susceptible de tratamiento y poder dar la respuesta educativa más adecuada a esta población.

Este convenio contiene nueve cláusulas, que incluyen su objeto, descripción de las actuaciones objeto del convenio, obligaciones de la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes y obligaciones de la Consejería de Sanidad, actuaciones conjuntas de las partes, financiación, comisión de seguimiento, efectos, duración y causas de resolución del Convenio y su naturaleza jurídica.

El papel de las instituciones educativas

Las instituciones educativas son entornos adecuados para el desarrollo de programas de prevención del suicidio. Dado que la mayoría de los adolescentes son estudiantes, las instituciones educativas son lugares idóneos en los que fomentar la búsqueda de ayuda y las conductas pro-sociales, que pueden durar toda la vida (Granello y Zyromski, 2018).

En una revisión sistemática reciente sobre estudios cualitativos acerca del papel de las instituciones educativas en las conductas suicidas en niños y adolescentes (Evans & Hurrell, 2016), se hallaron cinco temas clave:

1. Las conductas suicidas se consideran con frecuencia “invisibles” en el entorno educativo, lo que implica que no se prioricen en el currículum, a pesar de las necesidades expresadas por los estudiantes, que desean recibir información. Si bien los colegios reconocen que las conductas suicidas son un problema, al mismo tiempo tienden a situar el problema fuera, “en otros colegios, y en otros estudiantes”, lo que puede favorecer la no detección del problema. Esto, unido a la naturaleza “no visible” de muchas de estas conductas (salvo las más graves) conduce a que la prevalencia de las conductas suicidas sea considerablemente infraestimada por las plantillas de las instituciones educativas.
2. La falta de conocimiento, interpretación y manejo de las conductas suicidas, favorece que estas tiendan a enfocarse y catalogarse como “mala conducta”. Incluso puede llegarse a las represalias o castigos. Esto implica que el apoyo necesario no se proporcione, y que se favorezca la vergüenza.
3. Raramente existen sistemas articulados de apoyo enfocados a la prevención e intervención en las escuelas. Por ello, ante la existencia de conductas suicidas se produce habitualmente una escalada a instancias superiores, lo que contrasta con la necesidad de los estudiantes, que valoran la comunicación con los profesionales educativos sobre el tema, y ser escuchados. Si bien habitualmente buscan apoyo en familiares y amigos, más que en los profesores, no parece que existan problemas inherentes a la

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

condición de profesor para la búsqueda de ayuda, siempre que se dé una situación de intimidad, confidencialidad, y no se les catalogue como “búsqueda de atención”. Todo ello favorece que los estudiantes no busquen ayuda en el entorno educativo.

4. La ansiedad y el estrés asociado con el rendimiento escolar puede favorecer escaladas desde las autolesiones hasta el suicidio.
5. El acoso escolar puede favorecer la conducta suicida. Algunos adolescentes incluso pueden realizar conductas autolesivas como una forma de facilitar la aceptación en un grupo social.

Programas en el entorno educativo

Los programas de detección y prevención en el entorno educativo se han señalado como uno de los seis tipos de estrategias de prevención universales y selectivas existentes para la prevención del suicidio en niños y adolescentes (Siu, 2019).

La investigación disponible sobre educación acerca del suicidio, programas dirigidos a “guardianes” (*gatekeepers*) y los programas de screening no ha permitido aún establecer una estrategia global definida en cuanto a contenidos y formato. Sin embargo, los datos preliminares apuntan a efectos positivos, tanto en lo relativo a destrezas y predisposición a la ayuda por parte de los profesionales educativos, como en la reducción de suicidio (Granello y Zyromsi, 2018).

2. Programa específico de prevención

2.1. Encuadre

Un programa global de prevención de la conducta suicida dirigido a las instituciones educativas puede tener cuatro grandes áreas: i) coordinación entre Sanidad y Educación, ii) prevención, iii) intervención; iv) postvención.

A continuación se expone la síntesis del conocimiento científico y las recomendaciones para un programa *específico* de prevención. Este comprende básicamente el área de la prevención, e incluye aspectos de coordinación.

En una sección posterior, se exponen las recomendaciones para el establecimiento de un programa *global* de prevención; esto es, aquel que engloba las cuatro grandes áreas señaladas previamente.

2.2. Síntesis del conocimiento científico

Efectividad de los programas

La evaluación de la efectividad de los programas desarrollados en los entornos educativos es compleja. Además de las dificultades y limitaciones metodológicas, la heterogeneidad de los programas disponibles dificulta su evaluación global. Como limitaciones metodológicas, diversos estudios carecen de elementos clave como la significación estadística, el tamaño del efecto, la existencia de grupo control, aleatorización, o la evaluación de las conductas suicidas en sí mismas como variables de resultado (Robinson et al., 2013; Soto-Sanz et al., 2019). En cuanto a programas específicos, según recientes revisiones sistemáticas, no existe suficiente evidencia sobre la efectividad de programas como el SOS, Yellow Ribbon o SafeTALK (Wei et al., 2015; Kutcher et al., 2017). Aunque los hallazgos sustentan un beneficio en el conocimiento, actitudes, y búsqueda de ayuda, no existen hallazgos que sustenten una reducción en las tasas de suicidio (Cusimano y Sameem, 2011), si bien los datos preliminares apuntan a que esta reducción se puede producir (Granello y Zyromsi, 2018).

Ante la escasez de hallazgos que sustenten específicamente a un programa en particular, se ha señalado

que es posible que el ámbito que abarcan estos programas sea insuficiente para la amplitud que requiere la prevención del suicidio en el entorno educativo, por lo que quizás la combinación de programas pudiera ser más efectiva. Por otra parte, los programas que no se dirigen específicamente al suicidio, sino a reducir factores causales, podrían ser efectivos como programas de prevención del suicidio, pero este aspecto no ha sido suficientemente evaluado. En este sentido, la promoción de la salud mental es una parte esencial de cualquier estrategia de prevención del suicidio (Katz et al., 2013).

Los tipos de intervenciones más prometedoras parecen ser las actividades formativas de capacitación de guardianes (gatekeeper training) a los profesionales de las instituciones educativas, y de screenings de rutina sobre salud mental (Robinson et al., 2013).

Por otra parte, no existe aún una revisión global sobre la magnitud de las autolesiones y conducta suicida en niños de 5 a 11 años, ni sobre las intervenciones utilizadas en los colegios para este grupo de edad (Bem et al., 2017).

No iatrogenia

Un aspecto que ha suscitado debate ha sido la posibilidad de que el abordaje del tema de la conducta suicida pudiera producir un efecto iatrogénico. En otras palabras, que el hecho de hablar directamente sobre la conducta suicida (lo que puede incluir hablar sobre ideación suicida), pudiera conducir a un aumento de intentos de suicidio, ya sea por "normalizar" la conducta suicida, o porque aquellos estudiantes más vulnerables reaccionaran negativamente (Ross et al., 2017). Sin embargo, los hallazgos muestran efectividad de los programas de intervención (Ross et al., 2017). El ensayo multicéntrico *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE) desarrollado en Europa, ha mostrado la efectividad del programa *Youth Aware of Mental Health Programme* (YAM) en la reducción de intentos suicidas e ideación suicida grave en estudiantes adolescentes (Wasserman et al., 2015). Además, un ensayo controlado y aleatorizado centrado específicamente en hallar si el preguntar sobre ideación suicida o conducta suicida durante un programa de screening creaba malestar o aumentaba la ideación suicida entre estudiantes adolescentes, no halló evidencia de efecto iatrogénico (Gould et al., 2005). Otros autores tampoco hallan mayor riesgo suicida tras una revisión de la literatura científica, ni a partir de la experiencia desarrollada en el norte de Australia (Bridge et al., 2007). La mejor comprensión del suicidio, el desmentir determinados mitos, y la provisión de destrezas para afrontar las ideas suicidas, son aspectos que pueden ser beneficiosos. Por el contrario, una actitud de secreto en torno al tema puede perpetuar los sentimientos de vergüenza y culpa en quien tiene ideas de suicidio, favoreciendo el silencio y el aislamiento (Bridge et al., 2007).

Además de la visión en términos generales, conviene tener en consideración los aspectos específicos que caracterizan a un determinado programa. Así, en un estudio se halló un aumento de las conductas suicidas tras una intervención de postvención en la institución educativa. Tras su análisis, se concluyó que podía deberse a una glorificación e idealización de las muertes por suicidio. Tras la modificación de estos aspectos, se redujeron las conductas suicidas (Callahan, 1996).

Una reciente revisión concluye que los beneficios de los programas preventivos superan las consecuencias negativas no esperadas (Kuiper et al., 2018).

El enlace con los Servicios de Salud Mental

Un pilar básico es que los programas de prevención estén relacionados directamente con los recursos de Salud Mental en la comunidad. Un programa solo puede ser efectivo si existe una red adecuada de profesionales que atiendan al menor derivado con riesgo suicida (Heilbron et al., 2012).

La disponibilidad de apoyo para aquellos menores cuyo riesgo suicida pueda ser identificado a través de actividades preventivas es crucial para la factibilidad y sostenibilidad de los programas de prevención del

suicidio, especialmente cuando pueda producirse la identificación de un alto número de menores en riesgo (Heilbron et al., 2012). Es más, se ha resaltado la importancia de disponer de protocolos previamente al establecimiento de programas preventivos que puedan resultar en la identificación de menores con riesgo (Heilbron et al., 2012).

Efectividad. Elementos

Un programa ideal de prevención del suicidio es aquel que se desarrolla a largo plazo; aborda todos los factores de riesgo; implica a los menores, padres, profesionales y la comunidad; y proporciona buena accesibilidad a los Servicios de Salud Mental. Sin embargo, tal programa parece irrealizable, dados los recursos limitados (Balaguru et al., 2013).

Una aproximación pragmática a la efectividad de los programas es la evaluación de los elementos que contribuyen a la efectividad. En una revisión cualitativa de estos elementos (Balaguru et al., 2013) sobre programas dirigidos a estudiantes de 13 a 16 años, se señalaron los siguientes elementos como más destacados:

- Los programas psicoeducativos que buscan una mejora en la toma de conciencia son útiles para las plantillas y estudiantes que tienen deficiente conocimiento sobre el tema, aquellos que viven en áreas rurales y con escaso acceso a los Servicios de Salud Mental. Es importante que estas acciones incorporen los recursos donde buscar ayuda fuera de la institución educativa, y proporcionen confidencialidad.
- Las intervenciones de screening de trastornos mentales pueden ser una intervención efectiva en aquellas instituciones educativas en las que existen sistemas bien establecidos para el manejo de las situaciones de autolesiones y crisis. El screening de trastorno mental, asociado a la figura del gestor de casos en el entorno educativo es útil para los estudiantes identificados con alto riesgo.
- La prevención indicada es útil en instituciones educativas de áreas desfavorecidas con alta prevalencia de consumo de tóxicos, cuando existen programas de prevención del suicidio.
- Es importante que las intervenciones no se centren en las personas que tienen problemas de salud mental o antecedentes de conductas suicidas, ya que pueden sentirse expuestos, y favorece el abandono debido al estigma. El ofrecimiento de acceso confidencial a ayuda profesional fuera del horario escolar, o fuera de la institución educativa, es una medida que puede resultar útil.
- La psicoeducación de los padres y el fomento de su implicación puede aumentar la efectividad de todas las intervenciones.
- El establecimiento de enlaces claros entre la institución educativa con los Servicios de atención en crisis y Servicios de Salud Mental resulta básico para que las intervenciones puedan ser efectivas.

Otros estudios proporcionan información sobre la efectividad de programas centrados en determinadas áreas específicas. Así, se ha evaluado la efectividad de las intervenciones psicológicas y/o educativas para prevenir el desarrollo de depresión en niños y adolescentes, ya que esta es un importante factor de riesgo de conductas suicidas. Estas intervenciones parecen ser efectivas, si bien aún se dispone de pocos estudios con una metodología adecuada (Merry et al., 2012).

Promoción de una buena salud mental

Además de aquellas intervenciones que tienen como enfoque una aproximación más o menos directa a la conducta suicida y/o a factores de riesgo de especial relevancia, es necesario contemplar también la perspectiva de la potenciación de los factores protectores y búsqueda de una buena salud mental. Sin embargo, aún no se ha establecido con consenso qué elementos constituyen la buena salud mental. Una reciente revisión, cuyo objetivo era abordar esta laguna de conocimiento, con especial foco en los jóvenes, ha

concluido que la salud mental está conformada por los siguientes dominios clave (Fusar-Poli et al., 2020):

1. Conocimiento sobre la salud mental
2. Actitud hacia los trastornos mentales
3. Auto percepciones y valores
4. Destrezas cognitivas
5. Rendimiento académico / ocupacional
6. Emociones
7. Conductas
8. Estrategias de autogestión
9. Habilidades sociales
10. Relaciones familiares y significativas
11. Salud física
12. Salud sexual
13. Sentido de la vida
14. Calidad de vida

Los programas que tratan de crear resiliencia en los menores y en sus padres, así como fomentar relaciones saludables entre padres e hijos, parecen tener efectos beneficiosos y duraderos en la ideación suicida y conducta suicida (Brent, 2016).

El Programa YAM

El programa YAM tiene como objetivo promover el conocimiento sobre la salud mental, los estilos de vida saludables y conductas saludables. Se implementa a partir de un manual, y se dirige, de forma universal, a todos los estudiantes de entre 14 y 16 años. Su duración es de 5 horas, repartidas a lo largo de 3 semanas. Incluye dos charlas interactivas de una hora sobre salud mental; tres horas de sesiones de role-playing sobre dilemas de la vida, estrés y situaciones de crisis, depresión y suicidio; seis pósteres educativos que se muestran en las aulas; y un libreto de 32 páginas que los estudiantes pueden llevar a casa (Ahern et al., 2018). La persona instructora procura un entorno seguro y guía a los estudiantes a lo largo de los temas, al tiempo que les invita a verbalizar sus opiniones y experiencias. Ofrece la posibilidad de reflexionar sobre diferentes formas de actuación respecto a las previas. No dice a los estudiantes cómo resolver sus problemas. En su lugar, la esencia es la reflexión, acerca de cómo cuidar de sí mismos y de sus compañeros, mediante formas alternativas de actuación, de perspectivas y experiencias (Wasserman et al., 2018).

Aborda seis áreas principales:

1. ¿Qué es la salud mental?
2. Consejos para la autoayuda
3. Estrés y crisis
4. Depresión e ideas suicidas
5. Ayuda a un amigo que lo necesita
6. ¿A quién puedo pedir consejo o ayuda?

Programas de prevención. Tipos, modalidad y etapas

En la literatura científica se pueden identificar los siguientes tipos de programas de prevención en instituciones educativas (Anderson, 2004; Granello y Zyromski, 2018):

1. Formación curricular sobre suicidio
2. Formación para la capacitación de guardianes (gatekeeper training), dirigida a las plantillas de las

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

instituciones educativas, a padres o a los propios estudiantes

3. Programas de screening en instituciones educativas
4. Fortalecimiento de factores protectores

La modalidad de la formación dependerá del método de intervención y otros factores relevantes.

Existen pocos programas sobre la prevención de la conducta suicida en instituciones educativas, que tengan un enfoque global y estén basados en el conocimiento científico (Granello y Zyromski, 2018). Para su concepción e implementación, se ha propuesto un desarrollo por etapas (Anderson, 2004; Granello y Zyromski, 2018):

1. Obtener apoyo de la Administración
2. Determinar el contenido que se incluirá en la formación
3. Decidir qué profesionales recibirán la formación y cómo será desarrollada
4. Elegir el método de intervención
5. Obtención de datos. Evaluación del programa.

Capacitación de guardianes (*gatekeeper training*)

La capacitación de guardianes suele realizarse fuera de la institución educativa, y se dirige a personas que pueden identificar a estudiantes con riesgo suicida, como profesores, plantilla de la institución educativa, padres, y los propios estudiantes. La formación puede realizarse con una duración de entre 90 y 120 minutos. Sus objetivos son (Granello y Zyromski, 2018):

1. Favorecer la toma de conciencia sobre los factores de riesgo y signos de alarma de la persona en riesgo.
2. Proporcionar conocimientos y el desarrollo de destrezas para realizar una conversación con una persona en riesgo.
3. Favorecer en los asistentes un sentimiento de autoeficacia y confianza; y empoderarles para pedir ayuda y no tener miedo de interactuar con una persona potencialmente en riesgo, con el propósito de que pidan asistencia a los recursos de Salud Mental existentes.

Contenidos potenciales

Los contenidos principales que deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar las intervenciones incluyen diversos temas. De entre estos, deberán seleccionarse en función de los objetivos, el perfil de los asistentes, y el tiempo disponible, entre otros aspectos. Los temas incluyen (Granello y Zyromski, 2018):

- *Formación sobre salud mental.* Expresión saludable de las emociones, tolerancia a la frustración y malestar, reducción del estigma, y cómo buscar ayuda. Comenzar con este tema puede ser especialmente apropiado para niños, en lugar de comenzar con la formación sobre la conducta suicida, que puede ser más adecuado para estudiantes de secundaria y bachillerato.

Es importante abordar el tema del estigma, tanto en estudiantes como en profesores. Una de las principales barreras halladas para la búsqueda de ayuda es el estigma asociado a la salud mental y a los Servicios de Salud Mental.

- *Epidemiología.* Alcance y naturaleza del fenómeno en nuestro entorno. Incluye las tasas de suicidio en poblaciones específicas. Pueden incluirse tasas de suicidio, intentos de suicidio e ideación suicida. Se trata de una información general, que puede ayudar a comprender su alcance como problema de salud pública.

- *Factores de riesgo suicida.* El objetivo es transmitir que el suicidio es un fenómeno complejo y único, más que la amplia relación de factores en sí misma. La búsqueda de signos de alarma puede ser mejor que la búsqueda de factores de riesgo específicos.
- *Signos de alarma.* Además de los signos de alarma establecidos, otros pueden ser específicos de cada persona. Cuando se identifican, deben ser tomados con seriedad, y no ser considerados como algo pasajero, o como una “mala conducta”.
- *Conectar con el estudiante.* Dado que habitualmente los profesores y otros profesionales del sector educativo carecen de formación en salud mental, pueden temer la interacción con un estudiante triste o afligido. Es importante desmontar los posibles mitos, e incluir recomendaciones y técnicas sobre cómo conectar de forma empática con un estudiante que pueda estar en riesgo. Para esto pueden ser útiles los ejemplos de diálogos, o ejercicios tipo role-playing.
- *Preguntar sobre el suicidio.* Suele considerarse como algo incómodo. Los asistentes deben recibir información sobre cómo preguntar sobre este tema, de forma directa y en el contexto adecuado.
- *Derivación y coordinación con Salud Mental.* La adecuada coordinación con Salud Mental es esencial antes de desarrollar cualquier programa de prevención en instituciones educativas, especialmente si se realizan screenings. Por su parte, es importante que los asistentes conozcan los recursos disponibles en la Comunidad, tanto para recomendar la asistencia, como para uso propio en caso necesario.

Alcance de la formación

Debe determinarse qué profesionales recibirán la formación. Lo deseable es que incluya a toda la comunidad educativa (si bien los profesores son el colectivo principal) bajo el mensaje de que la prevención es un asunto de todos. La información y formación a profesionales de la Administración permite concienciarles sobre el problema, y les ayuda a tomar decisiones sobre los estudiantes identificados como “en riesgo”.

La implicación de los padres también es importante. Estos pueden ser informados sobre la formación en salud mental integrada en el currículum formativo, o sobre una formación específica que se realice. Otra alternativa es la realización de formación en la que se incluya a los profesionales educativos y a los padres.

El foco principal, sin embargo, deben ser los estudiantes. Debe fomentarse una cultura de pedir ayuda o ayudar a otros en caso necesario.

Formación en la institución educativa: estudiantes, profesorado y padres

Si bien el suicidio es más un problema de salud mental que del entorno educativo, también implica a este. Los profesionales de las instituciones educativas tienen la responsabilidad de conocer los signos de alarma, los procedimientos oportunos, y de seguirlos, en caso de que un estudiante muestre intención de realizar conductas suicidas (Anderson, 2004). Resulta recomendable que la información sobre el suicidio que se proporcione a los profesores sea la misma que la que se proporcione a los estudiantes.

La formación dirigida a los estudiantes debe proporcionar la oportunidad de realizar preguntas (Anderson, 2004). Si bien se debe señalar la relación entre trastornos mentales y conductas suicidas, también debe transmitirse que el padecer cualquier trastorno mental, como la depresión, no implica necesariamente que vayan a presentarse conductas suicidas (Anderson, 2004).

La información proporcionada a los estudiantes puede facilitar la detección de síntomas depresivos en ellos mismos o en compañeros, o de señales de alarma de riesgo suicida, y puede favorecer que revelen sus sentimientos a un adulto de confianza, tal como se ha promovido. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de la institución educativa sepan qué hacer si un estudiante les pide ayuda (Anderson, 2004).

Además, es importante que quede claramente establecida la cadena de mando, de tal forma que los profesionales sepan con quién contactar en caso de producirse esta eventualidad (Anderson, 2004). Como complemento a este aspecto, es fundamental que antes de este tipo de intervenciones formativas, esté bien establecido el procedimiento de derivación y la atención que recibirán los estudiantes que se detecten en riesgo (Anderson, 2004).

De realizarse formación dirigida a estudiantes, los padres deberían ser informados de la intervención, su fundamento, y los componentes de esta. Debe proporcionárseles la misma información que se dará a los estudiantes, y darles la oportunidad de realizar preguntas, sugerencias, o excluir a su hijo de tal intervención (Anderson, 2004).

Presentación dirigida a los estudiantes

En cuanto al enfoque de la formación dirigida a estudiantes, su principio subyacente es que la información es poder, y que, una vez informados, los estudiantes están en mejores condiciones para ayudar a un compañero, o para manejar su propio estado emocional (Anderson, 2004).

Los objetivos incluyen: i) proporcionar a los estudiantes una visión clara y realista de la conducta suicida; ii) proporcionar conocimientos para identificar patrones de peligro en ellos mismos o en otros; y iii) familiarizarse con los recursos asistenciales y de apoyo disponibles (Anderson, 2004).

Es importante proporcionar la oportunidad de hablar sobre el tema y poder valorar así los sentimientos e ideas al respecto. Los estudiantes pueden tener visiones erróneas o idealizadas, que pueden ser entonces abordadas mediante una información precisa.

Un mensaje fundamental es que ante sentimientos de depresión o ideas de suicidio, debe buscarse ayuda; inicialmente en un adulto de confianza, que pueda ayudarle a decidir sobre los pasos necesarios para obtener la ayuda adecuada (Anderson, 2004).

Una presentación que cubra las necesidades expuestas puede llevar un total de tres horas, preferiblemente distribuidas en dos días, y es recomendable que los grupos no superen los 25-30 estudiantes (Anderson, 2004).

Desarrollo e implementación del programa. Etapas y acciones

Granello y Zyromski (2018) han ofrecido una lista de los componentes y las acciones necesarias para el desarrollo e implementación de un programa de prevención del suicidio en instituciones educativas. Si bien tienen relación con el sistema educativo y sanitario propio de EEUU, pueden resultar de utilidad como referencia. Son los siguientes:

1. Recogida de datos

- Obtener retroalimentación de los profesores acerca de las necesidades de salud mental de sus estudiantes.
- Asegurarse de que los temas de salud mental son incluidos en las evaluaciones anuales, y analizar los resultados sobre las preocupaciones de los estudiantes.
- Enviar un cuestionario dirigido a los padres en el que se explique la importancia de la evaluación y prevención, y se solicite la comunicación de preocupaciones que puedan tener los padres sobre problemas emocionales o conductuales en el hogar.

2. Obtención de apoyo de instituciones implicadas

- Dialogar sobre los datos, las necesidades, y programas de prevención que podrían desarrollarse.
- Planificar un encuentro con responsables de las instituciones educativas y profesores.
- Presentar datos que indiquen la necesidad de desarrollar un programa, y los resultados de los cuestionarios de los padres, estudiantes y profesores.

- Sugerir diferentes tipos de intervenciones.
 - Crear un plan de acción que incluya los componentes que se integrarán.
 - Asegurarse de que los profesionales clave de las instituciones educativas tengan una posible participación en el plan de acción y en la determinación de los siguientes pasos.
 - Realizar una tormenta de ideas para establecer los contenidos del programa, teniendo en consideración los recursos existentes.
3. Establecer el contenido de la información y formación
- Elegir los contenidos.
 - Organizar los recursos sobre cada tema.
 - Decidir quién va a recibir la formación (dirección de las instituciones educativas, profesores, plantilla, estudiantes, padres).
 - Decidir cómo se va a desarrollar la formación (p.ej: la totalidad de la institución educativa de una vez, poblaciones de riesgo, seguimiento).
 - Crear estrategias de evaluación para medir la efectividad de la formación.
4. Método de intervención
- Elegir el formato de la intervención (formación integrada en el currículo, capacitación de guardianes, programa de prevención del suicidio).
5. Plan de evaluación
- Identificar variables para incluir en los periodos pre- y post-intervención.
 - Considerar aspectos específicos importantes para la población objeto de la formación (p. ej. grado de confianza de la plantilla para evaluar el riesgo suicida)
 - Considerar la posibilidad de evaluar asociaciones entre variables (p. ej., diversidad, tamaño de la institución educativa, pobreza) con las variables de resultado.
 - Crear una estrategia para la evaluación de los datos, incluyendo el seguimiento de posibles cambios conductuales en los estudiantes en riesgo, o el número de estudiantes derivados a los Servicios de Salud Mental.

Evaluación del programa

La evaluación puede realizarse a múltiples niveles. Hay aspectos para los cuales debe realizarse una evaluación previa y posterior a la intervención. Por ejemplo, puede evaluarse el grado del conocimiento del profesorado sobre el suicidio, o el grado de confianza para evaluar el riesgo de suicidio. La evaluación debería incluir aspectos relacionados con el seguimiento de los estudiantes en riesgo, o el número de estudiantes derivados a los Servicios de Salud Mental (Granello y Zyromski, 2018).

Recomendaciones en la literatura científica

En una reciente revisión, Surgenor et al. (2016) han establecido diez recomendaciones, con base a la literatura científica y a problemas encontrados en experiencias previas, para la elaboración de programas de prevención del suicidio dirigidos a estudiantes adolescentes:

1. Emplee estrategias a largo plazo. Los adolescentes deben tener tiempo para reflexionar sobre los contenidos recibidos y aplicarlos a sus propias experiencias. Por ello se recomienda que las acciones formativas se desarrollen en un mínimo de cuatro sesiones. Los programas de muy corta duración no se han mostrado efectivos para reducir el suicidio.
2. Tenga en cuenta los factores contextuales y la modalidad de formación. Una charla informativa en una única sesión por un profesional no especialista no tendrá el mismo efecto que sesiones de grupos interactivos dirigidos por un profesional especialista.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

3. Defina con claridad y precisión los resultados intermedios.
4. La fase preparatoria es esencial. En esta fase se puede facilitar la toma de conciencia de la importancia del tema, identificar dificultades, asegurarse de que los profesionales responsables están al corriente de los protocolos existentes, clarificar los objetivos, o resaltar la importancia de la formación.
5. El diseño y su implementación deben ser flexibles, y considerar el potencial de acomodarse a los problemas que puedan surgir. Esta flexibilidad permite la adopción de estrategias alternativas para adaptarse a circunstancias particulares.
6. Utilice moderadores externos, en lugar de la plantilla. Siempre que sea posible, los programas de intervención deberían ser desarrollados por profesionales externos o especialistas.
7. No sea restrictivo. Se recomienda incluir un amplio rango de factores y áreas.
8. No sobredimensione la importancia de los factores de riesgo. Es pertinente su conocimiento, pero resulta de mayor importancia el fortalecimiento de factores protectores, como la resiliencia.
9. La implementación debería ser variada, interactiva, y que fomente la implicación.
10. Reevalúe los resultados del programa con regularidad.

2.3. Recomendaciones

Grupo de trabajo

La elaboración del programa específico de prevención debería corresponder a un grupo de trabajo multidisciplinar que incluya a profesionales de Sanidad y Educación. Específicamente, debería contar, al menos, con profesionales del Servicio de Salud Mental de la DGPPAA; del Servicio de Promoción de la Salud de la DG de Salud Pública; de la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes; profesionales asistenciales de Salud Mental infanto-juvenil.

Fases de la elaboración

1. Obtener apoyo de las Administraciones implicadas.
2. Constituir el grupo de trabajo.
3. Valorar la situación actual: necesidades de los estudiantes, intervenciones que se realizan, recursos disponibles, etc.
4. Determinar qué tipos de intervención se incluirán en el programa y qué rango de edad abarcará.
5. Determinar las características de cada una de las intervenciones: alcance, metodología, etc.
6. Determinar cómo se evaluará la efectividad del programa. Establecer la obtención de datos e indicadores.
7. Establecer los mecanismos de coordinación interinstitucional durante el desarrollo del programa, tanto de modo general como en el caso de contingencias.

Alcance

- Parece recomendable que las intervenciones abarquen a todos los estudiantes y no se restrinjan a quienes tienen problemas de salud mental o antecedentes de conductas suicidas.

Requisito básico: enlace con Servicios de Salud Mental

- Dado que las acciones preventivas en el entorno educativo pueden conducir a un aumento en la detección de casos de riesgo suicida, estas deben estar precedidas por el establecimiento de mecanismos articulados de evaluación e intervención (protocolo), y de vías y recursos adecuados para atender las necesidades de los menores que sean identificados.
- Debe informarse sobre las fórmulas de asistencia a los estudiantes que requieran evaluación y ayuda.

Esta información debe proporcionarse:

1. A las instituciones educativas, acerca del protocolo de actuación ante la identificación de riesgo suicida, de forma articulada y en coordinación con los Servicios Sanitarios y de Salud Mental.
2. Directamente al estudiante, sobre la posibilidad de acceso confidencial a ayuda profesional fuera del horario escolar, o fuera de la institución educativa. La información debe incluir los recursos disponibles y las fórmulas para el acceso a estos.

Es importante que los asistentes conozcan los recursos disponibles en la Comunidad, tanto para recomendar la asistencia, como para uso propio en caso necesario.

No iatrogenia

• Dado que pueden ser habituales los temores relativos a abordar el tema del suicidio con los estudiantes, así como una serie de prejuicios, resulta recomendable transmitir la no iatrogenia de las intervenciones, aportando la información necesaria de forma clara y concisa, basada en el conocimiento científico. Esta información puede ser útil para los profesionales de Educación, los profesionales de las instituciones educativas y los padres.

Elementos constitutivos – Tipos de intervención

- Dado que no existen hallazgos concluyentes sobre qué tipos de intervenciones son más efectivas, y dado que el tipo de intervenciones depende de múltiples factores (recursos estructurales, profesionales, tiempo disponible, etc), las intervenciones constitutivas del programa serán determinadas por un grupo multidisciplinar de profesionales de Sanidad y Educación, atendiendo al conocimiento científico disponible, juicio profesional, así como a diversas características y particularidades de Canarias.
- Sin perjuicio de las decisiones que se tomen al respecto, en este documento planificador se exponen recomendaciones derivadas del conocimiento científico actual. Además, estas recomendaciones pueden ser especialmente útiles a la hora de definir las características de las intervenciones que se desarrollarán.
- Las recomendaciones establecidas por Surgenor et al. (2016), descritas previamente, deben ser tenidas en consideración a la hora de elaborar el programa.
- De modo general, las intervenciones posibles y descritas en la literatura científica incluyen:
 - Intervenciones psicoeducativas (restringidas al suicidio, o con alcance más global) dirigidas a estudiantes.
 - Intervenciones psicoeducativas (restringidas al suicidio, o con alcance más global) dirigidas a padres, y fomento de su implicación.
 - Formación dirigida a las plantillas de las instituciones educativas, como capacitación de guardianes (gatekeeper training). Constituye una de las intervenciones más evaluadas, con resultados positivos.
 - Formación curricular sobre suicidio.
 - Screening de trastornos mentales.
 - Intervenciones dirigidas al fortalecimiento de factores protectores y/o a la reducción de factores de riesgo.
 - Intervenciones de prevención de depresión.
 - Intervenciones de prevención indicada en grupos de riesgo.

Formación. Aspectos generales

- Debe determinarse quién recibirá la formación: plantilla de las instituciones educativas, docentes, estudiantes, padres. Los estudiantes deben ser el foco principal. Lo deseable es que incluya a toda la comu-

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

nidad educativa (si bien los profesores son el colectivo principal) bajo el mensaje de que la prevención es un asunto de todos.

- En lo relativo a las intervenciones de formación dirigidas a los estudiantes y a los padres, parece recomendable que la intervención no se restrinja únicamente al suicidio, sino que abarque también la promoción de la salud mental, siempre que resulte factible por el tiempo disponible.
- Resulta recomendable que la información sobre el suicidio que se proporcione a los profesores sea la misma que la que se proporcione a los estudiantes.
- Como elementos clave propios de esta promoción de la salud mental, se recomienda valorar para su inclusión: las seis áreas incluidas en el programa YAM (descritas previamente), la potenciación de los factores protectores, la resiliencia y el fomento de relaciones saludables entre padres e hijos.
- Los contenidos de la formación dependerán de los objetivos, el perfil de los asistentes, y el tiempo disponible, entre otros aspectos. Los contenidos pueden incluir: i) formación sobre salud mental, ii) epidemiología, iii) factores de riesgo suicida, iv) signos de alarma, v) conectar con el estudiante, vi) preguntar sobre el suicidio, vii) derivación y coordinación con Salud Mental.

Formación. Capacitación de guardianes

- La capacitación de guardianes (gatekeeper training), como aquella dirigida a personas que pueden identificar a estudiantes con riesgo suicida, incluye a los equipos psicopedagógicos, profesores, plantilla de la institución educativa, padres, y a los propios estudiantes. Esta debe tener, como objetivos básicos:
 1. Favorecer la toma de conciencia sobre los factores de riesgo y signos de alarma de la persona en riesgo.
 2. Proporcionar conocimientos y el desarrollo de destrezas para realizar una conversación con una persona en riesgo.
 3. Favorecer en los asistentes un sentimiento de autoeficacia y confianza; y empoderarles para pedir ayuda y no tener miedo de interactuar con una persona potencialmente en riesgo, con el propósito de que pidan asistencia a los recursos de Salud Mental existentes.

Formación dirigida a estudiantes

- La formación debe proporcionar la oportunidad de realizar preguntas y dialogar sobre el tema.
- Si bien se debe señalar la relación entre trastornos mentales y conductas suicidas, también debe transmitirse que el padecer cualquier trastorno mental, como la depresión, no implica necesariamente que vayan a presentarse conductas suicidas.
- Los objetivos básicos incluyen: i) proporcionar a los estudiantes una visión clara y realista de la conducta suicida; ii) proporcionar conocimientos para identificar patrones de peligro en ellos mismos o en otros; iii) fomentar la búsqueda de ayuda ante sentimientos de depresión o ideas de suicidio; iv) familiarizarse con los recursos asistenciales y de apoyo disponibles.
- Los padres deberían ser informados de la intervención, su fundamento, y los componentes de esta. Debe dárseles la oportunidad de realizar preguntas, sugerencias, o excluir a su hijo de tal intervención.
- En principio, una presentación que cubra las necesidades expuestas puede llevar entre tres y cuatro horas, preferiblemente distribuidas en dos días, y es recomendable que los grupos no superen los 25-30 estudiantes.

Evaluación del programa

- Se recomienda la inclusión de: i) indicadores de proceso, de resultados intermedios y de resultados, ii) indicadores relativos a las derivaciones a los Servicios de Salud Mental.

- Se recomienda valorar la posibilidad de realizar análisis de asociaciones de las variables de resultado con otras variables disponibles.

Otras áreas de intervención

- La continuidad y mejoras progresivas en lo concerniente a la asignatura de Educación Emocional y para la Creatividad, se estiman de importancia para contribuir a un sano desarrollo emocional de la población infantil. Presumiblemente esto redundará en una mejor calidad de vida y menor riesgo de desarrollo de problemas de salud mental.
- La continuidad y mejoras progresivas en la lucha contra el acoso escolar se estiman de importancia, ya que tienen el potencial de mejorar la calidad de vida, reducir el riesgo de desarrollo de problemas de salud mental, y reducir el riesgo de suicidio.

3. Programa de prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas

3.1. Encuadre

En esta sección se incluyen las recomendaciones para el establecimiento de un programa global de prevención. Esto es, aquel que incluye las cuatro grandes áreas de coordinación entre Sanidad y Educación, prevención, intervención y postvención.

3.2. Objetivos

Objetivo general

Reducir la tasa de suicidio, intentos de suicidio y autolesiones en población infantojuvenil en instituciones educativas, mediante mejoras en las actuaciones sobre esta población, detección precoz, coordinación, atención y seguimiento.

Objetivos intermedios

1. Desarrollar intervenciones integrales, articuladas y coordinadas entre Educación y Sanidad, homogéneas en Canarias.
2. Mejorar la identificación de los menores en situación de riesgo suicida en el entorno educativo, tanto en términos cuantitativos como en cuanto a su detección precoz.
3. Reducir los factores de riesgo potencialmente modificables en el entorno educativo.
4. Mejorar los factores protectores potencialmente modificables en el entorno educativo.
5. Favorecer el diagnóstico precoz de los trastornos mentales.
6. Mejorar la psicopatología existente, la calidad de vida y el bienestar.

3.3. Enfoque

El programa debería englobar todos aquellos objetivos y acciones estimadas como necesarias para la prevención de las conductas suicidas en estudiantes. Por lo tanto, abarcaría las siguientes áreas:

- I. Coordinación entre Sanidad y Educación
- II. Prevención
- III. Intervención
- IV. Postvención

3.4. Áreas

I. Coordinación

El programa debe establecer las bases y los modos de coordinación en los siguientes niveles: i) institucional entre Consejerías; ii) acciones preventivas; iii) intervenciones en situaciones de riesgo; iv) postvención; v) estudiantes en seguimiento en la Red de Salud Mental.

Se recomienda que la coordinación institucional entre Consejerías se desarrolle de forma independiente, y que el resto de niveles de coordinación se desarrollen de forma integrada en cada una de sus áreas correspondientes.

II. Prevención. Programa específico de prevención.

Las acciones de prevención se desarrollarán en el contexto del Programa específico de prevención de la conducta suicida, cuyas recomendaciones se han expuesto previamente en esta Acción.

III. Intervención. Protocolo

La intervención estará regulada por el protocolo de intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios. Las características y recomendaciones sobre este están expuestas en la Actividad específica correspondiente (Actividad 3.7. Elaboración de un protocolo de intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios).

IV. Postvención

Las acciones de postvención en estudiantes se enmarcan en las acciones de postvención dirigidas a la población, descritas en la Actividad específica correspondiente (Actividad 3.5. Desarrollar actividades específicas para la atención a los familiares y allegados de personas que se han suicidado). Se realizarán las adaptaciones que se consideren necesarias, en el marco de las recomendaciones establecidas en tal actividad.

3.5. Evaluación del programa

Se recomienda realizar una evaluación del programa a partir de indicadores de resultado, de estructura y de proceso.

En cuanto a los indicadores de resultado, debe tenerse en cuenta la recomendación de incluir indicadores que reflejen el grado de consecución de los objetivos intermedios. Dado que el suicidio es un fenómeno infrecuente, y que los efectos positivos de las acciones pueden observarse a medio y largo plazo, se recomienda la utilización de objetivos intermedios, así como de indicadores para su evaluación (WHO, 2018).

En cuanto a los objetivos intermedios, se recomienda tomar como referencia los elementos recientemente definidos como constitutivos de la buena salud mental (Fusar-Poli et al., 2020). Además, la evaluación de la calidad de la implementación de las acciones a través de los resultados intermedios y su impacto en la medida principal de resultado, puede indicar qué aspectos del Programa tienen el mayor impacto sobre el suicidio e intentos de suicidio, y qué aspectos requieren mejoras (WHO, 2018).

La evaluación de los objetivos intermedios puede requerir la utilización de instrumentos psicométricos, o bien el desarrollo de instrumentos específicos, de no existir instrumentos para la evaluación de tal aspecto.

Los indicadores deben ser medibles con los sistemas de información existentes. Puede ser necesaria la adaptación de los sistemas de información disponibles, o bien el desarrollo de un sistema de recogida de información específico en el contexto de los sistemas de información existentes.

Cada indicador debería tener especificación de los siguientes aspectos:

- Fórmula
- Fuentes de información
- Periodicidad
- Ámbitos
- Responsables

3.6. Dependencia funcional y elaboración

El programa estará coordinado por las Consejerías de Sanidad y de Educación, Universidades, Cultura y Deportes. Debe elaborarse por un equipo multidisciplinar de profesionales de ambas Consejerías, con experiencia en las áreas que abarca.

Los procedimientos básicos para su elaboración incluyen:

1. Acuerdo entre ambas Consejerías
2. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales.
3. Elaboración del programa. El programa debe tomar como base lo establecido en este *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias*, sin perjuicio de las posibles modificaciones y/o adaptaciones que se estimen justificadas.
4. Implementación parcial - Pilotaje. Se recomienda valorar la conveniencia de realizar un pilotaje inicial de la implementación de las diferentes áreas de las que se compone el programa.
5. Implementación global.

4. Indicadores

- Realización del Programa de prevención de conductas suicidas en las instituciones educativas (Sí / No).

No se incluyen indicadores relativos a la consecución de las acciones contenidas en tal programa, ya que corresponden a la evaluación de este.

5. Dificultades potenciales

• Dificultades derivadas de la necesidad de coordinación interinstitucional

La coordinación tendrá mayores probabilidades de éxito si se establece en el contexto de un acuerdo entre las Direcciones de cada Administración implicada, y mediante la designación de profesionales de referencia en cada Administración.

• Coste económico

La elaboración del Programa, de forma consensuada y coordinada entre la DGPPAA y la DGSP, conlleva unos costes iniciales vinculados al diseño y elaboración de los materiales preventivos.

• Modalidad y alcance de la formación

Deben evaluarse cuidadosamente los pros y los contras de las diferentes modalidades de formación, teniendo en cuenta especialmente la capacidad de alcance (p. ej., mayor en la modalidad online), la idoneidad de cada modalidad en función de las características y necesidades de la actividad formativa, y el coste. En principio, la formación del profesorado que implementará de manera transversal el programa

preventivo se hará a través de los Centros del Profesorado (CEPs), distribuidos por Canarias. Asimismo, si la pandemia por SARS-CoV-2 lo requiriera, se consideraría la formación online.

6. Responsable

• Coordinación institucional

- Consejería de Sanidad: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública.
- Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes

• Designación de profesionales de referencia en la coordinación

- Jefatura del Servicio de Salud Mental, de la DGPPAA. Designación de profesionales de Salud Mental infanto-juvenil.
- Jefatura del Servicio de Salud Pública, de la DGSP.
- Consejería de Educación

Bibliografía

Ahern, S., Burke, L.-A., McElroy, B., Corcoran, P., McMahon, E.M., Keeley, H., Carli, V., Wasserman, C., Hoven, C.W., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Banzer, R., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Haring, C., Kaess, M., Kahn, J.-P., Keresztesy, A., Postuvan, V., Sáiz, P.A., Varnik, P. and Wasserman, D. (2018). A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, [online] 27(10), pp.1295–1304. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-018-1120-5>

Anderson, M. J. (2004). Developing a Teen Suicide Prevention Program in the Schools. *Journal of School Counseling*, 2(3), n3.

Balaguru, V., Sharma, J. and Waheed, W. (2013). Understanding the effectiveness of school-based interventions to prevent suicide: a realist review. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), pp.131–139.

Bem, D., Connor, C., Palmer, C., Channa, S. and Birchwood, M. (2017). Frequency and preventative interventions for non-suicidal self-injury and suicidal behaviour in primary school-age children: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 7(7), p.e017291.

Brent, D. (2016). Prevention Programs to Augment Family and Child Resilience Can Have Lasting Effects on Suicidal Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46, pp.S39–S47.

Bridge, S., Hanssens, L. and Santhanam, R. (2007). Dealing with Suicidal Thoughts in Schools: Information and Education Directed at Secondary Schools. *Australasian Psychiatry*, 15(1 suppl), pp.S58–S62.

Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, [online] 59(1), pp.20–28. Available at: <http://www.public.asu.edu/~iacmao/PGS191/Resilience%20Reading%20%231A.pdf>

Bonanno, G.A., Papa, A. and O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, 10(3), pp.193–206.

Brent, D. (2016). Prevention Programs to Augment Family and Child Resilience Can Have Lasting Effects on Suicidal Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46, pp.S39–S47.

- Callahan J. (1996). Negative effects of a school suicide postvention program—a case example. *Crisis*, 17(3), pp.108–115.
- Cusimano, M.D. and Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Injury Prevention*, 17(1), pp.43–49.
- Evans, R. and Hurrell, C. (2016). The role of schools in children and young people’s self-harm and suicide: systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health*, 16(1).
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D.H., Correll, C.U., Kessing, L.V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C. and van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, [online] 31, pp.33–46.
- Gobierno Vasco (2019). Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi. [online] Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf.
- Gould, M.S., Marrocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J. and Davies, M. (2005). Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs. *JAMA*, 293(13), p.1635.
- Granello, P.F. and Zyromski, B. (2018). Developing a Comprehensive School Suicide Prevention Program. *Professional School Counseling*, 22(1), p.2156759X1880812.
- Heilbron, N., Goldston, D., Walrath, C., Rodi, M. and McKeon, R. (2012). Suicide Risk Protocols: Addressing the Needs of High Risk Youths Identified through Suicide Prevention Efforts and in Clinical Settings. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(2), pp.150–160.
- Katz, C., Bolton, S.L., Katz, L.Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. (2013). *Depression and Anxiety*, 30(10), pp.1030–1045.
- Kuiper, N., Goldston, D., Godoy Garraza, L., Walrath, C., Gould, M. and McKeon, R. (2018). Examining the Unanticipated Adverse Consequences of Youth Suicide Prevention Strategies: A Literature Review with Recommendations for Prevention Programs. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(4), pp.952–965.
- Kutcher, S., Wei, Y. and Behzadi, P. (2016). School- and Community-Based Youth Suicide Prevention Interventions: Hot Idea, Hot Air, or Sham? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(6), pp.381–387.
- McLoughlin, A.B., Gould, M.S. and Malone, K.M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003–2014. *QJM*, 108(10), pp.765–780.
- Merry, S.N., Hetrick, S.E., Cox, G.R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J.J. and McDowell, H. (2012). Cochrane Review: Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(5), pp.1409–1685.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2018). Día Mundial de la Salud Mental 2018 [online]. Available at: https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/es/
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2020). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20adolescencia,10%20y%20los%2019%20a%C3%B1os.
- Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3) pp. 125-32.
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K. and O’Brien, M. (2013). A Systematic Review of School-Based Interventions Aimed at Preventing, Treating, and Responding to Suicide-Rela-

- ted Behavior in Young People. *Crisis*, 34(3), pp.164–182.
- Ross, V., Kőlves, K. and De Leo, D. (2017). Teachers' Perspectives on Preventing Suicide in Children and Adolescents in Schools: A Qualitative Study. *Archives of Suicide Research*, 21(3), pp.519–530.
- Sheftall, A.H., Asti, L., Horowitz, L.M., Felts, A., Fontanella, C.A., Campo, J.V. and Bridge, J.A. (2016). Suicide in Elementary School-Aged Children and Early Adolescents. *PEDIATRICS*, 138(4), pp.e20160436–e20160436.
- Sher, L. (2019). Resilience as a focus of suicide research and prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(2), pp.169–180.
- Siu, A.M.H. (2019). Self-Harm and Suicide Among Children and Adolescents in Hong Kong: A Review of Prevalence, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Journal of Adolescent Health*, 64(6) pp. S59-S64.
- Soole, R., Kőlves, K. and De Leo, D. (2014). Suicide in Children: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 19(3), pp.285–304.
- Soto-Sanz, V., Ivorra-González, D., Alonso, J. Castellvi, P. Rodríguez Marín, J. & Piqueras, J. A. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, (online) 6 (3) pp. 62-75.
- Surgenor, P.W.G., Quinn, P. and Hughes, C. (2016). Ten Recommendations for Effective School-Based, Adolescent, Suicide Prevention Programs. *School Mental Health*, 8(4), pp.413–424.
- Wasserman, C., Hoven, C.W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabí, S., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Cosman, D., Farkas, L., Feldman, D., Fischer, G., Graber, N., Haring, C., Herta, D.C., Iosue, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., Klug, K., McCarthy, J., Tubiana-Potiez, A., Varnik, A., Varnik, P., Žiberna, J. and Poštuvan, V. (2012). Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12(1).
- Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., Musa, G.J., Nemes, B., Postuvan, V., Saiz, P., Reiter-Theil, S., Varnik, A., Varnik, P. and Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977) pp.1536–1544.
- Wasserman, C., Postuvan, V., Herta, D., Iosue, M., Värnik, P. and Carli, V. (2018). Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. *PLOS ONE*, 13(2) p.e0191843.
- Wei Y, Kutcher S, LeBlanc JC. (2015). Hot Idea or Hot Air: A Systematic Review of Evidence for Two Widely Marketed Youth Suicide Prevention Programs and Recommendations for Implementation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24(1) pp. 5–16.
- WHO. World Health Organization. (2018). National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf>

Acción 3.7. Elaboración de un protocolo de intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios.

1. Introducción. Justificación

Las conductas suicidas (consideradas como *continuum* que incluye ideación suicida, autolesiones, intento de suicidio y suicidio) son frecuentes en los adolescentes. Se han hallado tasas de prevalencia a lo largo de la vida del 9,7% para los intentos de suicidio, y del 29,9% para la ideación suicida (Robinson et al., 2013).

Si bien las muertes por suicidio entre estudiantes son infrecuentes (Brock y Reeves, 2018), el suicidio es una de las primeras causas de muerte entre adolescentes en el mundo, y su prevalencia en este grupo etario se ha cuadruplicado en las últimas décadas. En España, afortunadamente, las tasas son más bajas que las mundiales (Picazo-Zappino, 2014).

El entorno educativo puede ser adecuado para la prevención de los gestos autolíticos e intentos autolíticos, ya que: i) estas conductas son frecuentes en los adolescentes, ii) la mayoría de los adolescentes estudian en instituciones educativas, iii) la prevención en estos entornos puede ser menos estigmatizante que aquellas desarrolladas en Salud Mental, iv) las dificultades o problemas asociados, con frecuencia se producen en el entorno educativo (Hasking et al., 2016). Por otra parte, la identificación de un gesto autolítico es una gran oportunidad para vincular al estudiante a una conversación en el ámbito educativo, para su vinculación con servicios sanitarios, y para desarrollar una atención y plan inicial (Hasking et al., 2016).

En contraposición a esto, las instituciones educativas tienden a desatender el tema de la salud mental, y en particular, las conductas suicidas. Los motivos son el estigma, la falta de información, e inseguridad sobre cómo manejar estas conductas (Hasking et al., 2016). Por su parte, las tareas de identificación del riesgo suicida e intervención ante este no resultan nada fáciles, y deberían estar facilitadas por procedimientos estandarizados, basados a su vez en las mejores prácticas según el conocimiento científico (Boccio, 2015).

La ventaja básica de disponer de un protocolo es que la plantilla puede saber cómo responder a las conductas suicidas de forma sistemática y estratégica. Además, favorece el cumplimiento de las responsabilidades legales institucionales (Bubrick et al., 2010). Por último, la disponibilidad de un protocolo de intervención en instituciones educativas es también necesaria para el desarrollo de intervenciones preventivas en este ámbito. Así, se ha resaltado la importancia de disponer de protocolos previamente al establecimiento de programas preventivos que puedan favorecer la identificación de menores con riesgo (Heilbron et al., 2012).

2. Acción

2.1. Objetivos

1. Definir las bases para la elaboración de un protocolo de intervención ante el riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios. (*Este documento*)
2. Elaboración de un protocolo de intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios. (*Desarrollo posterior*).
3. Conseguir la prevención inmediata de una conducta suicida, y proporcionar la coordinación necesaria entre las instituciones educativas y la atención por Salud Mental. (*Objetivo del protocolo*)

2.2. Síntesis del conocimiento científico

Efectividad

Una revisión sistemática sobre la efectividad de programas de prevención, de intervención o de postintervención, concluyó que el conocimiento científico es limitado. La investigación disponible carece habitualmente de metodología de ensayo clínico con grupo control, y de una medición precisa de desenlaces de conducta suicida (Robinson et al., 2013). Hasta nuestro conocimiento, la investigación concerniente a protocolos de intervención en el entorno educativo es aún más escasa. Existen hallazgos, sin embargo, relativos a elementos potencialmente constituyentes de tales protocolos, como la prevención selectiva y la prevención indicada. Así, existen hallazgos razonables como para sustentar la implementación de actividades formativas de capacitación de guardianes (gatekeeper training) a los profesionales de las instituciones educativas, y de screenings de rutina sobre salud mental (Robinson et al., 2013). Por su parte, no existe evidencia que sustente la prevención indicada, de tal forma que si bien parece recomendable que las instituciones educativas proporcionen guía y apoyo a los estudiantes en riesgo, las intervenciones terapéuticas individuales deben realizarse en entornos clínicos (Robinson et al., 2013).

Conductas suicidas

Desde la perspectiva de la conducta suicida como continuum, los estudiantes pueden presentar diversas conductas, que incluyen la ideación suicida, autolesión deliberada o gesto autolítico, intento de suicidio o suicidio. Por su parte, el riesgo suicida es otro concepto relacionado, más amplio que el de las conductas mencionadas, al incluir múltiples factores que pueden confluir en un nivel estimado de riesgo.

Por su parte, tales conductas suicidas pueden producirse en el contexto de la institución educativa, o bien en otros contextos, pero ser objeto de preocupación en el entorno educativo.

Bases para la elaboración, dependientes del contexto

Antes de la elaboración de un protocolo de actuación frente al riesgo suicida en instituciones educativas, debe responderse a una serie de cuestiones básicas relacionadas con los contextos sanitario y educativo particulares (Brock y Reeves, 2018):

1. ¿Cuáles son las disposiciones legales concernientes al deber de comunicar a los padres, y sobre el consentimiento de estos para realizar una evaluación del riesgo suicida?
2. ¿Cuáles son los recursos de salud mental disponibles para la derivación del niño o adolescente con ideación suicida? ¿Existen servicios disponibles de urgencias para niños y adolescentes?
3. ¿Cuál es la mejor forma de establecer una alianza con los padres? En caso de que no exista apoyo por parte de padres o cuidadores hacia el estudiante, ¿actuará la institución educativa? ¿Se llamará a la Policía o a Servicios de Protección de Menores?
4. ¿Hay disponible alguna Unidad de Salud Mental de intervención en crisis que pueda ser un apoyo en la provisión de los cuidados necesarios? Si existe, ¿cómo se accede a esta?
5. El estudiante con ideación suicida grave, ¿cómo será trasladado de forma segura a un Servicio de Urgencias? ¿Cuál es el papel de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en el apoyo a este transporte?

Elementos constituyentes

Recientemente se han propuesto una serie de elementos básicos constituyentes de cualquier protocolo de reacción ante las autolesiones en instituciones educativas (Hasking et al., 2016). Los elementos constitutivos básicos están agrupados en las siguientes categorías:

- Roles y responsabilidades

- Evaluación del riesgo
- Derivación
- Comunicación a los padres o responsables. Implicación de los padres o responsables.
- Manejo del contagio social

Otros autores han incluido elementos clave adicionales (Bubrick et al., 2010):

- Identificación de la autolesión
- Evaluación de la autolesión
- Designación de una persona como referencia en la institución educativa para el manejo de casos.
- Determinar en qué circunstancias debería contactarse con los padres
- Manejar la situación de autolesión (con el estudiante, los compañeros, los padres y la derivación externa)
- Determinar cuándo y cómo realizar una derivación externa
- Identificar recursos para la derivación externa e información de contacto
- Formación de la plantilla y de estudiantes sobre las autolesiones

Por su parte, otro enfoque, centrado en la evaluación del riesgo suicida, incluye (Brock y Reeves, 2018):

- Factores de riesgo y señales de alarma
- Evaluación inicial del riesgo suicida en el entorno educativo
- Verificación y evaluación de la ideación suicida
- Evaluación del plan de suicidio
- Reacción de la institución educativa ante el riesgo suicida, en función de niveles de riesgo: incierto, bajo, moderado a alto, o inminente.

Formación de profesionales del entorno educativo

La formación de profesionales del entorno educativo es un pilar básico para mejorar el conocimiento y las actitudes respecto a la conducta suicida, así como la capacidad de detección de un posible riesgo suicida y la intervención ante este (Shannonhouse et al., 2017). Estas acciones varían en duración, métodos y modalidades (Burnette et al., 2015). Las acciones formativas se han mostrado efectivas para la mejora del conocimiento sobre la conducta suicida, las actitudes, la autoeficacia, las destrezas y la probabilidad de intervenir (Mo et al., 2018). Sin embargo, aún no está clara la posible traslación de estos aspectos a la intervención ante situaciones reales específicas (Burnette et al., 2015; Mo et al., 2018; Torok et al., 2019), influido por la escasez de estudios que evalúen este aspecto y cuenten con una metodología adecuada (Torok et al., 2019). Para conseguir que exista un cambio en la detección e intervención, se ha sugerido que las acciones formativas deberían tener la suficiente duración e incluir entrenamiento en habilidades de reconocimiento de factores de riesgo y de intervención (Torok et al., 2019). Se ha hallado que aquellas acciones formativas de duración de más de ocho horas han resultado efectivas; más que por la duración, probablemente porque incluyen un componente de ensayo conductual, lo que permite a los asistentes aprender y practicar las destrezas de intervención (Torok et al., 2019).

El formato (presencial vs. online) no parece afectar a los resultados, si bien solo se ha podido evaluar un estudio con modalidad online (Torok et al., 2019).

La mayoría de las acciones formativas se han desarrollado en las instalaciones educativas (Torok et al., 2019).

En cuanto al contenido, parece adecuado que la formación incluya, cuando menos, las áreas de factores de riesgo, señales de alerta, evaluación inicial del riesgo suicida, fórmulas de verificar y evaluar la ideación

suicida, y el posible plan (Brook y Reeves, 2018). También se recomienda la inclusión de los aspectos relacionados con la edad, ya que la naturaleza, precipitantes y significado de la ideación suicida puede diferir según el estadio de desarrollo evolutivo (Torok et al., 2019).

En un estudio sobre la percepción de los profesores sobre las acciones necesarias para la prevención del suicidio en estudiantes niños y adolescentes, la formación dirigida a profesores fue una de los cinco principales áreas referidas, además de las acciones de fomento de la toma de conciencia y reducción del estigma; servicios de apoyo para los estudiantes; acciones frente al *bullying*; y el papel de las redes sociales (Ross et al., 2017).

La evaluación del riesgo en el entorno educativo

Mientras que la evaluación clínica del riesgo suicida es global, estima el riesgo inmediato para el paciente y está asociada a una decisión de la terapia indicada, la evaluación del riesgo suicida en las instituciones educativas es un primer paso sobre lo que debe ser una evaluación más amplia realizada por un clínico (Brock y Reeves, 2018). La evaluación en el entorno educativo trata de confirmar un riesgo suicida sospechado, así como el riesgo inmediato para el estudiante, pero no implica una decisión sobre el tratamiento (Brock y Reeves, 2018). Su objetivo es realizar la derivación inicial al recurso asistencial adecuado, que pueda confirmar el resultado de la evaluación inicial, e iniciar un tratamiento (Brock y Reeves, 2018). La formación dirigida a profesionales de los centros educativos debe complementarse con la designación, en cada centro, del profesional de referencia para la evaluación inicial. En EEUU, esta evaluación inicial la realiza un psicólogo del centro educativo, u otro profesional de salud mental, del centro educativo (Brock y Reeves, 2018).

Instrumentos de evaluación

Existen pocos instrumentos de evaluación apropiados para su uso en el entorno educativo. Estos instrumentos deben tener la capacidad de ayudar a un profesional no especialista en Salud Mental a evaluar si existe un riesgo suicida inminente, por lo cual deben resultar sencillos, de fácil interpretación y preferiblemente, que orienten sobre las siguientes acciones básicas que deben tomarse.

La *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* dispone de diferentes versiones, una de las cuales corresponde al entorno educativo (*C-SSRS - Screen with Triage Points for Schools*). Es una escala muy sencilla, consistente en tres preguntas, o en seis, si se responde afirmativamente a las primeras. Las respuestas se encuadran en el correspondiente nivel de riesgo, lo que a su vez determina el tipo de acciones básicas que deben tomarse (The Columbia Lighthouse Project, 2016).

Por su parte, la escala *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)* ha sido desarrollada por el National Institute of Mental Health (NIMH) para su uso en población pediátrica y adolescente. Se compone de cinco preguntas sencillas, e incluye el tipo de acciones que deben tomarse según las respuestas. Existe disponible una versión en español. Si bien ha sido desarrollada para su uso en entornos médicos (Servicio de Urgencias, Unidades de ingreso médico-quirúrgicas, pacientes ambulatorios), la NIMH señala que puede utilizarse en otros entornos, como la institución educativa (NIMH, 2020).

Modelos de protocolos existentes

Aún son muy escasas las publicaciones específicas sobre protocolos, o recomendaciones para la elaboración de protocolos en el entorno educativo (Boccio, 2015; Brock y Reeves, 2018). Se ha aconsejado que las acciones tengan en consideración la distinción potencial entre el gesto autolítico y el intento de suicidio, en cuanto a la necesidad de actuaciones y uso de recursos (Hasking et al., 2016).

Brock y Reeves (2018) han ofrecido una visión de conjunto sobre las diferentes etapas del protocolo, sus elementos constitutivos y recomendaciones específicas, que se exponen a continuación:

- Obtención de apoyo externo (familiares, habitualmente) para el estudiante en riesgo. Esta actuación puede implicar romper la confidencialidad existente hasta ese momento. Es conveniente basarse en modelos de comunicación hacia el estudiante sobre esta necesidad.
- Una vez que se identifica el posible riesgo suicida por algún profesional del centro educativo, el estudiante debe ser supervisado continuamente hasta que el profesional designado del centro educativo (psicólogo o enfermero, habitualmente) realice la evaluación inicial del riesgo suicida.
- La evaluación inicial del riesgo suicida determinará el plan de actuación subsiguiente.
- Las instituciones educativas deben estar preparadas para posibles situaciones de agitación. La evaluación debe realizarse en lugares en los que sea relativamente fácil obtener ayuda para el control de un estudiante agitado. El conocimiento de las técnicas de desescalada verbal puede resultar útil en estas situaciones.
- Pueden establecerse cuatro niveles de riesgo suicida del estudiante: i) riesgo incierto, ii) riesgo bajo, iii) riesgo moderado a alto, iv) riesgo inminente. Todos los niveles requieren una atención inmediata, pero difieren en cómo de directiva o asertiva debe ser la institución educativa para asegurar la provisión de tal atención.

Existen algunos documentos institucionales que aportan herramientas operativas, e incluso algoritmos de decisiones, para la gestión de las conductas suicidas en las instituciones educativas. Tal es el caso del documento de herramientas para la prevención del suicidio en instituciones educativas, elaborado por Project Safety Net y HEARD Alliance (Joshi et al., 2015) que ofrece recomendaciones de directrices operativas para la implementación de acciones de prevención, de intervención (protocolo) y de postvención. En Australia se ha publicado una guía sobre la acción de la institución educativa ante conductas suicidas o riesgo suicida (Department of Education Western Australia, 2018); un algoritmo de intervención ante intentos de suicidio en institutos (Headspace, s. a.); y una Guía sobre la actuación ante intentos de suicidio de estudiantes, diferenciando las acciones según la cronología: respuesta inmediata, primeras 24 horas, las 48-72 horas, primer mes, y a largo plazo (State of Victoria, 2013).

Actuación según los niveles de riesgo

Se han recomendado diferentes tipos de intervenciones según el riesgo identificado (Brock y Reeves, 2018). Se exponen a continuación:

Riesgo incierto

El estudiante con riesgo incierto es aquel que, tras presentar factores de riesgo y signos de alarma, y ser evaluado, no reconoce tener ideas de suicidio. La intervención no está indicada, ya que el estudiante puede que no tenga realmente ideas de suicidio. Sin embargo, dada la posibilidad de que esté mintiendo, está indicada la derivación para apoyo y evaluación adicionales. Asimismo, siempre que no se sospeche malestar relacionado con maltrato infantil, y que se juzgue apropiado romper la confidencialidad, los padres o cuidadores deben ser informados sobre los motivos de preocupación; y específicamente, sobre los factores de riesgo y signos de alarma. Si se sospecha maltrato infantil como causa del sufrimiento del estudiante, en lugar de comunicar a los padres la situación, debe contactarse con los Servicios de Protección al Menor.

Riesgo bajo

El estudiante con riesgo bajo es aquel que, si bien reconoce la presencia de ideas de suicidio, no las describe como especialmente graves. El estudiante no ofrece detalles específicos sobre un plan suicida, no está desesperado por acabar con su sufrimiento psicológico (p. ej., no tiene desesperanza ni se ve a sí mismo desamparado), e informa de que no se siente completamente aislado o solo (p. ej., refiere que dispone de

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

personas de apoyo a quien recurrir). La indagación en antecedentes no revela conductas suicidas previas; y presenta una buena salud mental de base, o bien está implicados en una relación terapéutica que percibe como de ayuda y apoyo.

Nuevamente, siempre que el sufrimiento del estudiante no esté relacionado con maltrato infantil, los padres o cuidadores principales deben ser notificados. Si el malestar del estudiante está asociado con maltrato infantil, en su lugar debe realizarse una derivación a los Servicios de Protección al Menor.

Antes de que el estudiante abandone la supervisión del centro educativo, debe tener lugar un encuentro presencial con los cuidadores directos (padres, otros cuidadores, o los Servicios de Protección al Menor). En este, debe enfatizarse la necesidad de buscar un apoyo terapéutico inmediato, que aborde las ideas de suicidio. Esta situación no constituye, sin embargo, una urgencia psiquiátrica.

Riesgo moderado a alto

El estudiante con riesgo moderado a alto es aquel que reconoce tener ideación suicida relativamente significativa (frecuente y grave), y presenta uno o más factores de riesgo suicida. Además, presenta al menos cierto riesgo de pasar al acto, pero tal riesgo no se estima como inminente.

Siempre que el sufrimiento del estudiante no esté relacionado con maltrato infantil, los padres o cuidadores principales deben ser notificados de forma inmediata. Si el malestar del estudiante está asociado con maltrato infantil, en su lugar debe realizarse una derivación a los Servicios de Protección al Menor.

Al igual que con el estudiante con bajo riesgo, antes de que el estudiante abandone la supervisión del centro educativo, debe tener lugar un encuentro presencial con los cuidadores directos (padres, otros cuidadores, o los Servicios de Protección al Menor). En este, debe enfatizarse la necesidad de buscar un apoyo terapéutico inmediato específico de Salud Mental de intervención en crisis, que aborde las ideas de suicidio y el riesgo de conductas suicidas.

Esta situación constituye una urgencia psiquiátrica potencial, y como tal, la institución educativa debe haber considerado previamente cómo asegurarse de que el estudiante pudiera ser trasladado de forma segura para esta asistencia urgente. En los casos en los que el estudiante está agitado y se opone a recibir más atención, puede ser necesario recurrir a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, para facilitar tal traslado. La institución educativa puede pedir el consentimiento de los cuidadores para obtener y compartir información médica confidencial, de tal forma que el profesional de referencia en la institución educativa pueda estar informado, y proveer información sobre la evaluación realizada en el Centro Educativo.

Riesgo inminente

El estudiante con riesgo inminente es aquel que reconoce tener ideación suicida frecuente y grave, y presenta más de un factor de riesgo suicida. La diferencia respecto al estudiante con riesgo moderado a grave es el riesgo de inmediatez de la conducta suicida. El estudiante no solo tiene un plan suicida, sino los medios para llevarlo a cabo. Además, rechaza las peticiones de no utilizar tales medios o cederlos. Esta situación constituye una urgencia psiquiátrica.

La intervención debe ser una llamada inmediata a los Servicios Sanitarios de Urgencias para su actuación. Siempre que no suponga poner en riesgo a miembros de la institución educativa ni a otros estudiantes, parece apropiado tratar de calmar al estudiante, intentar que entregue los medios para realizar la conducta suicida (p. ej., pastillas) y tratar de evitar que se autolesione hasta que lleguen los servicios sanitarios. Una vez que se haya efectuado la asistencia y el traslado, debe contactarse con los padres, figuras parentales o cuidadores, para informar sobre la situación, y las acciones que se han tomado.

El enlace con los Servicios de Salud Mental

Un aspecto esencial de un protocolo de intervención en el entorno educativo ante el riesgo suicida es el adecuado enlace con los Servicios de Salud Mental, tanto de forma inmediata como en fases posteriores.

En un programa de prevención del suicidio desarrollado en Rhode Island, dos pilares fundamentales fueron la disponibilidad de consulta inmediata entre el entorno educativo y el sanitario de Salud Mental, y las citas para evaluaciones en un plazo de 1 a 7 días. Estas medidas tenían además el potencial de reducir las visitas a urgencias (Pearlman et al., 2018).

2.3. Recomendaciones de áreas y contenido

Conductas suicidas. Conceptos y elementos de referencia

La conducta suicida debe considerarse como un continuum, incluyendo la ideación suicida, la autolesión deliberada o gesto autolítico, el intento de suicidio y el suicidio.

Por su parte, el lugar de realización de las conductas suicidas puede constituir otro elemento de referencia, por cuanto se relaciona con el hecho de haber sido ya objeto de una valoración clínica o no.

El riesgo suicida, establecido en diferentes niveles, es un elemento fundamental de referencia para el establecimiento de las actuaciones que implique.

Elementos o áreas esenciales

Se recomienda que el protocolo aborde las siguientes áreas:

- Formación
- Roles y responsabilidades
- Identificación de la situación de riesgo: riesgo suicida y/o conducta suicida
- Evaluación inicial del riesgo
- Manejo de la situación
- Comunicación a los padres o responsables: criterios y procedimientos
- Derivación: criterios, tipos y procedimiento
- Manejo del contagio social

Aspectos legales

Deben considerarse los aspectos legales pertinentes, como por ejemplo los relativos al deber de comunicar a los padres la situación; actuación en caso de sospecha de maltrato, abuso o acoso; actuación en caso de omisión del apoyo necesario por parte de los padres en la situación de crisis; actuación en situaciones de involuntariedad y riesgo inminente; o la actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en el apoyo al traslado.

Formación de profesionales del entorno educativo

La instauración de un protocolo de intervención ante riesgo suicida en el entorno educativo debe estar asociada a acciones formativas previas de los profesionales de educación.

Se recomienda que esta formación incluya, al menos, las áreas de factores de riesgo, señales de alerta, aspectos diferenciales según la edad o estadio de desarrollo, evaluación inicial del riesgo suicida, fórmulas para verificar y evaluar la ideación suicida y el posible plan. Debe procurarse incluir un enfoque práctico, que permita el aprendizaje y práctica de las destrezas de detección e intervención.

De forma ideal, la formación podría estar centrada en el propio protocolo elaborado, de tal forma que se aborden tanto las áreas o elementos constitutivos, como los procedimientos establecidos en este.

En aras de conseguir el mayor alcance posible, debe considerarse la modalidad online.

Designación del profesional de referencia

En cada centro educativo debe existir una persona designada para la evaluación inicial del alumno en caso de sospecha de riesgo suicida. En principio los orientadores escolares serán los profesionales de referencia. En su defecto, parece recomendable la figura del profesorado encargado de la asignatura de educación emocional, o profesional de enfermería. En cualquier caso, corresponderá a cada centro la designación de un profesional de referencia, preferiblemente bajo los criterios de disponibilidad, profesión, formación, experiencia previa y habilidades necesarias.

Identificación de la situación de riesgo: riesgo suicida y/o conducta suicida

Resulta recomendable la definición de la identificación de la situación de riesgo suicida, y el procedimiento para su constatación o no. En principio, la identificación del riesgo puede ocurrir en diversas situaciones, como: i) comunicación espontánea de ideas de suicidio o de una conducta suicida (realizada en el Centro Educativo, o no evaluada por profesional clínico), ii) tras indagación al constatar señales de alerta; iii) comunicación de la posible situación de riesgo por parte de compañeros.

Su constatación, o el no poder descartarla, implicarían la necesidad de una evaluación inicial.

Evaluación del riesgo en el entorno educativo

Los objetivos básicos de la evaluación del riesgo suicida en el entorno educativo son: i) constatación o no de una sospecha de riesgo suicida; ii) obtención de la información necesaria que permita evaluar de forma más precisa el riesgo inmediato, así como la adscripción a una serie de medidas en función de la gravedad detectada; iii) poder realizar una derivación inicial al recurso asistencial adecuado, que pueda confirmar el resultado de la evaluación inicial, e iniciar un tratamiento.

Instrumentos de evaluación

De utilizarse instrumentos de evaluación por parte de los profesionales en las instituciones educativas, se recomienda el uso del *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* o el *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)*.

El enlace con los Servicios de Salud Mental

Deben estar claramente establecidos los dispositivos y tipos de evaluación disponibles según las necesidades de la situación (derivación urgente, recomendación de evaluación por Salud Mental, recomendación de evaluación por médico de Atención Primaria).

Asimismo, deben quedar establecidos los modos de comunicación entre Educación, Salud Mental y familiares para la gestión de tales derivaciones o evaluaciones.

Salud Mental debería favorecer la accesibilidad temprana a las evaluaciones de Salud Mental, en el contexto de este protocolo.

Manejo de la situación

Deben establecerse los procedimientos globales relativos al manejo de la situación en función del riesgo detectado, que incluya aspectos como: i) la supervisión continua hasta la evaluación por el profesional que realizará una evaluación inicial; o tras esta evaluación, hasta una posible derivación; ii) los lugares de observación y evaluación, y las características de estos; iii) preparación y actuación en caso de negativa a la evaluación o de agitación (p. ej., desescalada verbal, etc.).

Parece recomendable la actuación en función de los niveles de riesgo, los cuales a su vez están determinados por la concurrencia o no de diversos elementos clave. Se recomienda la adscripción a los niveles de riesgo establecidos por Brock y Reeves (2018), descritos previamente (riesgo incierto, riesgo bajo, riesgo

moderado a alto, riesgo inminente), en su definición y en el enfoque sobre las actuaciones que implican, con las adaptaciones que se consideren oportunas. Si bien todos los niveles requieren una atención inmediata, difieren en cómo de directiva o asertiva debe ser la institución educativa para asegurar la provisión de tal atención.

Comunicación a los padres o responsables

Deben incluirse las fórmulas de comunicación con los padres o responsables, así como los tipos de comunicación. Los objetivos de esta comunicación incluyen la comunicación de la situación en sí misma, la obtención de información que pueda ser relevante para la evaluación de esta, la transmisión de la necesidad de implicación y apoyo familiar, o la comunicación de la necesidad de evaluación clínica (en la modalidad que sea necesaria).

Derivación: criterios, tipos y procedimiento

Parece recomendable que los criterios de derivación y los tipos de derivación se basen en la adscripción de la situación a un nivel de riesgo establecido (Brock y Reeves, 2018). El protocolo debería incluir los procedimientos específicos que implican las diferentes modalidades de derivación.

Manejo del contagio social

Se recomienda evaluar la conveniencia de inclusión de este aspecto, o su necesidad en función de la presencia o no de determinadas características en la situación. Resulta conveniente que se expliciten recomendaciones sobre el enfoque, duración y modalidad de esta intervención.

Documentos de referencia

Además de las recomendaciones previamente expuestas, se recomienda tomar como referencia los documentos de herramientas para la prevención del suicidio en instituciones educativas, elaborados por Project Safety Net y HEARD Alliance (Joshi et al., 2015), la guía sobre la acción de la institución educativa ante conductas suicidas o riesgo suicida (Department of Education Western Australia, 2018); el algoritmo de intervención ante intentos de suicidio en institutos (Headspace, s. a.); y la Guía sobre la actuación ante intentos de suicidio de estudiantes (State of Victoria, 2013), sin perjuicio del posible uso de otros documentos que puedan estimarse de calidad similar.

2.4. Recomendaciones de estructura

A continuación, se presentan una serie de recomendaciones estructurales sobre el protocolo, en general comunes a los de otros protocolos que puedan aplicarse en Salud Mental. En este sentido, se recomienda que el protocolo contenga los siguientes apartados (Servicio Aragonés de Salud, 2009; Servicio Andaluz de Salud, 2010), sin perjuicio de que se pueda estimar conveniente otro orden, estructura o la adición o supresión de elementos:

- Título
- Autoría
- Fecha de realización y fecha de revisión
- Justificación
- Objetivos
- Profesionales a los que va dirigido
- Población diana
- Metodología

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Actividades o Procedimientos
- Algoritmo de actuación
- Sistema de Información y Registro
- Evaluación del protocolo. Indicadores
- Glosario y Definiciones
- Bibliografía
- Anexos

3. Indicadores

Se muestran a continuación indicadores básicos para la evaluación. Debe considerarse la adición de nuevos indicadores de evaluación en función de las medidas definidas que tenga el protocolo.

- Realización del Protocolo de intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios (Sí / No)
- Difusión del protocolo a los Centros Educativos de Canarias (Sí / No)
- Difusión del protocolo a en las Redes y dispositivos implicados del Servicio Canario de la Salud (Sí / No)

4. Dificultades potenciales

• Dificultad en la comprensión y adscripción al protocolo

El protocolo debe ser conciso, claro, seguir una secuencia lógica, ser fácil de leer y comprender, y la información que contiene debe ser fácil de encontrar (NHS, 2002).

• Dificultad en la implementación

Determinadas medidas pueden favorecer un mayor éxito en la implementación, como la formación específica sobre el protocolo a los profesionales de educación, el establecimiento de una fase piloto, o la designación de un profesional en cada Centro Educativo que vele por una práctica con adhesión al protocolo y el mantenimiento de esta.

• Factibilidad

El grupo de trabajo de elaboración del protocolo debe tener en consideración la factibilidad del conjunto de medidas que implique el protocolo.

• Coordinación con otros servicios

El grupo de trabajo del protocolo debe incluir, cuando menos, a profesionales de Salud Mental infantojuvenil, de Educación y de la Consejería de Derechos Sociales. Los procedimientos de comunicación y coordinación entre estos ámbitos deben ser explicitados con claridad en el protocolo.

• Reticencia de profesionales de educación

Debe transmitirse y explicitarse con claridad que:

- El protocolo permite conocer cómo responder a las conductas suicidas de forma sistemática y estratégica.
- El protocolo favorece el cumplimiento de las responsabilidades legales institucionales.
- La evaluación en el entorno educativo supone solo una evaluación inicial, necesaria ante la detección de una situación de riesgo, y siempre que sea necesario se procederá a la evaluación clínica e intervenciones terapéuticas oportunas.

- **Designación de profesional de referencia en cada Centro Educativo**

Corresponderá a cada centro la designación de un profesional de referencia, preferiblemente bajo los criterios de disponibilidad, profesión, formación, experiencia previa y habilidades necesarias.

- **Reticencia a la implicación del conjunto de los profesionales del Centro educativo**

Más allá de la designación de un profesional de referencia en cada centro educativo, todos los profesionales de las instituciones educativas deben conocer la existencia del protocolo, y los aspectos básicos que conciernen a cualquier profesional de educación desde la sospecha de un riesgo, su posible constatación, y las medidas necesarias para que el estudiante sea evaluado inicialmente por el profesional de referencia en el Centro Educativo. La Consejería de Educación deberá establecer las medidas necesarias para la consecución de este requerimiento, en colaboración con la Consejería de Sanidad, que aportará tales contenidos y las acciones formativas necesarias.

5. Responsables

- **Coordinación**

- Consejería de Sanidad: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública
- Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes

- **Elaboración**

Grupo de trabajo, conformado por profesionales designados por las Consejerías implicadas:

- Consejerías de Sanidad
- Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes
- Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud

- **Evaluación de indicadores**

- Consejería de Sanidad
- Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes

Bibliografía

Boccio, D.E. (2015). A School-Based Suicide Risk Assessment Protocol. *Journal of Applied School Psychology*, 31(1), pp.31–62.

Brock, S.E. and Louvar Reeves, M.A. (2017). School Suicide Risk Assessment. *Contemporary School Psychology*, 22(2), pp.174–185.

Bubrick, K., Goodman, J. and Whitlock, J. (2010). Non-suicidal self-injury in schools: Developing and implementing school protocol. [Fact sheet]. *Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults*. Retrieved from <http://crpsib.com/userfiles/NSSI-schools.pdf>

Department of Education Western Australia (2018). School Response and Planning Guidelines for Students with Suicidal Behaviour and Non-Suicidal Self-injury.

Hasking, P.A., Heath, N.L., Kaess, M., Lewis, S.P., Plener, P.L., Walsh, B.W., Whitlock, J. and Wilson, M.S.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- (2016). Position paper for guiding response to non-suicidal self-injury in schools. *School Psychology International*, 37(6), pp.644–663.
- Headspace. National Youth Mental Health Foundation (s.a.). Responding to Suicide Attempts in Secondary Schools. Disponible en: <https://headspace.org.au/assets/School-Support/HSP217-National-Responding-Suicide-Attempts-FA2-LR.pdf>
- Heilbron, N., Goldston, D., Walrath, C., Rodi, M. and McKeon, R. (2012). Suicide Risk Protocols: Addressing the Needs of High Risk Youths Identified through Suicide Prevention Efforts and in Clinical Settings. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(2), pp.150–160.
- Joshi, S. V., Ojakian, M., Lenoir, L., Hartley, S., & Weitz, E. (2015). Comprehensive suicide prevention toolkit for schools. Disponible en: <http://www.heardalliance.org/wp-content/uploads/2016/12/Comprehensive-SuicidePreventionToolkitforSchools12072016.pdf>
- Mo, P.K.H., Ko, T.T. and Xin, M.Q. (2018). School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and behaviours for adolescent suicide prevention: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, [online] 12(1).
- NIMH. National Institute of Mental Health (2020). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/index.shtml>. Acceso el 16 de septiembre de 2020.
- Pearlman, D. N., Vendetti, T., & Hill, J. (2018). Linking public schools and community mental health services: A model for youth suicide prevention. *Rhode Island Medical Journal*, 101(4), pp.36–38.
- Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3) pp. 125-32.
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K. and O'Brien, M. (2013). A Systematic Review of School-Based Interventions Aimed at Preventing, Treating, and Responding to Suicide-Related Behavior in Young People. *Crisis*, 34(3), pp.164–182.
- Ross, V., Kölves, K. and De Leo, D. (2016). Teachers' Perspectives on Preventing Suicide in Children and Adolescents in Schools: A Qualitative Study. *Archives of Suicide Research*, 21(3), pp.519–530.
- State of Victoria, Department of Education and Early Childhood Development (2013). Guidelines to assist in responding to attempted suicide or suicide by a student. Disponible en: <https://www.education.vic.gov.au/Documents/school/principals/health/suicideguidelines.pdf>
- Shannonhouse, L., Lin, Y.-W.D., Shaw, K., Wanna, R. and Porter, M. (2017). Suicide intervention training for college staff: Program evaluation and intervention skill measurement. *Journal of American College Health*, 65(7), pp.450–456.
- The Columbia Lighthouse Project (2016). The Columbia Protocol for Healthcare and Other Community Settings. Disponible en: <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-communities-and-healthcare/#filter=.general-use.english>
- Torok, M., Caelear, A.L., Smart, A., Nicolopoulos, A. and Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of Adolescence*, 73, pp.100–112.

Objetivo específico 4. Formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves no sanitarios.
Acción 4.1. Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, centradas en las recomendaciones internacionales para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio.
Acción 4.2. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales no sanitarios de primera línea: policías, guardias civiles, bomberos, protección civil y técnicos del 112.
Acción 4.3. Realización de actividades formativas dirigidas a orientadores escolares, docentes y otros profesionales sociosanitarios.
Acción 4.4. Realización de actividades formativas dirigidas a mediadores sociosanitarios: trabajadores sociales, educadores, y animadores socioculturales.

Acción 4.1.
Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, centradas en las recomendaciones internacionales para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio.

Acción 4.2.
Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales no sanitarios de primera línea: policías, guardias civiles, bomberos, protección civil y técnicos del 112.

Acción 4.3.
Realización de actividades formativas dirigidas a orientadores escolares, docentes y otros profesionales sociosanitarios.

Acción 4.4.
Realización de actividades formativas dirigidas a mediadores sociosanitarios: trabajadores sociales, educadores, y animadores socioculturales.

1. Introducción. Justificación

El suicidio es reconocido como un importante problema de salud pública y la fuente principal de muertes prevenibles a escala mundial. En 2009 la Resolución del Parlamento Europeo sobre la Salud Mental (2008/2209(INI)) (Europa.eu., 2009), 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. Pide a los Estados miembros que apliquen programas intersectoriales de prevención del suicidio, 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.

La formación y capacitación de profesionales y de los agentes implicados es básica para garantizar la ad-

quisición de competencias para abordar efectivamente la conducta suicida. La formación y capacitación en prevención de suicidio debe ser periódica y basarse 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 (Eusko Jaurlaritz - Gobierno Vasco, 2019).

Hasta la fecha y nuestro conocimiento, en Canarias solo se ha realizado una actividad formativa específica sobre conducta suicida, de carácter autonómico, dirigida a profesionales no sanitarios ajenos al Servicio Canario de la Salud. Tal formación fue la dirigida a los profesionales de los medios de comunicación, realizada en 2017 en ambas provincias.

En España, la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (Ministerio de Sanidad, 2020) recomienda la formación de profesionales clave no sanitarios. Específicamente, recomienda que aborden fundamentalmente factores de riesgo de conducta suicida, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre la búsqueda de ayuda profesional. Por su parte, el *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* establece, como uno de sus objetivos específicos, la formación en conducta suicida dirigida a profesionales clave no sanitarios (Gobierno de Canarias, 2019).

2. Formación a profesionales no sanitarios. Aspectos comunes

2.1. Características

- La formación será de ámbito autonómico.
- Los contenidos y recomendaciones específicas se basarán en documentos científicos internacionales y nacionales.
- El enfoque será teórico-práctico.
- Además de los contenidos propios de la edad adulta, deberá valorarse la inclusión de contenidos relativos a la edad infanto-juvenil.
- La modalidad deberá adaptarse a las necesidades y a diversas circunstancias, en aras de conseguir la mayor eficiencia y participación. Puede ser presencial, online o mixta.
- La formación debe realizarse con periodicidad. Se propone una periodicidad de 3 años (máximo, 4 años).
- Será recomendable obtener el reconocimiento de interés sanitario.

2.2. Interés sanitario

- El reconocimiento de interés sanitario es recomendable para las actividades de formación que se realicen en Canarias, sobre temas sanitarios, dirigidas a profesionales no sanitarios.
- La tramitación en Canarias se puede realizar de modo presencial o telemático, a través de la Sede Electrónica del SCS. El plazo de resolución aproximado es de tres meses.
- La información completa y los formularios necesarios se encuentran disponible en: https://sede.gobcan.es/serviciocanariodelasalud/procedimientos_servicios/tramites/944#

2.3. Dificultades potenciales

2.3.1 Ámbito autonómico y modalidad de la actividad formativa

Si bien el ámbito autonómico es una necesidad indiscutible, la dispersión geográfica de Canarias implica una mayor dificultad para su logro adecuado. Hasta la fecha, habitualmente las actividades de ámbito autonómico se imparten únicamente en las islas capitalinas, ya que la impartición de la actividad formativa por el mismo o los mismos docentes en las siete islas no parece coste – efectiva y raramente resulta

factible. Existen otras alternativas, todas ellas con beneficios e inconvenientes:

- Actividad formativa online. Esta opción tiene el inconveniente de que la naturaleza de determinados contenidos hace que su impartición sea preferiblemente presencial, sobre todo para lo relacionado con la evaluación e intervención, ambas áreas de gran relevancia.
- Actividad formativa en islas capitalinas, con dotación económica que incluya el desplazamiento de los profesionales asistentes desde otras islas no capitalinas. Solo resulta factible en actividades con bajo número de participantes de estas islas.
- Colaboración de los organizadores de la actividad formativa impartida en las islas capitalinas con las Gerencias de Servicios Sanitarios y Servicios de Psiquiatría de las islas no capitalinas, para su impartición paralela en estas por profesionales de estas islas. En tal caso, los objetivos, contenidos y enfoque docente deben ser los mismos que la actividad formativa impartida en las islas capitalinas. La colaboración sería esencial para facilitar la actividad y la homogeneidad en nuestra Comunidad.
- Elaboración e impartición en paralelo de la actividad formativa en las diferentes gerencias, por profesionales de cada gerencia. Específicamente, en las islas capitalinas, por la Dirección Gerencia de los diferentes hospitales (o las Gerencias de Atención Primaria, en las actividades formativas dirigidas a AP); y en las islas no capitalinas, por las Gerencias de Servicios Sanitarios; todas ellas en colaboración con los respectivos Servicios de Psiquiatría. Para garantizar la homogeneidad, debería contarse con: i) coordinación por parte del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, ii) personas docentes en cada Gerencia, iii) contenidos y documentos oficiales de referencia comunes, iv) igualdad en las posibles directrices incluidas.

La elección de la modalidad que se estime más conveniente dependerá de varios factores, como el colectivo de profesionales al que esté dirigido, las características de la actividad formativa y la factibilidad.

2.3.2. Riesgo de baja participación

La difusión de la actividad formativa debe realizarse con la suficiente antelación en todas las instituciones implicadas. Resulta recomendable la colaboración previa entre el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud, y las respectivas instituciones implicadas, que facilite el entendimiento mutuo, compartir objetivos comunes, y planificar el procedimiento de difusión de la actividad formativa.

2.3.3. Exceso de demanda para las plazas ofertadas

En caso de marcado excedente de demanda en relación con las plazas ofertadas, puede valorarse la repetición de la actividad formativa a corto plazo.

3. Formación dirigida a los profesionales de los medios de comunicación

3.1. Análisis de la situación

3.1.1. Justificación

La redacción inadecuada de noticias sobre suicidio puede favorecer un efecto contagio o “efecto Werther” (Stack, 2003; Sisask & Värnik, 2012;). Por el contrario, determinadas características pueden favorecer un efecto protector o “efecto Papageno” (Niederkrötenhaler et al., 2010). Dado que las noticias sobre suicidio pueden influir en la conducta suicida de la población general, una medida preventiva básica es conseguir una toma de conciencia de este hecho por los profesionales de los medios de comunicación y, ulteriormente, la mejora de las características de las noticias sobre suicidio. En este contexto, la OMS ha desarrollado recomendaciones dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, sobre las características más idóneas de las noticias sobre suicidio (WHO, 2000, 2008, 2017). Desgraciadamente, la adherencia a

estas recomendaciones ha sido deficiente, tanto en diversos países (Fu et al., 2010; Tatum et al., 2010; Armstrong et al., 2018; Chu et al., 2018), como en España (Herrera et al., 2015) y en Canarias (Acosta et al., 2019).

3.1.2. España y Canarias. Intervenciones y su efectividad

El desarrollo de intervenciones dirigidas a los medios de comunicación ha sido muy irregular entre los países. En España, la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* establece como recomendación el desarrollo de “acciones, a nivel nacional o autonómico, encaminadas a promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y de otras similares que favorezcan un adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación” (Ministerio de Sanidad, 2020). Sin embargo, en España no se ha desarrollado ninguna intervención de ámbito nacional.

Las intervenciones dirigidas a los medios de comunicación se han hallado asociadas a una posterior mejor calidad en la información, pero también a una mayor frecuencia de noticias sobre suicidio (Michel et al., 2000; Pirkis et al., 2009; Ramadas & Kuttichira, 2011; Acosta et al., 2019).

En Canarias, el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales desarrolló en 2017 una intervención dirigida a los medios de comunicación, que incluyó una actividad formativa breve (teórico-práctica, participativa, con ilustración de ejemplos mediante noticias reales), diseminación de las recomendaciones de la OMS entre todos los medios de comunicación de Canarias, y nueva diseminación de tales recomendaciones a los 6 meses, como recordatorio. Además, las recomendaciones de la OMS provistas consistieron en una relación única de recomendaciones traducida y sintética, creada a partir de los tres documentos de la OMS, que puede servir como referencia para los profesionales de los medios de comunicación de habla hispana (Acosta et al., 2017).

Disponemos de datos sobre la situación en Canarias en el periodo previo a la intervención. En un análisis de las noticias sobre suicidio en las versiones digitales de los cuatro principales medios de prensa escrita, se halló una baja adherencia global, adherencia modesta a las recomendaciones para evitar el efecto contagio y una deficiencia marcada en la adherencia a las recomendaciones para conseguir un efecto protector. La frecuencia fue de 0,21 noticias diarias; la tipología más frecuente fue suicidio tras asesinato (62,5%); y el 21,9% de las noticias se consideraron evitables (Acosta et al., 2019).

La intervención realizada en Canarias resultó en una mejor adherencia a las recomendaciones de la OMS respecto al periodo previo a la intervención. Sin embargo, la mejora fue parcial, y menor que la hallada en Victoria, Australia, donde se desarrollan intervenciones constantes y a múltiples niveles desde hace décadas (Acosta et al., 2019).

En cuanto a las características de las intervenciones formativas, se ha recomendado que sean presenciales, con enfoque flexible, con intercambio de información, y que en ellas se muestre la evidencia acerca del efecto contagio (Skehan et al., 2006; Bohanna & Wang, 2012).

En conclusión, la adherencia de los medios de comunicación a las recomendaciones de la OMS es baja y se recomiendan las intervenciones dirigidas a estos profesionales. Estas intervenciones se han mostrado efectivas, si bien parcialmente, tanto en diversos estudios como en Canarias en particular. Debe existir continuidad en la formación e interacción con los medios de comunicación para conseguir una mayor calidad de las noticias sobre suicidio. Dado que tanto el efecto contagio como el efecto protector están establecidos en la literatura, es presumible que la efectividad de tales intervenciones resulte en un efecto preventivo en la población de referencia.

3.2. Características y contenido

- El objetivo de la actividad formativa será la provisión a los profesionales de los medios de comunicación de conocimientos esenciales sobre el riesgo suicida y la conducta suicida; especialmente en lo relativo al posible efecto en la población de las noticias sobre suicidio en función de sus características, y las recomendaciones de la OMS sobre estas.
- Resulta recomendable que tal actividad formativa se realice en el contexto de una intervención más completa. Específicamente, se recomienda que la intervención consista en una actividad formativa y acciones de difusión de las recomendaciones de la OMS; una tras finalizar la actividad formativa, y otra de recuerdo al año. Resulta conveniente, para un mayor alcance, la petición a los directores de cada medio de que envíen la relación de recomendaciones a los profesionales de su empresa o institución. Estas actividades de difusión y recordatorio tienen como objeto el mayor alcance posible de tales recomendaciones, así como la promoción de una continuidad en la adherencia a estas.
- La modalidad preferible para la formación será la presencial, con un enfoque teórico – práctico y participativo. Se considera básica la ilustración de aspectos teóricos a través de noticias reales. La duración será breve, dado el alcance de los objetivos y en aras de facilitar la mayor participación posible. El ámbito debe ser autonómico.
- La formación se dirigirá a los profesionales de los medios de comunicación de Canarias, tanto de prensa escrita como de medios audiovisuales, así como a los estudiantes de Periodismo.
- En cuanto al contenido, sin perjuicio de las adaptaciones que se consideren necesarias, se recomienda el siguiente:
 1. La conducta suicida: conceptos, epidemiología e impacto social
 2. Factores de riesgo y factores protectores
 3. El efecto contagio (Werther). El efecto protector (Papageno).
 4. Efectividad de las intervenciones dirigidas a los medios de comunicación.
 5. Recomendaciones de la OMS dirigidas a los medios de comunicación.
 6. Ejemplos prácticos de noticias. Exposición y debate.

3.3. Indicadores

- Realización de al menos una actividad formativa y de sensibilización dirigida a los profesionales de los medios de comunicación, de ámbito autonómico (Sí / No).
- Realización de la difusión global de las recomendaciones de la OMS a los medios de comunicación de Canarias (Sí / No).
- Realización de la acción de recordatorio a los medios de comunicación de Canarias (Sí / No).

3.4. Responsables

- Responsable: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.
- Difusión: Gabinete de Prensa del SCS, en colaboración con el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA.

4. Formación dirigida a profesionales no sanitarios de primera línea: policías, guardias civiles, bomberos y protección civil, técnicos del 112

4.1. Análisis de la situación. Justificación

Los agentes de policía local y nacional, guardia civil, bomberos y otro personal de primera línea de intervención, son los primeros en responder ante una situación de emergencia por riesgo de suicidio, por lo que sus habilidades y capacidades son fundamentales para determinar el curso y resultado en dichas situaciones. Por lo tanto, juegan un importante papel en las situaciones de crisis y para garantizar que las personas con trastornos mentales reciban el tratamiento apropiado. La OMS establece la necesidad de formación de los profesionales de primera línea (WHO, 2009). Además, una revisión sistemática concluye que estos profesionales presentan mayor riesgo de suicidio, si bien resulta conveniente disponer de estudios con metodología más rigurosa (Stanley et al., 2016).

Es necesario, por tanto, capacitar a estos profesionales en diferentes tareas y crear estrategias y protocolos para el manejo de situaciones de riesgo de suicidio. Esta capacitación debería estar orientada al conocimiento de los posibles cauces de actuación y derivación, eliminación del acceso a medios letales y reconocimiento de señales de alerta en situaciones que pueden derivar en un potencial suicidio (Gobierno de La Rioja, 2018). Sobre las necesidades de formación específica en este tema y concreta para cada grupo de profesionales, apenas existen estudios que puedan aportar orientación.

Por su parte, el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 establece como uno de sus objetivos la formación a profesionales clave no sanitarios, entre los que se incluyen los profesionales no sanitarios de primera línea (Gobierno de Canarias, 2019).

4.2. Características

- El objetivo de la actividad formativa será la provisión a los profesionales no sanitarios de primera línea, de conocimientos esenciales sobre el riesgo suicida, la conducta suicida, la intervención en diferentes situaciones de crisis, así como la prevención en los propios colectivos profesionales.
- La modalidad preferible para la formación será la presencial. Con un enfoque teórico – práctico, los contenidos y recomendaciones específicas se basarán en documentos científicos internacionales y nacionales. Se impartirán con apoyo de presentaciones visuales. Se incluirá una sección final práctica con vídeos ilustrativos.
- Se propone un formato de curso presencial de entre 7 y 15 horas totales; o mixto, que compagine la modalidad presencial con la online.
- La formación se dirigirá a profesionales no sanitarios de primera línea (policías, guardias civiles, bomberos, protección civil, técnicos no sanitarios del 112) de Canarias, así como al personal en formación de cada colectivo profesional.

4.3. Contenido

Sin perjuicio de las adaptaciones que se consideren necesarias, se recomiendan los siguientes contenidos:

1. La conducta suicida: aspectos básicos
2. Factores de riesgo, factores protectores, desencadenantes y señales de alerta
3. Aspectos legales
4. Evaluación e intervención:
 - Altercados, violencia y asistencia por otros motivos
 - Intervención ante conductas suicidas
 - Rescate en la escena de un riesgo inminente
 - En la escena de un suicidio

5. El Servicio Canario de la Salud. La Redes de Salud Mental y Atención Primaria.
6. Prevención en el entorno laboral, asistencia en salud mental y autoayuda.
7. Parte práctica: Vídeos ilustrativos de diversas situaciones de crisis. Debate y preguntas.

4.4. Indicadores

- Realización de al menos una actividad formativa y de sensibilización, de ámbito autonómico, dirigida a profesionales no sanitarios de primera línea (Sí / No).
- Nº de profesionales implicados que participan en estas actividades formativas.

4.5. Responsables

- Responsable: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud, en colaboración con la Delegación del Gobierno en Canarias.
- Difusión: Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, Delegación del Gobierno en Canarias y Departamentos de formación: Policía Nacional, Guardia Civil, Bomberos, Protección civil.

5. Formación dirigida a orientadores escolares, docentes y otros profesionales socio-sanitarios

5.1. Análisis de la situación. Justificación

En torno al 60% de los adolescentes fallecidos por suicidio tiene un trastorno psiquiátrico, siendo los trastornos depresivos los más frecuentes, especialmente en el sexo femenino. El trastorno por uso de sustancias constituye otro factor de riesgo, encontrándose una alta prevalencia de comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por uso de sustancias. Los trastornos disruptivos también son comunes entre los adolescentes varones que se suicidan. Así, hasta un tercio había tenido un trastorno de conducta, a menudo comórbido con un trastorno de ansiedad, del estado de ánimo o por uso de sustancias. En cuanto a los jóvenes con conductas suicidas, los perfiles diagnósticos son muy similares a los de aquellos que se suicidan (Gould et al., 2003). Por su parte, la mayoría de los trastornos psiquiátricos que afectan funcionalmente a niños y adolescentes, en todo el mundo, no reciben tratamiento (Slobodskaya et al., 2015).

Los niños y adolescentes permanecen un mínimo de 28 horas semanales en sus centros educativos, por lo que supone un lugar ideal para la detección de signos de alarma que puedan orientar a la presencia de un trastorno mental.

Los orientadores escolares, docentes y otros profesionales sociosanitarios pueden jugar un papel activo en la prevención del suicidio, por su posición privilegiada de cara a promover una sensación de pertenencia de los estudiantes con la comunidad docente. Esta sensación de pertenencia se define como la creencia de los estudiantes de que la labor docente de estos profesionales no solo se limita a enseñar, sino también al bienestar individual de cada uno (CDC, 2009). Resulta un factor importante en la mejora de los resultados académicos y se ha vinculado a la reducción de intentos y pensamientos suicidas (Whitlock et al., 2014; Marraccini & Brier, 2017).

Trabajar de forma cercana con el sector docente para desarrollar actividades preventivas es una necesidad identificada por el último informe de la OMS sobre las distintas estrategias a nivel nacional en la prevención del suicidio (WHO, 2019). Dado el riesgo de suicidio en grupos de edad más jóvenes, la OMS señala la recomendación de que los docentes reciban formación para la identificación de estudiantes vulnerables al suicidio, de cara a un correcto abordaje del riesgo suicida en el entorno docente. Este tipo de labor formativa también podría ayudar a la reducción del estigma en este entorno.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

Por su parte, el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 establece como uno de sus objetivos la formación a profesionales clave no sanitarios, incluyendo los profesionales docentes y de educación social (Gobierno de Canarias, 2019).

5.2. Características y contenido

- El objetivo de la actividad formativa será la provisión a orientadores escolares, docentes y otros profesionales sociosanitarios, de conocimientos esenciales sobre la conducta suicida, detección, e intervención en situaciones de identificación de riesgo suicida. Asimismo, la coordinación con los servicios sanitarios, la actuación en postvención y la prevención en los propios colectivos profesionales son áreas de relevancia. Por último, resulta recomendable que la formación permita conocer y detectar las conductas y síntomas que pueden orientar a la existencia de un trastorno mental, y dotar de herramientas para la coordinación con Atención Primaria, de cara a una derivación a Salud Mental.
- La modalidad preferible para la formación será la presencial. Con un enfoque teórico – práctico, los contenidos y recomendaciones específicas se basarán en documentos científicos internacionales y nacionales. Se impartirán con apoyo de presentaciones visuales.
- La duración será breve, dado el alcance de los objetivos y en aras de facilitar la mayor participación posible. Se propone una modalidad de curso presencial de entre 5 y 15 horas totales, o mixto, que compagine la modalidad presencial con la online.
- La formación se dirigirá a orientadores escolares, docentes y otros profesionales sociosanitarios, y el ámbito debe ser autonómico. Abarcará a centros educativos de primaria y secundaria, públicos, privados y concertados.
- En cuanto al contenido, sin perjuicio de las adaptaciones que se consideren necesarias, se recomienda el siguiente:
 1. La conducta suicida: conceptos básicos
 2. Factores de riesgo, factores protectores, desencadenantes y señales de alerta
 3. Mitos y verdades
 4. Las Redes de Salud Mental y Atención Primaria
 5. Menores con posible riesgo. Identificación de señales de alerta.
 6. Actuación ante sospecha de riesgo suicida
 7. Actuación ante identificación de riesgo suicida

5.3. Indicadores

- Realización de al menos una actividad formativa y de sensibilización dirigida a orientadores escolares, docentes y otros profesionales sociosanitarios, de ámbito autonómico (Sí / No).
- Nº de profesionales implicados que participan en estas actividades formativas.

5.4. Responsables

- Responsables: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, del Servicio Canario de la Salud, en coordinación con la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias.
- Difusión: Servicio Canario de la Salud. Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales. Consejería de Educación del Gobierno de Canarias.

6. Formación dirigida a mediadores sociosanitarios: trabajadores sociales, educadores y animadores socioculturales

6.1. Análisis de la situación. Justificación

El Sistema de Servicios Sociales y mediadores sociosanitarios atiende a la población general y también, mediante servicios y programas específicos, a colectivos especialmente vulnerables al suicidio. Estos servicios sociales 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 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 (Clifford et al., 2013). 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 (Luxton et al., 2013), especialmente en quienes carecen de apoyo social y pueden sentirse aislados sin la atención que antes recibían.

Países como Escocia incluyen en sus políticas de prevención de riesgo suicida la formación de los mediadores sociosanitarios de cara a aportarles herramientas que permitan la identificación y el correcto manejo de las personas vulnerables (The Scottish Government, 2018).

En Canarias se celebró en 2015 el curso “Prevención y tratamiento de la conducta suicida: Recomendaciones y tratamiento de la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud”, que, dirigido principalmente a profesionales de Salud Mental, incluía también a los trabajadores sociales de la Red de Salud Mental del SCS.

Por su parte, el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 establece como uno de sus objetivos la formación a profesionales clave no sanitarios, incluyendo los mediadores sociosanitarios (Gobierno de Canarias, 2019).

6.2. Características y contenido

- El objetivo de la actividad formativa será la provisión a los mediadores sociosanitarios, tanto de la atención comunitaria como especializada, de conocimientos esenciales sobre la conducta suicida, detección, intervención en situaciones de identificación de riesgo suicida, coordinación y postvención.
- La modalidad preferible para la formación será la presencial. Con un enfoque teórico – práctico, los contenidos y recomendaciones específicas se basarán en documentos científicos internacionales y nacionales. Se impartirán con apoyo de presentaciones visuales.
- La duración será breve, dado el alcance de los objetivos y en aras de facilitar la mayor participación posible. Se propone una modalidad de curso presencial de entre 4 y 8 horas totales; o mixto, que compagine la modalidad presencial con la online.
- La formación se dirigirá a mediadores sociosanitarios (trabajadores sociales, educadores y animadores socioculturales) y el ámbito debe ser autonómico.
- En cuanto al contenido, sin perjuicio de las adaptaciones que se consideren necesarias, se recomienda el siguiente:
 1. La conducta suicida: conceptos básicos
 2. Factores de riesgo, factores protectores, desencadenantes y señales de alerta
 3. Mitos y verdades
 4. Las Redes de Salud Mental y Atención Primaria

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

5. Actuación ante sospecha de riesgo suicida
6. Actuación ante identificación de riesgo suicida

6.3. Indicadores

- Realización de al menos una actividad formativa y de sensibilización dirigida a mediadores sociosanitarios, de ámbito autonómico (Sí / No).
- Nº de profesionales que participan en estas actividades formativas.

6.4. Responsables

- Responsable: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.
- Difusión: Servicio Canario de la Salud. Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales. Departamento docente de los Servicios Sociales.

Bibliografía

Común

- Europa.eu. (2009). *Textos aprobados - Jueves 19 de febrero de 2009 - Salud mental - P6_TA(2009)0063*. [online] Available at: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+XML+V0//ES> [Accessed 10 Nov. 2019].
- Eusko Jaurlaritz - Gobierno Vasco (2019). *Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi - Departamento de Salud - Euskadi.eus*. [online] Euskadi.eus. Available at: <https://www.euskadi.eus/departamento-salud/-/estrategia-de-prevencion-del-suicidio-en-euskadi/> [Accessed 10 Nov. 2019].
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012*, revisada en 2020.

Medios de comunicación

- Acosta Artiles, F. J., Rodríguez Rodríguez-Caro, C. J., and Cejas Méndez, M. R. (2017). Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. *Revista Española de Salud Pública*, 91: 24 de octubre e201710040
- Acosta, F.J., Rodríguez, C.J., Cejas, M.R., Ramallo-Fariña, Y. and Fernandez-Garcimartin, H. (2019). Suicide Coverage in the Digital Press Media: Adherence to World Health Organization Guidelines and Effectiveness of Different Interventions Aimed at Media Professionals. *Health Communication*, pp.1–10. doi:10.1080/10410236.2019.1654176
- Armstrong, G., Vijayakumar, L., Niederkrotenthaler, T., Jayaseelan, M., Kannan, R., Pirkis, J., and Jorm, A. F. (2018). Assessing the quality of media reporting of suicide news in India against World Health Organization guidelines: A content analysis study of nine major newspapers in Tamil Nadu. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(9), pp.856–863. doi:10.1177/0004867418772343
- Bohanna, I. and Wang, X. (2012). Media Guidelines for the Responsible Reporting of Suicide. *Crisis*, 33(4), pp.190–198. doi:10.1027/0227-5910/a000137

- Chu, X., Zhang, X., Cheng, P., Schwebel, D. and Hu, G. (2018). Assessing the Use of Media Reporting Recommendations by the World Health Organization in Suicide News Published in the Most Influential Media Sources in China, 2003–2015. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), p.451. doi:10.3390/ijerph15030451
- Fu, K.-W., Chan, Y.-Y. and Yip, P.S.F. (2010). Newspaper reporting of suicides in Hong Kong, Taiwan and Guangzhou: compliance with WHO media guidelines and epidemiological comparisons. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(10), pp.928–933. doi:10.1136/jech.2009.105650
- Gobierno de Canarias. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d7a0d910-4973-11e9-910b-f705e6f363c5/PSMC_completo.pdf
- Herrera Ramírez, R., Ures Villar, M.B. and Martínez Jambrina, J.J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), pp.123–134.
- Michel, K., Frey, C., Wyss, K. and Valach, L. (2000). An Exercise in Improving Suicide Reporting in Print Media. *Crisis*, 21(2), pp.71–79.
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012*, revisada en 2020.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B. and Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, 197(3), pp.234–243. doi:10.1192/bjp.bp.109.074633
- Pirkis, J., Dare, A., Blood, R.W., Rankin, B., Williamson, M., Burgess, P. and Jolley, D. (2009). Changes in media reporting of suicide in Australia between 2000/01 and 2006/07. *Crisis*, [online] 30(1), pp.25–33. doi:10.1027/0227-5910.30.1.25
- Ramadas, S. and Kuttichira, P. (2011). The development of a guideline and its impact on the media reporting of suicide. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(3), p.224. doi:10.4103/0019-5545.86812
- Sisask, M. and Värnik, A. (2012). Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), pp.123–138. doi:10.3390/ijerph9010123
- Skehan, J., Greenhalgh, S., Hazell, T. and Pirkis, J. (2006). Reach, Awareness and Uptake of Media Guidelines for Reporting Suicide and Mental Illness: An Australian Perspective. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(4), pp.29–35. doi:10.1080/14623730.2006.9721749
- Stack, S. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), pp.238–240. doi:10.1136/jech.57.4.238
- Tatum, P.T., Canetto, S.S. and Slater, M.D. (2010). Suicide Coverage in U.S. Newspapers Following the Publication of the Media Guidelines. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), pp.524–534. doi:10.1521/suli.2010.40.5.524
- World Health Organization (2000). Preventing suicide: A resource for media professionals. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (2008). Preventing suicide: A resource for media professionals. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (2017). Preventing suicide: A resource for media professionals, update 2017. Geneva, Switzerland: Author.

Profesionales no sanitarios de primera línea

Gobierno de La Rioja (2018). *I Plan de Prevención del Suicidio de La Rioja*. [online] Aidatu.org. Available at: <https://aidatu.org/i-plan-de-prevencion-del-suicidio-de-la-rioja/>.

Gobierno de Canarias (2019). *Plan de salud mental de Canarias 2019 - 2023*. [online] Gobiernodecanarias.org. Available at: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=d2141dc6-496c-11e9-910b-f705e6f363c5&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309> [Accessed 10 Nov. 2019].

Stanley, I.H., Hom, M.A. and Joiner, T.E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review*, 44, pp.25–44.

World Health Organization (2009). Preventing suicide. A resource for police, firefighters and other first line responders. World Health Organization. (n.d.). [online] Available at: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_firstresponders.pdf.

Orientadores escolares, docentes, otros profesionales sociosanitarios

CDC (2009). Fostering School Connectedness - Improving Student Health and Academic Achievement. [online] Available at: https://www.cdc.gov/healthyyouth/protective/pdf/connectedness_administrators.pdf [Accessed 10 Nov. 2019].

Gobierno de Canarias (2019). Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. [online] Available at: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=d2141dc6-496c-11e9-910b-f705e6f363c5&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309> [Accessed 10 Nov. 2019].

Gould, M., Greenberg, T., Velting, D. and Shaffer, D. (2003). Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), pp.386-405

Marraccini, M.E. and Brier, Z.M.F. (2017). School connectedness and suicidal thoughts and behaviors: A systematic meta-analysis. *School Psychology Quarterly*, [online] 32(1), pp.5–21. Available at: <https://www.apa.org/pubs/journals/features/spq-spq0000192.pdf> [Accessed 10 Nov. 2019].

Slobodskaya, H. and Semenova, N. (2015). Child and adolescent mental health problems in Tyva Republic, Russia, as possible risk factors for a high suicide rate. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(4), pp.361-371.

Whitlock, J., Wyman, P.A. and Moore, S.R. (2014). Connectedness and Suicide Prevention in Adolescents: Pathways and Implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, [online] 44(3), pp.246–272. Available at: <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/connectedness-suicide-prevention.pdf> [Accessed 16 Sep. 2019].

WHO (2019) National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. (2019). World Health Organization. [online] Available at: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/ [Accessed 10 Nov. 2019].

Mediadores sociosanitarios

Clifford, A.C., Doran, C.M. and Tsey, K. (2013). A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC Public Health*, [online] 13(1). Available at: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-463> [Accessed 21 Mar. 2019].

Gobierno de Canarias (2019). *Plan de salud mental de Canarias 2019 - 2023*. [online] Gobiernodecanarias.org.

org. Available at: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=d2141dc6-496c-11e9-910b-f705e6f363c5&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309> [Accessed 10 Nov. 2019].

Luxton, D.D., June, J.D. and Comtois, K.A. (2013). Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? *Crisis*, 34(1), pp.32–41.

The Scottish Government (2018). *Suicide prevention action plan: every life matters*. [online] Gov.scot. Available at: <https://www.gov.scot/publications/scotlands-suicide-prevention-action-plan-life-matters/> [Accessed 10 Nov. 2019].

Objetivo específico 5. Mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre la conducta suicida.
Acción 5.1. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de las Redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias.
Acción 5.2. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria.
Acción 5.3. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios del 112.
Acción 5.4. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias hospitalarios.
Acción 5.5. Realización de actividades formativas dirigidas a farmacéuticos.
Acción 5.6. Realización de actividades formativas específicas sobre conducta suicida en edad infantojuvenil.

Acción 5.1.
Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de las Redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias.

Acción 5.2.
Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria.

Acción 5.3.
Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios del 112.

Acción 5.4.
Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias hospitalarios.

Acción 5.5.
Realización de actividades formativas dirigidas a farmacéuticos.

Acción 5.6.
Realización de actividades formativas específicas sobre conducta suicida en edad infantojuvenil.

1. Introducción. Análisis de la situación

1.1. Introducción. Efectividad de la formación

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), se registraron 3.679 defunciones por suicidio en 2017, casi el doble del número de muertes en accidente de tráfico (1.943). España ha evolucionado en los últimos veinte años de ser un país con riesgo de suicidio bajo a riesgo moderado (Ayuso-Mateos et al., 2012). En Canarias, según datos del ISTAC, entre 2007 y 2018 se ha producido un aumento en el número de suicidios (ISTAC, 2019). Aunque ha habido años en los que se han producido descensos, la tendencia global ha sido ascendente.

En los estudios de autopsia psicológica de suicidio, el 90% de las personas fallecidas padecían un trastorno mental (Mann et al., 2005). Los dos principales factores de riesgo de suicidio son el intento de suicidio previo y la presencia de un trastorno psiquiátrico (Ayuso-Mateos et al., 2012). Puesto que el suicidio es la primera causa de muerte por causas no naturales en España, y padecer un trastorno mental es uno de los factores de riesgo de suicidio más importantes, el abordaje del fenómeno del suicidio es una prioridad en el campo de la Salud Mental (Ayuso-Mateos et al., 2012).

La evaluación del riesgo de suicidio, en sus diferentes niveles, ambulatorio, hospitalización parcial, total y urgencias psiquiátricas, es una de las tareas más importantes y de mayor responsabilidad dentro de la práctica clínica. Es fundamental conocer los factores de riesgo y poseer una buena técnica de entrevista clínica, con el fin de obtener información lo más completa posible, tanto en lo psicopatológico como en lo psicosocial (Navarrete et al., 2019), y optimizar la exploración del paciente y del familiar en unas circunstancias en las que se dispone de un tiempo limitado (Gobierno de Navarra, 2014).

En un estudio realizado sobre 196 profesionales de la salud (entre ellos profesionales de la Salud Mental), en el que se evaluaron las dificultades manifestadas en el manejo de la conducta suicida, se agruparon en cuatro factores: dificultades técnicas; dificultades emocionales; de relación y comunicación; y familiares y de comunicación.

- Dificultades técnicas: falta de formación específica. Falta de conocimientos técnicos y teóricos. Miedo a no evaluar el riesgo suicida. Falta de instrumentos de evaluación específicos. Falta de protocolos de intervención.
- Dificultades emocionales: dificultad para tomar distancia cognitiva del caso. Angustia. Conservar su propio bienestar. Burnout. Cuestionamiento de la capacidad profesional para ayudar al paciente. Miedo a que el paciente cometa suicidio.
- Dificultades de relación y comunicación: tener empatía con el paciente. Aproximación al tema de la muerte. Aceptar incondicionalmente al paciente. Cómo dialogar sobre el tema. Sentir enfado con el paciente. Sentir rechazo hacia el paciente. Falta de confianza por parte del paciente.
- Dificultades con la familia y de comunicación: falta de tiempo. Obtener colaboración de la familia. Ajuste inadecuado. Falta de estructuras sociales de ayuda. Trabajar con la familia. Ausencia de un equipo multidisciplinar. Aportación de un soporte a la familia (Roths et al., 2014).

Diversos estudios han demostrado que la formación de los profesionales mejora la adherencia de los profesionales a los protocolos y guías sobre suicidio, ayudando a clarificar el rol del profesional frente a la atención que requiere un paciente con riesgo de suicidio, y aumentando la confianza en la toma de decisiones (Gobierno de La Rioja, 2018). Estas actividades formativas buscan aumentar el conocimiento y reconocimiento de las señales de alerta, mejorar la adherencia al tratamiento de prácticas e intervenciones validadas, cambiar las posibles actitudes negativas de los profesionales hacia el suicidio (Xunta de Galicia, 2017), aumentar la confianza profesional en el tratamiento de personas suicidas, y aportar seguridad para evaluar el riesgo suicida (Gobierno Vasco, 2019).

1.2. Formación en España

Diferentes programas y protocolos de prevención de la conducta suicida desarrollados en las diferentes comunidades autónomas del país destacan como prioridades de intervención la mejora de la formación del personal sanitario en la detección y el manejo de situaciones de riesgo suicida (Gobierno de Navarra, 2014; Xunta de Galicia, 2017; Gobierno de La Rioja, 2018; Servicio Extremeño de Salud, 2018; Gobierno Vasco, 2019). Así, el I Plan de Acción para la Prevención y abordaje de las conductas suicidas en Extremadura propone dos acciones específicas de este tipo: realización de un curso sobre la evaluación e intervención frente al suicidio por parte de los profesionales de Salud Mental en cada Área de Salud, y disponibilidad de un curso online sobre evaluación e intervención (acciones 2.1. y 2.2.) (Servicio Extremeño de Salud, 2018). Por su parte, la Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi (Gobierno Vasco, 2019) incluye la medida de 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).

1.3. Formación en Canarias

En Canarias se han realizado diversas actividades formativas específicas sobre conducta suicida en los últimos años, dirigidas a profesionales sanitarios y no sanitarios. Se muestran aquí aquellas dirigidas a profesionales sanitarios, de ámbito autonómico:

- Formación dirigida a las Redes de Salud Mental y Drogodependencias: en 2014 y 2015. Se realizó el curso “Prevención y Tratamiento de la conducta suicida: Recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud”. El enfoque fue teórico – práctico. El curso estaba basado en los contenidos y recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de prevención y tratamiento de la conducta suicida (MSPSI, 2012). La parte práctica consistió en la exposición de casos y entrevistas clínicas, principalmente mediante dinámica de role-playing. Por su parte, en 2019 se realizó la actividad “Taller práctico: manejo y prevención de la conducta suicida”.
- Formación dirigida a Atención Primaria: en 2016 se realizó el Curso “Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria”. Realizado en ambas provincias, el enfoque fue teórico – práctico, e incluyó entrevistas varias en modo role-playing.

1.4. Recomendaciones institucionales

El Parlamento Europeo ha instado a los Estados Miembros a poner en marcha cursos de formación específicos para los médicos generalistas y para el personal de los servicios psiquiátricos, incluidos médicos, psicólogos y enfermeros, en materia de prevención y tratamiento de los trastornos depresivos, con el fin de mejorar el reconocimiento del riesgo de suicidio y las formas de hacerle frente (Parlamento Europeo, 2009).

La GPC de Prevención y tratamiento de la conducta suicida señala como elemento fundamental, en un programa de prevención de la conducta suicida, la formación de los profesionales sanitarios en la detección del riesgo suicida e identificación de los factores de riesgo y protectores. Esta guía señala que la formación de los profesionales, tanto en evaluación como en el manejo de pacientes con conducta suicida, mejora sus actitudes e incrementa las habilidades y la seguridad en la atención a estos pacientes, correlacionándose la calidad de la evaluación con los cuidados proporcionados (nivel de evidencia 3). Basándose en tales hallazgos, recomienda que todo profesional, tanto sanitario como no sanitario, que pueda estar en contacto con personas en riesgo de suicidio, adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades adecuados para su manejo (grado de recomendación C) (Ministerio de Sanidad, 2020).

1.5. Objetivos de la formación

La formación dirigida a los profesionales sanitarios puede tener diversos objetivos. A continuación se presenta un amplio listado de objetivos presentes en diversas actividades formativas, tanto de Canarias como de otras comunidades autónomas.

- Actualizar los conocimientos sobre la conducta suicida.
- Actualizar conocimientos sobre las intervenciones de prevención de las conductas suicidas.
- Mejorar la capacidad de identificación de la ideación suicida.
- Mejorar la técnica de la entrevista clínica, y específicamente, de la evaluación del riesgo suicida.
- Mejorar o perfeccionar las técnicas de escucha y comunicación.
- Conocer las herramientas de evaluación de la conducta suicida.
- Actualizar conocimientos y habilidades sobre las intervenciones ante el riesgo suicida.
- Actualizar conocimientos y habilidades de intervención en la postvención y el duelo por suicidio.
- Conocer los procedimientos, protocolos y GPC disponibles sobre conducta suicida.
- Conocer los criterios y procedimientos de derivación de los pacientes con riesgo suicida y/o conductas suicidas a otros profesionales sanitarios y dispositivos.
- Modificar posibles actitudes negativas de los profesionales hacia el suicidio y las personas con riesgo suicida y/o conductas suicidas.
- Reducir la variabilidad de la práctica clínica en el manejo de la conducta suicida.
- En última instancia, reducir al mínimo posible el suicidio en la población de referencia, favorecer la mejora en la salud y la calidad de vida de la población.

1.6. Recomendaciones

Con base a los hallazgos científicos disponibles y la experiencia previa, se han realizado una serie de recomendaciones para su aplicación en la formación sobre conducta suicida dirigida a profesionales sanitarios. Así, la GPC de Prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, 2020), establece las siguientes recomendaciones:

- Los programas destinados a la formación del personal sanitario sobre conducta suicida deberían incluir información sobre factores de riesgo y de protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis.
- El formato podrá ser presencial, online o mixto, y basarse en conferencias, discusión de casos o role-playing.
- Los programas de formación en los Servicios de Salud Mental deberían abordar, además de los aspectos generales sobre suicidio, la adquisición de habilidades en el manejo y prevención de la conducta suicida.
- Es conveniente que todos los profesionales reciban formación específica sobre las posibles implicaciones emocionales del suicidio de un paciente y las estrategias de afrontamiento necesarias.
- Debería existir una periodicidad que permita el refuerzo de los contenidos formativos.

Otras recomendaciones incluyen:

- Se recomienda su consideración como competencia básica de los profesionales (Gobierno Vasco, 2019).
- La formación y capacitación en prevención de suicidio será periódica y se basará en la evidencia científica y en las mejores prácticas disponibles (Gobierno Vasco, 2019).

1.7. Justificación y especificidades por perfil profesional

La necesidad de formación sobre conductas suicidas en los profesionales sanitarios parece clara. Sin embargo, existen una serie de características específicas en los diferentes perfiles profesionales. Además, la relación con las personas con riesgo suicida también es diferente en cada perfil profesional. Estos aspectos diferenciales les confieren una serie de necesidades de formación específicas. Se describen a continuación.

Profesionales de Salud Mental

La formación dirigida a los profesionales de Salud Mental debe ser la más completa. Los profesionales de Salud Mental deben ser capaces de realizar acciones preventivas, de evaluación e intervención en todas las fases, incluyendo la postvención.

Profesionales de la Red de Atención a las Drogodependencias

El consumo de tóxicos y alcohol se comporta no sólo como factor de riesgo sino también como factor precipitante (Ministerio de Sanidad, 2020). Los trastornos relacionados con el alcohol y otros tóxicos son frecuentes en las personas que se suicidan, y pueden exacerbar factores de riesgo o interactuar con la depresión, de forma que se incrementa el riesgo de conductas suicidas (Turecki y Brent, 2016). 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, y 13,5 veces mayor en el caso de consumo de opioides. Existen trastornos debidos al consumo de alcohol u otras sustancias en un 25-50% de los suicidios, y el riesgo de suicidio aumenta si el uso de alcohol u otras sustancias va acompañado de otros trastornos psiquiátricos (Gobierno Vasco, 2019). Hasta el 40% de los pacientes que demandan un tratamiento para su adicción a tóxicos tienen antecedentes de intento de suicidio (Yuodelis-Flores y Ries, 2015). Por su parte, según los informes del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, Canarias ha sido la Comunidad que ha presentado las mayores tasas de “admisión a tratamiento” durante varios años (Gobierno de Canarias, 2019).

Por todo ello es fundamental que los profesionales de la Red de Atención a las Drogodependencias estén formados en la prevención de la conducta suicida.

Profesionales de Atención Primaria

El equipo de Atención Primaria (AP) supone la puerta de entrada a la sanidad pública, ya que es el que realiza el primer contacto con los pacientes. Se estima que el 45% de las personas que se suicidan han acudido en el mes anterior a la consulta de AP (Luoma et al., 2002). Por tanto, el equipo de AP se describe clave como elemento identificador. Además, los profesionales de AP tienen una extraordinaria importancia a la hora de la evaluación y manejo de la conducta suicida, dada la relación de confianza que habitualmente tienen con sus pacientes. Los profesionales de AP pueden evaluar básicamente tres tipos de pacientes: 1) aquellos que han sobrevivido a un intento de suicidio; 2) los que acuden a la consulta manifestando ideación suicida y 3) los que tienen ideación suicida pero aún no la han manifestado verbalmente (Lastra et al., 1998). Tal es la importancia de AP que algunos autores opinan que la reducción de la tasa de suicidio solo podrá lograrse si se mejora la capacidad de los médicos de AP en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales (Haste et al., 1998). En esta línea, una medida preventiva importante sería la capacitación de los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico de la entrevista clínica (Ministerio de Sanidad, 2020). La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada (Ministerio de Sanidad, 2020). Según una reciente revisión sistemática centrada en la formación sobre suicidio dirigida a AP que se ha realizado en diferentes países en las últimas décadas, existe un patrón común de enfoque, consistente en una sección teórica, complementada con una práctica interactiva (Audouard-Marzin et al., 2019).

Profesionales sanitarios del 112

Los profesionales sanitarios del 112 pueden ser el primer contacto con personas en riesgo suicida (Gobierno de Navarra, 2014; Murphy et al., 2015), tanto por ideación o intención suicida expresada explícitamente, como en aquel riesgo suicida no expresado. La OMS señala la necesidad de formación en este colectivo profesional (OMS, 2014).

Se ha recomendado que la formación sobre actuación ante la conducta suicida dirigida a profesionales sanitarios del 112 esté incluida en la formación continuada y sea de carácter obligatorio, y con una periodicidad de reciclaje anual (Gobierno de Navarra, 2014).

Profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias hospitalarios

Los profesionales de los Servicios de Urgencias hospitalarios son los que realizan la primera atención a los pacientes tras intentos de suicidio, o de aquellos que acuden por ideación suicida, siendo por ello fundamental que estos profesionales estén formados en la conducta suicida (Gobierno Vasco, 2019). La OMS señala la necesidad de formación en este colectivo profesional (OMS, 2014).

Los casos atendidos e identificados en los Servicios de Urgencias hospitalarios representan una oportunidad para iniciar el contacto del paciente en programas de atención, evaluación y seguimiento de pacientes que realizan un intento de suicidio. Por ello es fundamental que los profesionales de estos servicios sepan detectar y derivar estos casos (Ayuso-Mateos et al., 2012).

La formación del médico de urgencias y del personal sanitario del 112 en la atención a pacientes con conducta suicida debería incluir todos aquellos aspectos considerados de su competencia y, entre otros, los siguientes:

- Formación adecuada en la realización de una evaluación del estado y capacidad mental del paciente y de su estado de ánimo.
- Habilidades de entrevista clínica para la detección de patología psiquiátrica comórbida, factores de riesgo, y grupos de riesgo de suicidio.
- Habilidades en la detección de riesgo de suicidio inmediato.
- Conocimiento básico de las condiciones médico-legales de las situaciones de emergencia, especialmente del consentimiento informado del tratamiento y, en situaciones de no consentimiento, habilidad suficiente para manejar una situación de emergencia (Ministerio de Sanidad, 2020).

Farmacéuticos

Los farmacéuticos pueden ser los primeros profesionales que tengan conocimiento de un posible riesgo suicida. Por su parte, pueden tener un papel relevante en la reducción del acceso a medios letales. La formación dirigida a este colectivo profesional también se ha incluido en la Estrategia de Prevención del suicidio de Euskadi, en la que se pretende proporcionarles 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 (Gobierno Vasco, 2019).

El potencial de los farmacéuticos en la prevención del suicidio no se ha reconocido aún lo suficiente (Murphy et al., 2015). Existe una alta prevalencia de interacción de los farmacéuticos con personas con riesgo suicida y signos de alarma verbales y no verbales (Carpenter et al., 2020). Las medicaciones prescritas están implicadas en la mayoría de las sobredosis medicamentosas, que son uno de los métodos principales de suicidio (Murphy et al., 2015; Carpenter et al., 2020). Los programas formativos dirigidos a farmacéuticos han mostrado resultados positivos, si bien la efectividad global no está demostrada (Murphy et al., 2015).

2. Formación a profesionales sanitarios. Aspectos comunes

2.1. Características

- La formación será de ámbito autonómico.
- Los contenidos y recomendaciones específicas se basarán en documentos científicos internacionales y nacionales.
- El enfoque será teórico-práctico.
- Además de los contenidos propios de la edad adulta, deberá valorarse la inclusión de contenidos relativos a la edad infantojuvenil.
- La modalidad deberá adaptarse a las necesidades y a diversas circunstancias, en aras de conseguir la mayor eficiencia y participación. Puede ser presencial, online o mixto.
- La formación debe realizarse con periodicidad. Se propone una periodicidad de 3 años (máximo, 4 años).
- La formación deberá ser acreditada.

2.2. Edad infantojuvenil

La conducta suicida en edad infantojuvenil comporta múltiples aspectos específicos y diferenciales respecto a la edad adulta (Hawton et al., 2012; Picazo-Zappino, 2014; Dilillo et al., 2015; Soole et al., 2015; Gillies et al., 2018). Esta área debe ser incluida en la formación dirigida a profesionales sanitarios.

Se recomiendan dos enfoques formativos, que no son mutuamente excluyentes:

1. Formación específica sobre conductas suicidas en edad infantojuvenil.
2. Contenidos formativos integrados en la actividad formativa sobre conducta suicida.

La formación específica parece recomendable para los profesionales de Salud Mental y Atención Primaria, sin perjuicio de que asimismo puedan integrarse los contenidos sobre la edad infantojuvenil en las actividades formativas de carácter global.

La integración de contenidos en actividades formativas parece recomendable en el caso de profesionales de atención a las drogodependencias, profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias, profesionales sanitarios del 112, y farmacéuticos.

2.3. Acreditación

- La acreditación de las actividades formativas es un aspecto esencial, ya que supone un proceso de evaluación de su calidad. Estas, una vez evaluadas, contarán con la acreditación y la asignación de un número determinado de créditos. El aval de calidad resulta útil tanto para los organizadores como para las personas asistentes.
- La acreditación en Canarias se realiza a través de la Comisión de Acreditación de la Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Canarias. La información completa y formularios necesarios se encuentra disponible en la página web de su sede electrónica:
<https://sede.gobcan.es/sede/tramites/2903>

2.4. Dificultades potenciales

2.4.1 Ámbito autonómico y modalidad de la actividad formativa

Si bien el ámbito autonómico es una necesidad indiscutible, la dispersión geográfica de Canarias implica una mayor dificultad para su logro adecuado. Hasta la fecha, habitualmente las actividades de ámbito

autonómico se imparten únicamente en las islas capitalinas, ya que la impartición de la actividad formativa por el mismo o los mismos docentes en las siete islas no parece coste – efectiva y raramente resulta factible. Existen otras alternativas, todas ellas con beneficios e inconvenientes:

- Actividad formativa online. Esta opción tiene el inconveniente de que la naturaleza de determinados contenidos hace que su impartición sea preferiblemente presencial, sobre todo lo relacionado con la evaluación e intervención, ambas áreas de gran relevancia.
- Actividad formativa en islas capitalinas, con dotación económica que incluya el desplazamiento de los profesionales asistentes desde otras islas no capitalinas. Solo resulta factible en actividades con bajo número de participantes de estas islas.
- Colaboración de los organizadores de la actividad formativa impartida en las islas capitalinas con las Gerencias de Servicios Sanitarios y Servicios de Psiquiatría de las islas no capitalinas, para su impartición paralela en estas por profesionales de estas islas. En tal caso, los objetivos, contenidos y enfoque docente deben ser los mismos que la actividad formativa impartida en las islas capitalinas. La colaboración sería esencial para facilitar la actividad y la homogeneidad en nuestra Comunidad.
- Elaboración e impartición en paralelo de la actividad formativa en las diferentes gerencias, por profesionales de cada gerencia. Específicamente, en las islas capitalinas, por la Dirección Gerencia de los diferentes hospitales (o las Gerencias de Atención Primaria, en las actividades formativas dirigidas a AP); y en las islas no capitalinas, por las Gerencias de Servicios Sanitarios; todas ellas en colaboración con los respectivos Servicios de Psiquiatría. Para garantizar la homogeneidad, debería contarse con: i) coordinación por parte del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, ii) personas docentes en cada gerencia, iii) contenidos y documentos oficiales de referencia comunes, iv) igualdad en las posibles directrices incluidas.

La elección de la modalidad que se estime más conveniente dependerá de varios factores, como el colectivo de profesionales al que esté dirigido, las características de la actividad formativa y la factibilidad.

2.4.2. Riesgo de baja participación

La difusión de la actividad formativa debe realizarse con la suficiente antelación en todos los dispositivos implicados (Red de Salud Mental, Red de Atención a las Drogodependencias, Red de Atención Primaria, etc.) del Servicio Canario de la Salud.

2.4.3. Exceso de demanda para las plazas ofertadas

En caso de marcado excedente de demanda en relación con las plazas ofertadas, puede valorarse la repetición de la actividad formativa a corto plazo.

2.5. La modalidad online

La modalidad online tiene diversas ventajas, como permitir un ámbito amplio de la actividad formativa, un acceso a los contenidos de forma que se ajuste a las necesidades de cada participante, y la facilidad en la accesibilidad a estos. Sin embargo, la modalidad presencial es mejor opción para determinadas áreas de naturaleza práctica (por ejemplo, ejercicios prácticos tipo role-playing con debate posterior; u otros enfoques en los que se requiera una mayor interacción entre docente y asistente). Por lo tanto, la decisión de incluir o no la modalidad online deberá realizarse teniendo en cuenta diversos factores, entre los cuales destacan la naturaleza de la materia impartida, y el enfoque docente. La naturaleza de las actividades formativas puede ser presencial, online o mixta.

El SCS cuenta con una plataforma propia para la formación online. Se trata de una plataforma tipo Moodle. Un requisito básico para su utilización es la pertenencia de los profesionales asistentes al SCS. Se encuentra ubicada en la siguiente página web: <https://gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/formacion>

3. Formación a profesionales de salud mental y drogodependencias

3.1. Objetivos

Objetivo general

Capacitar a los profesionales de Salud Mental y Drogodependencias para realizar una adecuada evaluación e intervención de las personas en riesgo de suicidio.

Objetivos específicos

- Actualizar y mejorar los conocimientos teóricos sobre la conducta suicida.
- Actualizar y mejorar los conocimientos y habilidades para evaluar el riesgo de suicidio.
- Mejorar o perfeccionar las técnicas de escucha y comunicación.
- Perfeccionar la técnica de entrevista clínica y evaluación de la conducta suicida.
- Conocer las herramientas de evaluación de la conducta suicida.
- Actualizar y mejorar los conocimientos y habilidades para la intervención en personas con riesgo suicida.
- Conocer procedimientos y protocolos de actuación ante el paciente con conducta suicida.
- Actualizar y mejorar los conocimientos y habilidades relativas a la postvención y el duelo por suicidio.

3.2. Características

Además de las características comunes reflejadas previamente, las características serán las siguientes:

- La duración debe ser la suficiente como para abarcar los contenidos más completos y avanzados propios de la Salud Mental.
- Se recomienda que los contenidos tengan un balance entre aspectos esenciales y aspectos más avanzados y actualizados, que supongan una aportación valiosa para el conocimiento y la actuación clínica.
- La formación en conducta suicida debe formar parte esencial de los programas de formación continuada para profesionales de Salud Mental, así como de los programas de Formación Sanitaria Especializada en Salud Mental (MIR, PIR y EIR) que se desarrollan en el Servicio Canario de Salud.
- Dado que las características de los cursos dirigidos a Salud Mental y a Drogodependencias son similares, por razones de factibilidad, se pueden desarrollar cursos dirigidos a ambas Redes, tal y como se ha realizado previamente, sin perjuicio de que se puedan realizar de forma diferenciada si resulta factible.

3.3. Contenido

- Las actividades formativas dirigidas a Drogodependencias, sea en formato específico o compartido con Salud Mental, deben incluir la relación entre consumo de tóxicos y riesgo suicida; los tóxicos como factor de riesgo y como factor precipitante; y la asociación entre patología dual y riesgo suicida.
- Deberán incluir información sobre factores de riesgo y de protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis (Ministerio de Sanidad, 2020).
- Los programas de formación en los Servicios de Salud Mental deberían abordar, además de los aspectos generales sobre suicidio, la adquisición de habilidades en el manejo y prevención de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, 2020).
- Es conveniente que todos los profesionales reciban formación específica sobre las posibles implicacio-

nes emocionales del suicidio de un paciente y las estrategias de afrontamiento necesarias (Ministerio de Sanidad, 2020).

3.4. Indicadores

- Realización de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales de la Red de Salud Mental, de ámbito autonómico (Sí / No)
- Realización de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales de la Red de Atención a las Drogodependencias, de ámbito autonómico (Sí / No)
- Porcentaje de profesionales asistenciales de cada Gerencia que han recibido formación en prevención de suicidio.
- Porcentaje de Profesionales en Formación como Especialistas en Salud Mental vía Residencia que asisten a la actividad formativa.

3.5. Responsables

- Responsable: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.
- Difusión: SCS, Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, Jefaturas de Servicio de Psiquiatría.

4. Formación a profesionales de atención primaria

4.1. Objetivos

Objetivo general

Capacitar a los profesionales de Atención Primaria para realizar una adecuada evaluación e intervención de las personas en riesgo de suicidio.

Objetivos específicos

- Adquirir conocimientos teóricos sobre la conducta suicida.
- Adquirir o mejorar conocimientos y habilidades para evaluar el riesgo de suicidio.
- Mejorar las técnicas de escucha y comunicación.
- Adquirir conocimientos y habilidades sobre la entrevista clínica y evaluación de la conducta suicida.
- Conocer las herramientas de evaluación de la conducta suicida.
- Adquirir conocimientos y habilidades para la intervención en personas con riesgo suicida.
- Adquirir conocimientos y habilidades relativas a la postvención y el duelo por suicidio.

4.2. Características

- Si bien los aspectos prácticos son importantes en cualquier actividad formativa en conducta suicida, en las actividades dirigidas a AP cobran aún mayor relevancia.
- La actividad formativa debe abarcar aquellos aspectos que deben conocer y manejar los profesionales de AP en relación con el riesgo suicida y la conducta suicida. Tales aspectos están incluidos en la GPC de prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, 2020). En síntesis, deben ser capaces de:
 - Evaluar y tratar la ideación y conducta suicidas, implementando, en caso necesario, programas específicos acerca de su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Explorar pensamientos suicidas en los pacientes en los que se sospeche ideación suicida y presenten factores de riesgo de suicidio.
 - Realizar preguntas a los pacientes, de forma gradual y adecuada, sobre sus ideas de suicidio.
 - En caso de detectarse ideación suicida, realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la posibilidad real de suicidio (frecuencia y gravedad de las ideas, grado de planificación, etc.).
 - Intervención en caso de ideación suicida y riesgo de suicidio.
 - Actuación inmediata ante intento de suicidio: evaluación e intervención
 - Situaciones de derivación urgente y preferente
 - Coordinación con Salud Mental
- La GPC de prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, 2020) recomienda que los programas de formación en Atención Primaria incluyan, además de contenidos específicos sobre el suicidio, otros referidos a la detección y tratamiento de la depresión.

4.3. Contenidos

Sin perjuicio de las posibles adaptaciones que se consideren necesarias, a priori, se recomiendan los siguientes contenidos:

Parte teórica

1. La conducta suicida: concepto y definiciones
2. Epidemiología e impacto social
3. Factores de riesgo, factores protectores, factores precipitantes y señales de alerta
4. Evaluación clínica
 - Aspectos prácticos de la evaluación
 - Evaluación del riesgo suicida
 - Evaluación de la conducta suicida
5. Intervención
 - Aspectos prácticos de la intervención
 - Recomendaciones
 - Recomendaciones según el riesgo suicida
6. Riesgo suicida y conducta suicida en edad infantojuvenil. Características diferenciales.
7. Aspectos legales
8. La GPC de prevención y tratamiento de la conducta suicida.
9. La depresión. Diagnóstico, tratamiento y riesgo suicida

Parte práctica

Entrevistas clínicas (p.ej: vídeos de entrevistas reales, vídeos de entrevistas simuladas, entrevistas en el entorno del curso con modalidad role-playing)

4.4 Profesionales

En principio, estas actividades formativas deben ir dirigidas a médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), enfermeros/as, pediatras, y profesionales en periodo de formación (MIR de MFyC, EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria), que pertenezcan a la Red de Atención Primaria del SCS.

4.5. Indicadores

- Realización de actividad formativa dirigida a AP, de ámbito autonómico (Sí/No)
- Porcentaje de Centros de AP en los que al menos un profesional participa en la actividad formativa.

4.6. Responsables

- Responsables: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.
- Colaboración y Difusión: Servicio de Atención Primaria de la DGPPAA, Gerencias de AP.

5. Formación a profesionales sanitarios del 112

5.1. Objetivos

Objetivo general

Dotar de herramientas para hacer frente de forma eficaz a situaciones de crisis y riesgo suicida, a los profesionales de emergencias y primera intervención.

Objetivos específicos

- Adquirir conocimientos teóricos sobre la conducta suicida.
- Adquirir conocimientos para evaluar el riesgo de suicidio.
- Adquirir técnicas de escucha y comunicación.
- Adquirir la preparación adecuada para mediar en primera línea, sabiendo cómo identificar y reducir la intensidad de las crisis suicidas.
- Modificar las posibles actitudes negativas de los profesionales hacia la conducta suicida.
- En el caso de un suicidio, establecer eficazmente el primer contacto con la familia y el entorno cercano de la persona fallecida.

5.2. Características y contenido

Dadas las especiales características que pueden revestir las llamadas sobre un intento de suicidio o un suicidio, la formación en este tema dirigida a operadores de coordinación, jefes de sala y médicos coordinadores, tendrá un contenido común, adaptado a las funciones específicas de cada grupo de profesionales:

- Proceso y tratamiento de una llamada recibida en el Centro de Gestión de Emergencias.
- Guía de preguntas a realizar.
- Indicaciones a dar.
- Temas de conversación que pueden tener efectos positivos o negativos para la disuasión de la idea.
- Soporte informático que facilite su consulta por el profesional en cualquier momento de la atención telefónica (Gobierno de Navarra, 2014).
- Intervención ante diferentes situaciones.

5.3. Indicadores

- Realización de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales del 112, de ámbito autonómico (Sí / No)
- Porcentaje de profesionales sanitarios del 112 que han recibido formación en prevención de suicidio.

5.4. Responsables

- Responsable: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.
- Difusión: SCS, Servicio de Urgencias Canario, en colaboración con el Servicio de Salud Mental de la DG-PPAA

6. Formación a profesionales sanitarios de los servicios de urgencias hospitalarios

6.1. Objetivos

Objetivo general

Dotar de herramientas para hacer frente de forma eficaz a situaciones de crisis y riesgo suicida, a los profesionales de los Servicios de Urgencias hospitalarios.

Objetivos específicos

- Adquirir conocimientos teóricos sobre la conducta suicida.
- Adquirir conocimientos para evaluar el riesgo de suicidio.
- Adquirir técnicas de escucha y comunicación.
- Adquirir la preparación adecuada para mediar en primera línea, sabiendo cómo identificar y reducir la intensidad de las crisis suicidas.
- Modificar las posibles actitudes negativas de los profesionales hacia la conducta suicida.
- En el caso de un suicidio, establecer eficazmente el primer contacto con la familia y entorno cercano de la persona fallecida.

6.2. Características y contenido

- La formación del médico de urgencias (que incluye el personal sanitario del 112) en la atención a pacientes con conducta suicida debería incluir todos aquellos aspectos considerados de su competencia y, entre otros, los siguientes:
 - Formación adecuada en la realización de una evaluación del estado y capacidad mental del paciente y de su estado de ánimo.
 - Habilidades en la detección de riesgo de suicidio inmediato.
 - Conocimiento básico de las condiciones médico-legales de las situaciones de emergencia, especialmente del consentimiento informado del tratamiento y, en situaciones de no consentimiento, habilidad suficiente para manejar una situación de emergencia (Ministerio de Sanidad, 2020).
- Se recomienda que los programas de formación en los Servicios de Urgencias aborden aspectos generales sobre el suicidio y potencien el desarrollo de competencias en la entrevista clínica para la detección de patología psiquiátrica comórbida, factores y grupos de riesgo de suicidio (Ministerio de Sanidad, 2020).
- Esta formación debe formar parte de los programas de formación continuada para profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias hospitalarios. Se debe incluir esta actividad formativa en el programa de la Formación Sanitaria Especializada en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria que se imparte en el Servicio Canario de Salud, puesto que estos profesionales realizan intervenciones en los servicios de Urgencias hospitalarios.

6.3. Indicadores

- Realización de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias hospitalarios, de ámbito autonómico (Sí / No)
- Porcentaje de profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias hospitalarios que han recibido formación en prevención de suicidio.

6.4. Responsables

- Responsable: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.
- Difusión: SCS, Gerencias de los hospitales, en colaboración con el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA.

7. Formación a farmacéuticos

7.1. Objetivos

Objetivo general

Capacitar a profesionales de farmacia para la identificación y actuación ante situaciones de riesgo suicida; reduciendo, si es posible, el acceso a medios letales.

Objetivos específicos

- Adquirir conocimientos teóricos sobre la conducta suicida.
- Adquirir conocimientos para evaluar el riesgo de suicidio.
- Adquirir conocimientos sobre la intervención, especialmente sobre la reducción del acceso a los medios letales.

7.2. Características y contenido

Se recomiendan las siguientes características y contenidos, basados en hallazgos y experiencias previas.

- Las actividades formativas deberían incluir contenidos básicos sobre la conducta suicida, la identificación de los signos de alarma, la evaluación del riesgo suicida, cómo comunicarse con las personas con riesgo suicida, intervención, y modos de derivación a los dispositivos adecuados en cada caso (Murphy et al., 2015; Carpenter et al., 2020).
- Las actividades formativas deberían incluir aspectos relacionados con el apoyo en la postvención, así como aquellos dirigidos a reducir el posible estigma hacia las personas con conductas suicidas y/o riesgo suicida (Murphy et al., 2015).
- Las actividades tipo role playing o simulaciones pueden ser muy útiles para modelar las interacciones entre los farmacéuticos y los pacientes con signos de alarma de suicidio (Carpenter et al., 2020).
- La restricción del acceso a medios letales farmacológicos debe ser un tema central en esta formación (Carpenter et al., 2020).
- Resulta conveniente la transmisión y adquisición de los aspectos básicos al conjunto de las plantillas de las farmacias, de tal modo que la actuación ante personas con signos de alarma sea homogénea y coordinada (Carpenter et al., 2020).
- Sin perjuicio de la evaluación de otros modelos, o de su posible adaptación, un modelo de referencia recomendable es el de la Administración de Veteranos en EEUU (Lavigne et al., 2012; Carpenter et al., 2020). Este modelo incluye:

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

1. Cómo reconocer los signos de alarma de suicidio
2. Cómo preguntar si alguien está pensando en el suicidio
3. Cómo validar los sentimientos para alentar una conversación abierta
4. Cómo derivar de forma adecuada

Este modelo incluye la realización de conversaciones a modo role playing.

7.3. Indicadores

- Realización de al menos una actividad formativa dirigida a farmacéuticos (Sí / No).

7.4. Responsables

- Responsable: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, en colaboración con el Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación.
- Difusión: Colegios Oficiales de Farmacéuticos, tras información y difusión a estos por parte del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, y el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA.

8. Formación en conducta suicida en edad infanto-juvenil

8.1. Objetivos

Objetivo general

Capacitar a los profesionales sanitarios para la evaluación, identificación e intervención adecuadas ante situaciones de riesgo suicida en población infantojuvenil.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos dependerán del perfil profesional sanitario al que esté dirigida la actividad formativa.

8.2. Contenido y características

Con base a bibliografía relevante (Hawton et al., 2012; Picazo-Zappino, 2014; Dilillo et al., 2015; Soole et al., 2015; Gillies et al., 2018), y a experiencias formativas previas en nuestra Comunidad, se recomiendan los siguientes contenidos de referencia. Su modificación, ampliación o reducción dependerán del enfoque de la actividad formativa (global, o específica sobre edad infantojuvenil) y los profesionales a los que esté dirigida.

- Epidemiología
- Conducta suicida. Conceptos.
- Prevención
- Características diferenciales de la conducta suicida en edad infantojuvenil.
- Características diferenciales de la conducta suicida según edades: preadolescencia – adolescencia.
- Factores de riesgo, factores de protección, precipitantes, signos de alarma
- Evaluación e intervención

En cuanto a las características, se entiende fundamental el componente práctico de la actividad formativa. Este aspecto debe influir notablemente en la modalidad y otras características elegidas para la acción formativa.

8.3. Indicadores

- Realización de al menos una actividad formativa específica sobre conducta suicida en edad infantojuvenil, dirigida a profesionales de Salud Mental (Sí / No)
- Realización efectiva de al menos una actividad formativa específica sobre conducta suicida en edad infantojuvenil, dirigida a profesionales de Atención Primaria (Sí / No)
- Porcentaje de acciones formativas sobre conductas suicidas, dirigidas a profesionales sanitarios, que incluyen contenidos sobre conductas suicidas en edad infantojuvenil.

8.4. Responsables

Actividades formativas específicas sobre conducta suicida en edad infantojuvenil

- Coordinación y apoyo institucional: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.
- Desarrollo: Jefaturas de Servicio de Psiquiatría infantojuvenil.

Bibliografía

Audouard-Marzin, Y., Kopp-Bigault, C., Scouarnec, P. and Walter, M. (2019). General practitioners training about suicide prevention and risk: A systematic review of literature. *La Presse Médicale*, 48(7–8), pp.767–779.

Ayuso-Mateos, J.L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P.A. and Saiz Ruiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), pp.8–23.

Carpenter, D.M., Lavigne, J.E., Colmenares, E.W., Falbo, K. and Mosley, S.L. (2020). Community pharmacy staff interactions with patients who have risk factors or warning signs of suicide. *Research in Social and Administrative Pharmacy*; in press.

Dilillo, D., Mauri, S., Mantegazza, C., Fabiano, V., Mameli, C. and Zuccotti, G.V. (2015). Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics*, [online] 41(1).

Gillies, D., Christou, M.A., Dixon, A.C., Featherston, O.J., Rapti, I., Garcia-Angueta, A., Villasis-Keever, M., Rebye, P., Christou, E., Al Kabir, N. and Christou, P.A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, [online] 57(10), pp.733–741.

Gobierno de Canarias (2019). Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias.

Gobierno de La Rioja. La Rioja. Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja. Disponible en: http://www.rioja-salud.es/f/rs/docs/PLAN_PREVENCION_CONDUCTA_SUICIDA_DEF.pdf

Gobierno de Navarra. (2014). Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y Actuación ante conductas suicidas. [online] Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf> [Accessed 10 Nov. 2019].

Gobierno Vasco (2019). Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi. [online] Disponible en: <https://>

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_preencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_preencion_suicidio_cast.pdf.
- Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care. An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1759-63.
- Hawton, K., Saunders, K.E. and O'Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, [online] 379(9834), pp.2373–2382.
- ISTAC (2017). ISTAC | Análisis de la mortalidad. 2017. [online] Available at: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/.content/noticias/analisis-mortalidad-canarias.html> [Accessed 23 Nov. 2019].
- Lastra I, y cols. Prevención de las conductas suicidas. En: Vázquez-Barquero JL, ed. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 753-70.
- Lavigne, J. E., King, D. A., Lu, N. J., Knox, K. L., & Kemp, J. E. (2012). Pharmacist and pharmacy staff knowledge, attitudes and motivation to refer patients for suicide risk assessment: lessons from Operation SAVE.
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):909-16.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*. (2005); 294(16):2064–2074.
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012*, revisada en 2020.
- MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid. [online] Available at: <https://www.sergas.es/docs/Avalia-t/avaliat200903gpcCondSuicida1.pdf>
- Murphy, A.L., Gardner, D.M., Chen, T.F., O'Reilly, C. and Kutcher, S.P. (2015). Community pharmacists and the assessment and management of suicide risk. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*, [online] 148(4), pp.171–175. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530357/> [Accessed 5 Jan. 2020].
- Navarrete Betancort, E. M., Herrera Rodríguez, J., & León Pérez, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135).
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global.
- Parlamento Europeo (2009). Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental (2008/2209(INI)). [online] Available at: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+XML+V0//ES> [Accessed 12 Nov. 2019].
- Picazo-Zappino, J. (2014). Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3), pp.125–132.
- Roths, I. A., Henriques, M. R., Leal, J. B., and Lemos, M. S. (2014). Facing a patient who seeks help after a suicide attempt: The difficulties of health professionals. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(2), pp.110–122.
- Servicio Extremeño de Salud. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales Dirección General de Asistencia Sanitaria. (2018). I Plan de Acción para la Prevención y abordaje de las conductas suicidas en Extremadura. [online]

Soole, R., Kølves, K. and De Leo, D. (2014). Suicide in Children: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 19(3), pp.285–304.

Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Plan de prevención del suicidio en Galicia: Lineas Estrategicas. (2017). [online]

Yuodelis-Flores, C. and Ries, R.K. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American Journal on Addictions*, 24(2), pp.98–104.

Objetivo específico 6. Mejorar la actuación clínica en situaciones específicas de riesgo y complejidad.
Acción 6.1. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.
Acción 6.2. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.
Acción 6.3. Desarrollar intervenciones de contacto activo y seguimiento en pacientes dados de alta por conducta suicida o riesgo suicida.
Acción 6.4. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico.
Acción 6.5. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico de edad infantojuvenil.
Acción 6.6. Planificación y estudio de viabilidad de una Unidad de Internamiento Ultrabreve por provincia para pacientes con riesgo suicida considerable e incierto.

Acción 6.1. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.

1. Introducción

El suicidio se considera en la actualidad un problema de salud pública importante. Su magnitud e impacto epidemiológico y social no solo incluye la mortalidad por suicidio, siendo una de las principales causas de años de vida perdidos por enfermedad en la actualidad, sino también los intentos de suicidio y la ideación suicida, así como las consecuencias que todo ello tiene en la calidad de vida de la población (WHO, 2019).

La magnitud real del suicidio está infraestimada debido a las limitaciones de las estadísticas nacionales e internacionales en el registro de los casos de suicidio (Ayuso-Mateos et al., 2012). Estas limitaciones son aún mayores al analizar los intentos de suicidio (Ruiz-Pérez et al., 2006). Las cifras estimadas en España están entre 50-90 por 100.000 habitantes / año, con las limitaciones expresadas (Ministerio de Sanidad, 2020). El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extrahospitalario de 28/100.000 habitantes y de 170/100.000 habitantes en medio hospitalario (Ministerio de Sanidad, 2020).

En Canarias no disponemos de registros fiables que nos permitan inferir la epidemiología de los intentos de suicidio. Aunque se dispone de una *Ficha de registro de conductas suicidas* integrada en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP) y la Historia Clínica Electrónica, su cumplimentación ha sido baja y desigual (DGPPAA, 2020).

Los Servicios de Urgencias hospitalarios son especialmente relevantes en relación al suicidio, debido a que en muchas ocasiones son los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida toma contacto con el sistema sanitario (Ministerio de Sanidad, 2020), por lo que el establecimiento de un protocolo en esta fase de tratamiento se hace totalmente necesario. En el Servicio de Urgencias se deberán favorecer los procedimientos de vigilancia, cribado, tratamiento y derivación a Psiquiatría de aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio, siendo necesaria una colaboración fluida entre el Servicio de Urgencias y el de Psiquiatría. En el Servicio de Urgencias pueden verse tres grupos diferentes de pacientes con riesgo significativo de conducta suicida (Ministerio de Sanidad, 2020):

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

Los pacientes con ideas de suicidio o intento de suicidio atendidos en los Servicios de Urgencias tienen un claro mayor riesgo de suicidio que la población general. Según un reciente meta-análisis que incluyó 115 estudios sobre la tasa de suicidio en pacientes dados de alta de entornos no psiquiátricos (Servicios de Urgencias, u otros servicios médicos) tras acudir presentando ideas suicidas o conductas suicidas, halló una tasa de suicidio de 483 por 100.000 personas / año. La tasa fue mayor en el primer año tras el alta, pero continuó siendo elevada a largo plazo (Wang et al., 2019). Por su parte, cuando los pacientes acuden a Urgencias por motivos diferentes a la ideación o conducta suicida, el riesgo suicida con frecuencia no se detecta. Por ejemplo, solo al 50% de los fallecidos por suicidio que habían acudido al Servicio de Urgencias en el año previo se les había detectado un problema de salud mental (Betz et al., 2016). Globalmente, aproximadamente entre el 6 y el 10% de los adultos que acuden a Urgencias, incluyendo aquellos cuyo motivo de consulta está relacionado con un problema médico (no psiquiátrico), tienen ideación suicida. A menos que se les pregunte directamente, es posible que los pacientes no hablen sobre tales ideas (Betz et al., 2016).

La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más importantes, complejas y difíciles a las que debe de enfrentarse cualquier clínico. En el marco actual en el que se desarrolla la práctica psiquiátrica cotidiana, cada vez se presta mayor atención a la potencial responsabilidad derivada de una evaluación del riesgo suicida insuficiente o incorrecta. Uno de los problemas más frecuentes consiste en no documentar adecuadamente nuestros juicios y observaciones clínicas. Por otro lado, cabe destacar que el uso de escalas psicométricas para la evaluación del comportamiento suicida aún no se ha incorporado de modo rutinario a la práctica clínica. En una encuesta realizada recientemente a 400 psiquiatras en España, se observó que solo un 10% utilizan de forma habitual escalas y cuestionarios estructurados para evaluar el riesgo de suicidio (Ayuso-Mateos et al., 2012).

La necesidad del establecimiento de un protocolo único en los Servicios de Urgencias hospitalarios de Canarias se justifica por varios aspectos: la dificultad y complejidad del procedimiento de evaluación e intervención; la magnitud del problema y sus potenciales repercusiones, con pérdida de vidas y posibles procedimientos legales; la necesidad de un marco establecido de criterios de actuación ante situaciones críticas, como la petición de alta voluntaria o el abandono del Servicio; la necesidad de establecer criterios comunes en aspectos relevantes como el triaje inicial, la seguridad, o el seguimiento, en el contexto de una coordinación adecuada con los servicios de Salud Mental ambulatorios; la conveniencia de una actuación homogénea en nuestra Comunidad, establecida a través de un grupo de trabajo y mediante un procedimiento consensuado.

2. Acción

2.1. Objetivos

Establecer mecanismos articulados, coordinados y basados en el conocimiento científico disponible, con objeto de minimizar el riesgo de suicidio de los pacientes ingresados en los Servicios de Urgencias de los hospitales generales de Canarias.

2.2. Alcance

2.2.1. Alcance de aplicación

- Servicios de Urgencias: El protocolo se aplicará en los Servicios de Urgencias de los hospitales generales.
- Pacientes: El protocolo será de aplicación para los pacientes que ingresen en los Servicios de Urgencias de los hospitales generales, en los que se estime que exista riesgo de suicidio. Específicamente, esto incluye a los pacientes con conductas suicidas (intento de suicidio, gesto autolítico o autolesión deliberada), a aquellos con ideas de suicidio (expresadas espontáneamente o identificadas en entrevista clínica), y a quienes se estime que tienen riesgo suicida, a través de aspectos varios (p.ej: comentarios indirectos, información proporcionada por familiares u otros profesionales sanitarios, etc.).
- Áreas: Las acciones contempladas en el protocolo abarcarán las relativas a los pacientes (evaluación e intervención), a los profesionales implicados (de Salud Mental y de los Servicios de Urgencias de los hospitales generales) y a los aspectos relativos a la adecuada coordinación (entre los profesionales mencionados, y entre Salud Mental hospitalaria y ambulatoria).

2.2.2. Alcance de contenido

El alcance del protocolo no será global en cuanto a la evaluación e intervención, ya que la amplitud de las variables y factores implicados hace recomendable la evaluación y toma de decisiones de forma individualizada, cuyos marcos principales de referencia son el juicio clínico y las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica. Sin embargo, sí se incluirán aspectos específicos implicados en el proceso de atención y actuación en el paciente con riesgo suicida, como el cribado y clasificación inicial en el Servicio de Urgencias, medidas de seguridad (como el registro y retirada de objetos potencialmente dañinos) y las indicaciones de contención mecánica.

2.3. Recomendaciones de contenido

Las recomendaciones se basan en el conocimiento científico disponible, ligado al juicio profesional; o en ausencia del primero, en el juicio profesional. A continuación se presenta una síntesis del conocimiento científico disponible, y posteriormente, las recomendaciones.

2.3.1. Síntesis del conocimiento científico

Factores de riesgo

Los factores de riesgo más firmemente hallados en la literatura incluyen los intentos de suicidio previos (como predictor más importante), el consumo de tóxicos, abuso de alcohol, depresión, otros trastornos mentales, desesperanza, rigidez cognitiva, sexo masculino, enfermedad crónica o discapacitante, historia familiar de suicidio, falta de apoyo social, bajo nivel socioeconómico, desempleo e historia de maltrato físico o abuso sexual, los eventos vitales estresantes, y el fácil acceso a los medios letales. El acoso se comporta como factor de riesgo especialmente en adolescentes (Ministerio de Sanidad, 2020).

Una reciente revisión sistemática de los factores de riesgo suicida cuya evaluación es factible y que pueden ser fácilmente detectables en los Servicios de Urgencias, señala como factores de riesgo los trastor-

nos mentales, en particular la depresión; el alta de una Unidad de Internamiento psiquiátrico, los problemas de salud físicos, el consumo de tóxicos, alcoholismo, desempleo, acceso a medios letales y el ciberacoso (McClatchey et al., 2017).

Evaluación del riesgo

Como norma general, se realiza una evaluación del riesgo suicida a las personas ingresadas en el Servicio de Urgencias hospitalario por conducta suicida (ideación o intento suicida). La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida. La estimación del riesgo suicida de un paciente deberá hacerse mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo y protectores (Ministerio de Sanidad, 2020). La información necesaria para la valoración del riesgo de suicidio puede provenir del paciente directamente o de otras fuentes, como familiares, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores (Ministerio de Sanidad, 2020).

Si bien la estratificación en niveles de riesgo tras la evaluación clínica es el procedimiento más común, y respaldado por instituciones, como el Suicide Prevention Resource Center o el Ministerio de Sanidad, algunos autores han señalado que la estratificación de los niveles de riesgo no resulta útil en la práctica clínica, y que la intervención debe basarse más en otros aspectos. El valor predictivo positivo (VPP) (proporción de los individuos de alto riesgo con un desenlace) debería ser mayor del 80% para justificar una intervención determinada. Sin embargo, un meta-análisis de todos los instrumentos predictivos halló un VPP del 26,3% en conjunto, de un 16,1% en estudios de alta calidad, del 32,5% en pacientes con autolesiones atendidos en el hospital, y del 26,8% en pacientes ingresados en Unidades de psiquiatría. Este bajo VPP está muy influenciado por la baja prevalencia del suicidio (Carter y Spittal, 2018). Por lo tanto, la estratificación del riesgo es demasiado imprecisa como para ser útil (Mulder et al., 2016). La evaluación del riesgo proporciona información y debe ser considerado, pero no resulta útil como una base o determinante para las decisiones clínicas (Large et al., 2017). La estratificación no es capaz de identificar a muchos pacientes, tiene una alta tasa de falsos positivos, y da una falsa sensación de seguridad. Un enfoque alternativo incluiría la implicación con cada paciente, la identificación de factores de riesgo, la evaluación de sus problemas específicos, sus circunstancias y necesidades, y el uso de intervenciones efectivas (Carter & Spittal, 2018). Debe realizarse una evaluación completa y empática de las circunstancias particulares de cada paciente, y las necesidades de tratamiento deben ser la base del plan terapéutico. El plan debe ser discutido y negociado con el paciente y su familia (Large et al., 2017).

Escalas de evaluación

Una revisión sistemática sobre las escalas de evaluación del riesgo de autolesión concluyó que existe escasa evidencia que apoye su utilización (Randall et al., 2011). Las escalas de evaluación nunca deben sustituir a la entrevista clínica. Sin embargo, pueden aportar una información complementaria en la evaluación (Ministerio de Sanidad, 2020). Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck. Asimismo, se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de Depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton (Ministerio de Sanidad, 2020).

Registro en la Historia Clínica

El adecuado registro de la información pertinente en la Historia Clínica es fundamental. Refleja el conjunto de características del paciente que conducen a un determinado enfoque terapéutico, y permite a otros profesionales conocer la información relevante. La necesidad de un adecuado registro no solo proviene de aspectos clínicos, sino también legales. Toda la información recabada a lo largo del proceso de evaluación deberá ser registrada de forma adecuada en la historia clínica (Ministerio de Sanidad, 2020).

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

En el informe médico tras la valoración del riesgo suicida deben constar los siguientes elementos, considerados como indicadores de calidad (Miret et al., 2010):

1. Antecedentes de atención psiquiátrica
2. Intentos suicidas previos
3. Apoyo social o familiar
4. Ideación suicida
5. Planificación suicida
6. Reacción frente al intento
7. Gravedad del daño médico como resultado del intento actual (objetiva o percibida por el paciente)

Diseño del servicio y el entorno

El diseño ideal de una Unidad hospitalaria es aquel que conjugue la ausencia de elementos físicos que impliquen riesgo, con la mayor probabilidad posible de tener a los pacientes bajo visión directa de forma continua (Sakinofsky, 2014). Probablemente estos mismos principios puedan aplicarse a los Servicios de Urgencias hospitalarios. *El Mental Health Environment of Care Checklist* (MHEOCC) es una lista de comprobación que incluye una relación pormenorizada de elementos físicos que podrían representar un riesgo, y su posible solución, tanto para Servicios de Urgencias como para Unidades hospitalarias (US Department of Veterans Affairs, 2007).

El *Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias 2016-2021* (Gobierno de Canarias, 2016) contempla una serie de áreas que deben existir en los Servicios de Urgencias hospitalarios para la atención a las urgencias psiquiátricas. Estas áreas se consideran como indispensables en los centros en los que se pueda disponer de espacio y en las unidades de nueva creación. Son:

1. Área de entrevista que garantice el derecho a la intimidad y privacidad del paciente, intentando que reúna las condiciones necesarias para que este entorno no sea vivido como perturbador y amenazante.
2. Área de Observación específica: emplazada e integrada dentro del propio Servicio de Urgencias, pero que reúna las características necesarias para garantizar la protección psicofísica de estos pacientes.
3. Box específico de Contención Mecánica: aislado del resto de pacientes y por supuesto de familiares.

Aspectos relacionados con la plantilla

La atención a las personas con posible riesgo suicida no es exclusiva de los profesionales de Salud Mental. En el Servicio de Urgencias hospitalario será el profesional de urgencias quien reciba al paciente y proceda al diagnóstico de la etiología y características de la crisis (Gobierno de Canarias, 2016). Los síntomas psiquiátricos no son específicos de los trastornos mentales, por lo que hay que descartar siempre patología orgánica subyacente (Gobierno de Canarias, 2016).

Los profesionales sanitarios implicados en la asistencia de pacientes con conducta suicida deberán tener una adecuada formación que les permita evaluar la presencia de factores de riesgo de conducta suicida y registrar el perfil de riesgo del paciente (Ministerio de Sanidad, 2020). Los profesionales de enfermería deben conocer los factores de riesgo, la evaluación del riesgo suicida y la prevención (Lynch et al., 2012).

Decisión sobre hospitalización

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

otros. Con el fin de facilitar este proceso, diversas Guías ofrecen determinados criterios de hospitalización (APA, 2003; NZGG, 2003; Ministerio de Sanidad, 2020).

La hospitalización involuntaria

Si bien habitualmente la presencia de riesgo suicida se asocia a voluntariedad en la hospitalización psiquiátrica (Canova Mosele et al., 2018), en determinados casos los pacientes pueden ser reacios o manifiestamente contrarios a una hospitalización, o a permanecer en el Servicio de Urgencias. Estas situaciones pueden resultar críticas desde el punto de vista clínico, ético y legal, por cuanto el psiquiatra debe evaluar el potencial riesgo suicida, su inminencia, y la existencia de patología psiquiátrica de base, entre otros factores. Además, puede existir carencia de información sobre la conducta reciente del paciente y antecedentes de interés, o no haberse podido recabar aún. A pesar de la importancia de la situación, y del hecho de que en muchos países el ingreso involuntario en Unidades de psiquiatría para prevenir en suicidio es una medida permitida, la literatura científica que dé soporte a la toma de decisiones en estas situaciones es muy escasa. De hecho, incluso el informe de la OMS sobre la prevención del suicidio (OMS, 2014) omite esta circunstancia (Wang y Colucci, 2017).

La evaluación de los datos de algunos estudios poblacionales permite concluir que el ingreso hospitalario involuntario puede salvar vidas. Sin embargo, los hallazgos también indican que el suicidio, al ser un evento de baja frecuencia, es muy difícil de predecir. Frente a la necesidad de detectar el riesgo de suicida para reducir el riesgo de falsos negativos, está la necesidad de evitar falsos positivos que conduzcan a ingresos involuntarios (Wang y Colucci, 2017). Por su parte, también existe la preocupación de que el ingreso involuntario pudiera incrementar el riesgo suicida en algunos casos. En primer lugar, las personas pueden evitar buscar ayuda porque temen ser forzados a aceptar un tratamiento que no quieren. En segundo lugar, existe asociación entre el ingreso hospitalario y el suicidio, especialmente en los periodos post-alta. Si bien esta asociación puede explicarse en parte por el hecho de que los pacientes con mayor riesgo suicida tienen mayor probabilidad de ser ingresados, algunos autores argumentan que el ingreso en sí mismo podría incrementar el riesgo suicida. El estigma, la discriminación, el impacto en el empleo, el trauma, el aislamiento y el sentimiento de deshumanización pueden ser causados o incrementados por un ingreso involuntario, y pueden contribuir al alto riesgo de suicidio en los primeros días de la hospitalización y tras el alta. Por último, el sistema sanitario y los profesionales están bajo presión para detectar los casos de riesgo, lo que puede conducir a innecesarios ingresos involuntarios (Wang y Colucci, 2017). Todos estos aspectos hacen evidente la necesidad de guías que orienten a los clínicos en estas complejas situaciones (Wang y Colucci, 2017).

En un estudio multicéntrico desarrollado en diferentes países europeos sobre una muestra de 2.790 pacientes que fueron ingresados en Unidades de psiquiatría de forma involuntaria, en el que se evaluó la evolución de la suicidabilidad y hostilidad al mes y a los tres meses, halló un descenso significativo de ambas. En el análisis específico del descenso de la suicidabilidad, se halló que los pacientes con trastornos psicóticos tenían cuatro veces menor probabilidad de presentar suicidabilidad a los tres meses respecto a pacientes con otros diagnósticos (Giacco y Priebe, 2016).

La *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* contempla la necesidad de esta medida. En los Criterios de derivación de pacientes desde Atención Primaria, señala que “se valorará la contención mecánica y la vigilancia en el caso de riesgo elevado de lesiones, así como necesidad de traslado urgente involuntario en pacientes con claro riesgo suicida” (Ministerio de Sanidad, 2020). En las recomendaciones sobre la evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias, señala que “durante su estancia en el servicio de urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad” (Ministerio de Sanidad, 2020). Sin embargo, más allá de estas alusiones, y de la exposición de aspectos legales, no explicita criterios que puedan servir de guía.

Hospitalización involuntaria. Aspectos legales

Desde el punto de vista legal, el internamiento involuntario está regulado en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y en el art. 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil. Hay dos modalidades de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico:

1. Ordinario: en el que la autorización judicial es previa al internamiento.
2. Excepcional o urgente: en el que el internamiento se practica primero por razones de urgencia y luego el responsable del centro solicita al juez su ratificación en el plazo improrrogable de 24 horas desde el ingreso, debiendo el tribunal ratificar o dejar sin efecto la medida en un plazo máximo de 72 horas.

En cuanto a las circunstancias y garantías establecidas respecto a la modalidad excepcional o urgente, debe cumplirse lo siguiente:

- a) Trastorno psíquico: transitorio o permanente, en línea con lo dispuesto en instrumentos internacionales. Remite a los conocimientos propios de la ciencia médica.
- b) Situación de urgencia: determinada por los clínicos. Si existe riesgo para la seguridad propia o ajena, hay una urgencia sanitaria.
- c) Necesidad de la medida.
- d) Proporcionalidad de la medida: debe ponderarse la gravedad del riesgo y el valor jurídico del bien que se limita (libertad); debe suponer la menor restricción posible de la libertad, y ser temporal.
- e) Beneficio del paciente

La evaluación inicial. Triage general

El triaje se define como la “revisión clínica y sistemática de todos los pacientes llegados al servicio de urgencias, con el objetivo de asignar evaluaciones y prioridades de tratamiento mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia” (Ministerio de Sanidad, 2020). La *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* contempla la necesidad de esta medida (Ministerio de Sanidad, 2020). Recomienda que todos los pacientes que acudan a un Servicio de Urgencias por una conducta suicida sean catalogados en el triaje de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada.

Las diferentes escalas de triaje relacionan las categorías de priorización con el grado de urgencia/gravedad y con la respuesta de atención necesaria de los profesionales. Los dos principales sistemas de triaje utilizados en España son el Sistema de Triage de Manchester (*Manchester Triage System* o MTS) y el Modelo Andorrano de Triage (MAT) (Ministerio de Sanidad, 2020).

Triage específico sobre riesgo suicida

La *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* propone la versión breve del cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz para ser empleado por el personal encargado del triaje en el servicio de urgencias con aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física (Ministerio de Sanidad, 2020). Dependiendo de las respuestas, los pacientes pueden ser clasificados, según el sistema de triaje de Manchester, con los códigos amarillo (urgente, tiempo de atención en una hora como máximo) o naranja (muy urgente, tiempo de atención en 10 minutos como máximo) (Ministerio de Sanidad, 2020).

Evaluación médica inicial

Los médicos de urgencias deben evaluar la situación orgánica del paciente mediante un examen físico y las pruebas complementarias que se consideren. En función del tipo y gravedad de las lesiones si ha existido intento suicida, se debe proceder a la estabilización, monitorización y observación de posibles compli-

caciones médicas. Una vez estabilizado el paciente orgánicamente y con un estado de vigilia adecuado, se procederá a la valoración a nivel psicopatológico.

Evaluación psicopatológica inicial

El médico de urgencias hospitalarias, además de valorar el estado físico, deberá realizar una evaluación psicopatológica básica, incluyendo la evaluación del riesgo (Mitchell, 2006; Ministerio de Sanidad, 2020). Según la GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, las competencias de los médicos de urgencias hospitalarias en la atención a un paciente con conducta suicida, serían las siguientes (Ministerio de Sanidad, 2020):

- Desarrollo de una correcta anamnesis con especial énfasis en: antecedentes personales y familiares de trastornos mentales; antecedentes previos de conducta suicida (individual y familiar), abuso de alcohol o drogas; situación personal, social y eventos estresantes
- Evaluación de la existencia de alteración del nivel de conciencia y de si afecta a su capacidad mental
- Evaluación de enfermedades mentales graves
- Evaluación del estado de ánimo
- Presencia o ausencia de pensamientos y planes de suicidio
- Evaluación del intento de suicidio: motivación, características y gravedad del intento, y uso de métodos violentos
- Valoración del riesgo de suicidio inmediato
- Valoración de la capacidad de otorgar un consentimiento informado
- Determinación de cuándo es necesaria una evaluación especializada
- Disposiciones específicas para el seguimiento, en caso de no derivar al especialista

Evaluación psicopatológica avanzada

Los pacientes con un intento de suicidio deben ser valorados por un psiquiatra antes de ser dados de alta del Servicio de Urgencias. La derivación al psiquiatra debe realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica (Ministerio de Sanidad, 2020).

Se consideran como competencias de los especialistas en Salud Mental (Ministerio de Sanidad, 2020):

- Realizar una aproximación diagnóstica
- Evaluar conductas suicidas de repetición
- Establecer un plan de observación e intervención sobre el paciente
- Contactar con los servicios adecuados en aplicación del plan acordado
- Establecer qué pacientes tienen mayor riesgo de auto o heteroagresividad, por lo que deben ser más vigilados
- Implementar los planes de tratamiento, incluyendo las intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y sociofamiliares.

En caso de decidir el ingreso hospitalario, existen una serie de aspectos prácticos de importancia, generalmente no contemplados en la literatura científica debido a su naturaleza. Estos incluyen:

- Informar al paciente de la necesidad de ingreso hospitalario. Si es el primer ingreso en la Unidad, señalar las características especiales de seguridad y protección.
- Informar a los familiares del ingreso, entregando la hoja de Información a Familiares.
- Informar al equipo de Enfermería de la Unidad de Internamiento Breve, cuando esté todo dispuesto para el traslado, y en qué condiciones se hará este.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- El paciente debe ir acompañado por un miembro del equipo de enfermería y el celador del Servicio de Psiquiatría, con las indicaciones precisas que fuesen necesarias.
- El paciente debe llevar un pijama del Hospital a la espera de ser trasladado a la Unidad de Internamiento Breve, o en el caso de que quede en Observación en Urgencias tras la decisión facultativa.

Alta hospitalaria. Intervenciones de contacto activo y seguimiento

Un problema importante que dificulta el adecuado abordaje del riesgo suicida y del trastorno mental de base es la no adherencia a las recomendaciones terapéuticas. Se ha hallado que hasta el 70% de los pacientes con un intento suicida no acuden a su primera consulta ambulatoria (Betz et al., 2016).

Las intervenciones de contacto activo y seguimiento se definen como aquellas intervenciones que tienen como objetivos tanto la mejora del acceso e implicación en el abordaje terapéutico, como la prevención del suicidio y conductas suicidas (Brown & Green, 2014). Estas intervenciones parecen ser efectivas en la reducción de la conducta suicida (Luxton et al., 2012). Según una reciente revisión sistemática, si bien la heterogeneidad de este tipo de intervenciones en los diferentes estudios dificulta establecer conclusiones, los resultados globalmente considerados indican que la rapidez en el contacto de seguimiento es importante en términos de prevención del suicidio y mejora de la adherencia (Tyler et al., 2019).

2.3.2. Recomendaciones

Con base al conocimiento científico disponible ligado al juicio profesional; o en ausencia del primero, con base al juicio profesional, se realizan las siguientes recomendaciones de cara a la elaboración del protocolo:

Bases

- La *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (Ministerio de Sanidad, 2020) será una referencia básica para los contenidos que se desarrollen en el protocolo, sin perjuicio de la incorporación de otra bibliografía que se considere relevante y de calidad.

Cribado y Evaluación

- La evaluación inicial del paciente (triaje general y específico) puede ser realizado por profesionales de enfermería. Los médicos de Urgencias deben realizar tanto una evaluación médica inicial como una evaluación psicopatológica inicial. Los psiquiatras son responsables de la evaluación psicopatológica avanzada.
- La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. En ella se evaluarán los factores de riesgo y protectores, entre otros aspectos. La información para la valoración del riesgo de suicidio puede provenir del paciente directamente o de otras fuentes.
- Las escalas de evaluación pueden aportar información complementaria en la evaluación, pero nunca deben sustituir a la evaluación clínica.
- Resulta conveniente que el protocolo incluya la alusión a la necesidad de documentar las evaluaciones y actuaciones realizadas en la historia clínica.
- El protocolo debería incluir la exposición de los aspectos incluidos que deben quedar registrados en la Historia Clínica, así como los sistemas de registro que se utilizarán.

Evaluación – Base para la toma de decisiones

- El protocolo no tiene como objetivo establecer los procedimientos clínicos de evaluación e intervención, ni del modo de intervención (ingreso, observación clínica, seguimiento ambulatorio), ya que estos dependen de múltiples factores, no abarcables por la naturaleza de un protocolo. El protocolo está centrado

en otros aspectos, descritos previamente. Sin embargo, dada su relevancia, parece recomendable que los componentes de la evaluación global y los criterios de ingreso generales se incluyan en un Anexo del protocolo, haciendo alusión a su carácter general, y la necesidad de situarlos en el contexto de una evaluación e intervención global e individualizada.

- Aún teniendo sus limitaciones, la estratificación del riesgo suicida y los criterios generales de ingreso hospitalario son los dos pilares básicos en los que los profesionales basan sus decisiones clínicas, y están recomendados por diferentes instituciones, incluyendo el Ministerio de Sanidad. Además, un protocolo, por su naturaleza, requiere el establecimiento de criterios operativos de actuación, que deben partir de bases de clasificación operativas.
- La estratificación del riesgo suicida debe realizarse con base a una evaluación global, que contemple, además de los factores de riesgo y protectores, la patología psiquiátrica de base, comorbilidades, el estado psicopatológico, la gravedad clínica del episodio, las diversas características de la conducta suicida, y la existencia o no de apoyo familiar o social, entre otros factores.
- Se recomienda considerar la estratificación en los niveles incierto, bajo, moderado, alto, e inminente, sin perjuicio de otras clasificaciones que se consideren indicadas. Estas deberían partir de Guías de Práctica Clínica u otras publicaciones científicas de gran relevancia. La categoría "incierto" podría adscribirse con carácter temporal, hasta que se clarifique el nivel estimado y se adscriba a un nivel de riesgo determinado.
- La estratificación en niveles de riesgo no resulta incompatible con la individualización de la evaluación e intervención.

Negativa a la permanencia en el Servicio de Urgencias y evasión

- El protocolo debería incluir los criterios básicos para la toma de decisiones ante un rechazo de permanencia en el Servicio de Urgencias, así como las medidas específicas a tomar ante los casos de evasión.
- El nivel de riesgo suicida y el riesgo de suicidio inminente podrían ser un criterio que guíe la toma de decisiones ante un rechazo de permanencia en el servicio de Urgencias, contrario a la recomendación facultativa.

Seguridad

- Los dos elementos clave en la seguridad son la ausencia de elementos físicos que impliquen riesgo, y la mayor probabilidad posible de tener a los pacientes bajo visión directa de forma continua.
- El registro y retirada de objetos potencialmente dañinos, como parte de un protocolo general de actuación que preserve la seguridad de los pacientes y profesionales, es un elemento básico para la reducción del riesgo de suicidio en los Servicios de Urgencias.
- Deben incluirse las acciones necesarias para la comprobación de los Servicios de Urgencias hospitalarios en lo relativo a la seguridad y a la idoneidad estructural para la observación directa, así como las modificaciones pertinentes. Debería establecerse una periodicidad para tales revisiones, así como la necesidad de su realización ante cualquier modificación estructural en el servicio de Urgencias. Asimismo, deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar y crear nuevos Servicios de Urgencias hospitalarios.
- Para disponer de la relación de los elementos potencialmente peligrosos (que permita su comprobación), así como para las posibles soluciones, conviene consultar los recursos disponibles que incluyen de forma pormenorizada los puntos y lugares del entorno físico que requieren atención. Se recomienda específicamente para ello la relación del *Mental Health Environment of Care Checklist* (MHEOCC).
- El protocolo debería describir las situaciones en las que se aplicarían las medidas de mayor observación (como la observación directa), y describirlas.

Coordinación, formación y medidas en caso de alta hospitalaria

- La adecuada coordinación entre diferentes profesionales que atienden a los pacientes con riesgo suicida es un elemento básico. El protocolo debería establecer aquellos circuitos de comunicación indispensables. Más allá de tales circuitos, debe fomentarse la comunicación fluida y adecuada entre los profesionales implicados.
- Resulta recomendable que el protocolo aluda, al menos, a la conveniencia de formación de todos los profesionales implicados.
- El protocolo debería incluir el periodo máximo de espera hasta una primera consulta ambulatoria, la información básica y de contacto que debe proporcionarse al paciente y familiares, y la coordinación entre profesionales de Salud Mental.
- El protocolo debe incluir la acción o acciones necesarias para el enlace o activación de las “intervenciones de contacto activo y seguimiento” que se establezcan en Canarias.

2.4. Recomendaciones de estructura

A continuación se presentan una serie de recomendaciones estructurales sobre el protocolo, en general comunes a los de otros protocolos que puedan aplicarse en Salud Mental. En este sentido, se recomienda que el protocolo contenga los siguientes apartados (Servicio Aragonés de Salud, 2009; Servicio Andaluz de Salud 2010):

- Título
- Autoría
- Fecha de realización y fecha de revisión
- Justificación
- Objetivos
- Profesionales a los que va dirigido
- Población diana
- Metodología
- Actividades o Procedimientos
- Algoritmo de actuación
- Sistema de Información y Registro
- Evaluación del protocolo. Indicadores
- Glosario y Definiciones
- Bibliografía
- Anexos

3. Indicadores

- Realización de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (Sí / No)
- Porcentaje de hospitales de Canarias en los que se implementa el protocolo.

4. Dificultades potenciales

- **Diferencias preexistentes considerables entre los hospitales en los modos de abordaje**

La elaboración del protocolo requerirá una actitud flexible y constructiva para la consecución de un protocolo único.

- **Dificultad en la tramitación y consecución de mejoras estructurales para la prevención**

Debe presentarse el conocimiento científico actual de forma clara. Un análisis específico de los suicidios hospitalarios en Canarias hasta la fecha, que incluya las posibles causas, puede ser de gran importancia para promover las decisiones de gestión necesarias para las mejoras.

Cualquier modificación estructural de los Servicios de Urgencias hospitalarios debería ir precedida de una evaluación de los riesgos potenciales y las acciones necesarias para que no se produzcan.

- **Dificultad en la comprensión y adscripción al protocolo**

El protocolo debe ser conciso, claro, seguir una secuencia lógica, ser fácil de leer y comprender, y la información que contiene debe ser fácil de encontrar (NHS, 2002).

- **Dificultad en la implementación**

Determinadas medidas pueden favorecer un mayor éxito en la implementación, como la formación específica sobre el protocolo a los profesionales, el establecimiento de una fase piloto, o la designación de un profesional en cada plantilla que vele por una práctica clínica con adhesión al protocolo y el mantenimiento de esta (NHS, 2002).

5. Responsables

- **Coordinación**

Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.

- **Designación de profesionales para el equipo multidisciplinar de elaboración**

- Gerencias Hospitalarias y Gerencias de Servicios Sanitarios
- Jefaturas de Servicio de Psiquiatría
- Jefaturas de Servicios de Urgencias hospitalarios

- **Elaboración**

El grupo de trabajo debería incluir los siguientes colectivos profesionales para su elaboración:

- Salud Mental: psiquiatría, psicología
- Urgencias: enfermería, medicina

- **Revisión**

Se recomienda que los protocolos sea evaluados por revisores externos.

- **Participación de Asociaciones**

Resulta recomendable la participación de Asociaciones profesionales, Asociaciones de Familiares y Asociaciones de pacientes. Se evaluará la idoneidad de la participación en la fase de elaboración o en la de revisión.

- **Difusión**

Jefaturas de Servicios de Psiquiatría
 Jefaturas de Servicios de Urgencias hospitalarios
 Direcciones Médicas
 Dirección General de Programas Asistenciales

Bibliografía

- American Psychiatric Association, 2003. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. (2003). *The American journal of psychiatry*, [online] 160(11 Suppl), pp.1–60. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14649920> [Accessed 13 Jan. 2020].
- Ayuso-Mateos, J.L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P.A. and Saiz Ruiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), pp.8–23.
- Betz, M.E., Wintersteen, M., Boudreaux, E.D., Brown, G., Capoccia, L., Currier, G., Goldstein, J., King, C., Manton, A., Stanley, B., Moutier, C. and Harkavy-Friedman, J. (2016). Reducing Suicide Risk: Challenges and Opportunities in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 68(6), pp.758–765.
- Brown, G. K. and Green, K. L. (2014). A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: where do we go from here?. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), S209-S215. doi: 10.1016/j.amepre.2014.06.006.
- Canova Mosele, P.H., Chervenski Figueira, G., Antônio Bertuol Filho, A., Ferreira de Lima, J.A.R. and Calegaro, V.C. (2018). Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression. *Psychiatry research*, [online] 265, pp.13–18. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29680512> [Accessed 13 Jan. 2020].
- Carter, G., and Spittal, M.J. (2018). Risk Stratification Is Not Accurate Enough to Be Clinically Useful and Alternative Approaches Are Needed. *Crisis*, 39(4), pp. 229–234.
- DGPPAA, 2020. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud. Servicio de Salud Mental. Informe epidemiológico sobre la conducta suicida en Canarias (2007-2018).
- Giacco, D. and Priebe, S. (2016). Suicidality and Hostility following Involuntary Hospital Treatment. *PLOS ONE*, 11(5), p.e0154458.
- Gobierno de Canarias, 2016. Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias 2016-2021.
- Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M. and Ryan, C.J. (2017). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychological Medicine*, 48(7), pp.1119– 1127.
- Luxton, D.D., June, J.D. and Comtois, K.A. (2013). Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? *Crisis*, 34(1), pp.32–41. doi: 10.1027/0227-5910/a000158.
- Lynch, M.A., Howard, P.B., El-Mallakh, P. and Matthews J.M. (2008). Assessment and management of hospitalized suicidal patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2008;46(7):45-52.
- McClatchey, K., Murray, J., Rowat, A. and Chouliara, Z. (2017). Risk Factors for Suicide and Suicidal Behavior Relevant to Emergency Health Care Settings: A Systematic Review of Post-2007 Reviews. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), pp.729–745.
- Mitchell, A.J. (2006). Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff. *Emergency Medicine Journal*, 23(4), pp.251–255.
- Miret, M., Nuevo, R., Morant, C., Sainz-Cortón, E., Jiménez-Arriero, M.Á., López-Ibor, J.J., Reneses, B., Saiz-Ruiz, J., Baca-García, E. and Ayuso-Mateos, J.L. (2010). Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), pp.13–18.
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención

- y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012*, revisada en 2020.
- Mulder, R., Newton-Howes, G., & Coid, J. W. (2016). The futility of risk prediction in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 271–272.
- NHS. National Health Service. Modernisation Agency; National Institute for Clinical Excellence 2002. A Step-by-Step Guide to Developing Protocols, National Health Service.
- NZGG. The assessment and management of people at risk of suicide. Best Practice Evidence-based Guideline. (2003). [online] Available at: https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide_guideline.pdf
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Randall, J.R., Colman, I. and Rowe, B.H. (2011). A systematic review of psychometric assessment of self-harm risk in the emergency department. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), pp.348–355.
- Ruiz-Pérez, I. and de Labry-Lima, A.O. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*, 20, pp.25–31.
- Sakinofsky, I. (2014). Preventing Suicide among Inpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, [online] 59(3), pp.131–140. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079240/>
- Servicio Andaluz de Salud 2010. *Manual para la elaboración de documentos basados en la evidencia. Herramientas derivadas del conocimiento científico*. Disponible en: <https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/multimedia/S1134282X12001297:mmc1.pdf?idApp=UJNPBA00004N>
- Servicio Aragonés de Salud. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud 2009. *Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia*. Disponible en: <http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/07/guia-protocolos.pdf>
- Tyler, N., Wright, N. and Waring, J. (2019). Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Services Research*, 19(1).
- US Department of Veterans Affairs (VA). VA National Center for Patient Safety 2007. Mental Health Environment of Care Checklist (MHEOCC) [Internet]. Washington (DC): VA; 2007. Available at: <https://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/mentalhealth.asp>
- Wang, D.W.L. and Colucci, E. (2017). Should compulsory admission to hospital be part of suicide prevention strategies? - Middlesex University Research Repository. Mdx.ac.uk. [online] Available at: <http://eprints.mdx.ac.uk/22676/> [Accessed 13 Jan. 2020].
- Wang, M., Swaraj, S., Chung, D., Stanton, C., Kapur, N. and Large, M. (2019). Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(5), pp.472–483.
- WHO. World Health Organization 2019. *Suicide in the world. Global Health Estimates*. World Health Organization.

Acción 6.2. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.

1. Introducción. Justificación

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre adolescentes en el mundo (Picazo-Zappino, 2014). La tasa global de suicidio se ha estimado en 0,6 por 100.000 en el grupo de edad de menores de 14 años, y de 7,4 por 100.000 en edades entre 15 y 19 años (McLoughlin et al., 2015).

Según un reciente meta-análisis centrado en estudios comunitarios sobre autolesiones en adolescentes de entre 12 y 18 años en el periodo 1990-2015, se halló una prevalencia a lo largo de la vida del 16,9%, y un mayor riesgo de autolesiones en chicas (Risk Ratio 1,72). La edad media de inicio de autolesiones fue 13 años, y los cortes autoinfligidos fueron el tipo más frecuente (45%). El motivo más frecuente fue el alivio de pensamientos o sentimientos. Poco más de la mitad buscaron ayuda; en la mayoría de los casos, de un amigo. En los adolescentes que se autolesionan, comparados con los que no, hay más riesgo de ideación suicida (Risk Ratio 4,97) y de intentos de suicidio (Risk Ratio 9,14). El riesgo es mayor cuando existen autolesiones frecuentes (Gillies et al., 2018).

El Servicio de Urgencias con frecuencia supone un lugar crucial para la atención de personas con alto riesgo de conductas suicidas (identificación de factores de riesgo, intervención terapéutica e indicaciones sobre el seguimiento) (Ambrose y Prager, 2018; Ministerio de Sanidad, 2020). Hasta el 5% de las consultas en los Servicios de Urgencias pediátricos tienen relación con problemas de salud mental (Chun et al., 2015). En los Servicios de Urgencias pueden atenderse a tres grupos diferentes de riesgo suicida según el motivo de consulta inicial (Ministerio de Sanidad, 2020):

- Ideación suicida manifiesta o intento de suicidio
- Trastorno mental, sin intencionalidad suicida conocida
- Trastorno somático, con riesgo de suicidio oculto o silente

Los Servicios de Urgencias tienen el reto de participar activamente en la integración de estos pacientes en un proceso terapéutico, mediante la vigilancia, cribado, tratamiento, derivación de aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio y estrategias de mejora de la adherencia a programas de prevención y de manejo ambulatorio (Ministerio de Sanidad, 2020).

En Canarias no disponemos de registros fiables que nos permitan inferir la epidemiología de los intentos de suicidio. Aunque se dispone de una *Ficha de registro de conductas suicidas* integrada en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP) y la Historia Clínica Electrónica, su cumplimentación ha sido baja y desigual (DGPPAA, 2020).

Dada la complejidad de factores implicados en la atención a los menores con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios, incluyendo aspectos clínicos, psicosociales, de seguridad y legales, la disponibilidad de un protocolo único de actuación puede suponer un considerable avance. Tal protocolo, sin resultar restrictivo en cuanto al juicio clínico e intervención terapéutica, permitiría una actuación homogénea en Canarias y una consideración y abordaje de determinados sobre aspectos claves y esenciales en toda evaluación e intervención. Diversas instituciones han resaltado la importancia de establecer claros protocolos para abordar las necesidades de los menores en los que se identifica riesgo suicida, sea a través de programas de prevención del suicidio, o en Servicios de Urgencias (Heilbron et al., 2012).

2. Acción

2.1. Objetivo

Establecer recomendaciones para la elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios, con objeto de realizar una atención de calidad, sustentada en el conocimiento científico, homogénea en Canarias, y que minimice el riesgo de suicidio de los pacientes menores de edad atendidos en los Servicios de Urgencias de los hospitales generales de Canarias.

2.2. Alcance

2.2.1. Alcance de aplicación

- Servicios de Urgencias: El protocolo se aplicará en los Servicios de Urgencias de pediatría de los hospitales generales y en los Servicios de Urgencias de los hospitales generales.
- Pacientes: El protocolo será de aplicación para los pacientes menores de 18 años que ingresen en los Servicios de Urgencias mencionados, en los que:
 - i) la queja o motivo de consulta justifique una evaluación de la salud mental
 - ii) se sospecha riesgo suicida
 - iii) presenten ideas suicidas o conductas suicidas.

Las conductas suicidas incluyen los gestos autolíticos, autolesiones deliberadas e intentos de suicidio. Las ideas de suicidio pueden haber sido expresadas espontáneamente o identificadas en la entrevista clínica. El riesgo suicida puede sospecharse a partir de diversas circunstancias (p.ej: comentarios indirectos, incongruencia entre lesiones o ingestas medicamentosas y la información relatada, información proporcionada por familiares u otros profesionales sanitarios, etc.).

La aplicación del protocolo también a menores de 18 años sin riesgo suicida aún identificado (aquellos en los que la queja o motivo de consulta justifique una evaluación de la salud mental) tiene relación con los procedimientos de screening en los Servicios de Urgencias, que se establecen en este protocolo. En caso de screening negativo o evaluación clínica que descarte el riesgo suicida, el protocolo dejaría de ser de aplicación para tal paciente.

- Áreas: Las acciones contempladas en el protocolo abarcarán las relativas a los pacientes (evaluación e intervención), a los profesionales implicados (de Salud Mental y de los Servicios de Urgencias) y a los aspectos relativos a la adecuada coordinación (entre los profesionales mencionados, entre Salud Mental hospitalaria y ambulatoria, y entre Salud Mental y Pediatría ambulatoria).

2.2.2. Alcance de contenido

El protocolo no debe tener como objetivo el establecimiento de directrices que impliquen decisiones clínicas que sustituyan a la juicio clínico, sino la provisión de un marco de referencia para aspectos concurrentes de relevancia, tales como el screening, coordinación entre profesionales implicados, las medidas de seguridad, la involuntariedad, indicaciones de contención mecánica; y el enlace para un seguimiento ambulatorio. En lo que concierne a la evaluación e intervención, el protocolo debe proveer elementos básicos sustentados en el conocimiento científico, de tal forma que resulten una herramienta útil para el clínico y favorezcan la homogeneidad en la atención, tanto entre pacientes como entre Servicios e islas.

2.3. Recomendaciones de contenido

Las recomendaciones se basan en el conocimiento científico disponible, ligado al juicio profesional; o en

ausencia del primero, en el juicio profesional. A continuación se presenta una síntesis del conocimiento científico disponible, y posteriormente, las recomendaciones.

2.3.1. Síntesis del conocimiento científico

Si bien ha sido resaltada la importancia de establecer protocolos para abordar las necesidades de los menores con riesgo suicida, las bases para el establecimiento de estos no están claras (Heilbron et al., 2012). Los hallazgos robustos que puedan orientar sobre el manejo clínico y psicosocial de las urgencias relacionadas con riesgo suicida en menores aún son limitados (Newton et al., 2009).

El servicio y el entorno

La mayoría de niños y adolescentes con crisis de salud mental son atendidos en hospitales generales pediátricos o en servicios de urgencias médicos, que habitualmente están muy concurridos, son ruidosos, suponen una alta estimulación, requieren prolongados tiempos de espera, y disponen de poco espacio privado y tranquilo (Heilbron et al., 2012; Chun et al., 2015). En el caso de pacientes agitados, paranoides, traumatizados, o autistas, estas características pueden ser desastrosas, y favorecer medidas de limitación de la libertad y el aislamiento (Chun et al., 2015). Otro inconveniente añadido es que habitualmente son atendidos por pediatras y plantilla profesional que carece de formación en Salud Mental, o por psiquiatras adultos, que no están especializados en psiquiatría infantojuvenil (Heilbron et al., 2012; Chun et al., 2015).

Caracterización

En un estudio desarrollado en España sobre las urgencias psiquiátricas en menores (Porter et al., 2016), se obtuvieron los siguientes hallazgos:

- Aumento de la prevalencia en el periodo entre 2002 y 2011.
- El sexo masculino se asoció con alteraciones conductuales, psicosis y trastornos por consumo de tóxicos.
- El sexo femenino se asoció con conductas autolesivas y trastornos alimentarios.
- La estancia media en urgencias fue de 2 horas.
- Una quinta parte de las consultas recibieron tratamiento farmacológico durante su estancia.
- Se realizó contención mecánica puntual en 27 (8,2%) de los episodios atendidos durante el periodo evaluado.
- La tasa de ingreso fue del 18,5%.

Triaje - Escalas de evaluación

El principal obstáculo referido para el triaje de Salud Mental ha sido el tiempo, seguido por la ausencia de una herramienta apropiada de screening (Habis et al., 2007). Además, el concepto de un screening de riesgo suicida para todos los adolescentes que acuden a urgencias aún es objeto de debate (Ambrose y Prager, 2018). En general, los clínicos de Urgencias consideran la evaluación del riesgo suicida en aquellos pacientes que presentan una queja que justifica una evaluación de la salud mental (Ambrose y Prager, 2018).

Todos los pacientes que tengan síntomas afectivos, consumo de tóxicos, ingestas, intoxicaciones agudas, accidentes con vehículos motorizados, heridas auto-infligidas o accidentales por armas, o caídas desde alturas significativas, deberían ser objeto de screening de ideación suicida (Chun et al., 2015).

El *Ask Suicide Screening Questions (ASQ)* es un breve cuestionario de screening para pacientes infantojuveniles que acuden a un Servicio de Urgencias. Mostró una alta sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo. Se compone de 4 preguntas relativas a pensamientos actuales de estar mejor muerto, deseo

actual de morir, ideación suicida actual e intento de suicidio previo (Horowitz et al., 2012). En otro estudio, mostró una sensibilidad del 93% y una especificidad del 43% en la predicción de nuevas consultas en Urgencias por conductas suicidas en los 6 meses posteriores a la consulta basal (Ballard et al., 2017). En un estudio de cohortes retrospectivo en el que se administró a menores de entre 8 y 18 años, en modalidades selectiva (motivos de consulta de salud mental) y universal (todos), se halló una asociación entre los ASQ positivos con mayor riesgo de subsiguientes consultas en Urgencias por ideación suicida o intento de suicidio, y con suicidio. Esta asociación se produjo en la muestra de screening universal (hazard ratio: 6,8) y en la de screening selectivo (hazard ratio: 4,8). Los autores concluyen que el screening parece ser una forma efectiva para detectar el riesgo suicida, especialmente en aquellos cuya consulta no está relacionada con la salud mental (DeVylder et al., 2019).

Otros autores han propuesto otras preguntas de screening, que destacan por la facilidad de administración:

(1) En esta semana, incluyendo hoy, ¿has sentido que la vida no vale la pena?

(2) En esta semana, incluyendo hoy, ¿has deseado quitarte la vida?

Si la segunda pregunta tiene una respuesta afirmativa, se continúa con las dos siguientes:

(1) ¿Has intentado alguna vez quitarte la vida?

(2) En esta semana, incluyendo hoy, ¿has hecho planes de quitarte la vida?

Sin embargo, no se han evaluado sus propiedades psicométricas (Wintersteen et al., 2017).

Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). Uso e interpretación.

Si el paciente responde "Sí" a alguna de las cuatro preguntas que incluye el ASQ, o rechaza responder, el screening se considera positivo. El rechazo a participar o a responder a las preguntas requiere una mayor exploración, dado el riesgo potencial de no identificar información vital para la seguridad.

Un screening positivo implica la necesidad de realizar una quinta pregunta para determinar el estado agudo. Si el paciente responde "No" a la pregunta ("¿Está pensando en suicidarse en este momento?") se considera "screening positivo, no agudo". Estos pacientes requieren un proceso de screening secundario. Para este, se ha recomendado el uso del *Brief Suicide Safety Assessment* (BSSA), y no deberían abandonar el hospital hasta que fuese completado (Brahmbhatt et al., 2019).

Si el paciente responde "Sí" a la pregunta sobre el estado agudo, se considera "screening positivo, agudo". En tal caso, deben desarrollarse los procedimientos necesarios para que se realice una evaluación completa del riesgo suicida. Asimismo, deben tomarse medidas de seguridad (establecidas por protocolo, tales como mantener al paciente bajo observación directa, retirar objetos peligrosos), y debe informarse a los padres. El paciente no debe abandonar el Servicio de Urgencias hasta que se haya realizado la evaluación completa y tomado una decisión (Brahmbhatt et al., 2019).

La información detallada sobre esta escala para su uso en diferentes dispositivos, así como documentos informativos, está disponible (NIMH, 2020). Existe una versión en español, si bien hasta nuestro conocimiento, no existe validación de esta escala en español y en nuestro medio.

Seguridad

Los profesionales sanitarios deben buscar la seguridad del paciente, su familia, y de los propios profesionales sanitarios en el transcurso de la evaluación. Si existen sospechas de riesgo suicida, o si se ha identificado ideación suicida o un intento de suicidio, los pacientes deben estar bajo observación continua, ya que tienen riesgo de realizar autolesiones, o fugas. Deben retirarse los objetos potencialmente dañinos, y puede ser recomendable solicitar que se cambien a ropa de pijama, para reducir tales riesgos. Los pacientes deben estar situados en un entorno lo más seguro posible; idealmente, uno sin acceso a equipamiento médico, ya que podría ser utilizado para autolesionarse (Chun et al., 2015).

Evaluación e Intervención. Elementos básicos

Diferentes instituciones y organizaciones profesionales han establecido recomendaciones y parámetros de buenas prácticas para los jóvenes con riesgo suicida (Heilbron et al., 2012). Estas recomendaciones se encuadran en tres categorías:

1. Necesidad de una evaluación cuidadosa
2. Plan de seguridad
3. Enlace con seguimiento

Todas se engloban bajo el principio general de una comunicación clara con el menor con conducta suicida o riesgo suicida, con los familiares o cuidadores, y con otros profesionales sanitarios (Heilbron et al., 2012).

Evaluación

La información debería obtenerse del menor con riesgo suicida, pero también, siempre que sea posible, de otras fuentes (Heilbron et al., 2012; Chun et al., 2015), ya que, con frecuencia, los pacientes minimizan la gravedad de sus síntomas o la intención de sus actos (Chun et al., 2015) o no desvelan información pertinente (Brahmbhatt et al., 2019). Los pacientes y cuidadores deberían entrevistarse tanto juntos como por separado (Chun et al., 2015).

Es fundamental preguntar directamente sobre el riesgo suicida. Preguntar sobre ideas o intentos de suicidio no incrementa el riesgo de conductas suicidas. De hecho, puede tener un efecto contrario, ya que conversar de forma abierta y honesta sobre sus pensamientos suicidas puede proveer a los pacientes de un sentimiento de seguridad y alivio, y favorecer una implicación en el tratamiento (Chun et al., 2015).

Se recomienda evaluar las características de la conducta suicida, el contexto y precipitantes, la comunicación a otros de las conductas suicidas, los antecedentes de conductas suicidas, los motivos para vivir, y las expectativas sobre las consecuencias de la conducta suicida (Heilbron et al., 2012; Chun et al., 2015). También resultan importantes las experiencias previas de tratamientos, así como las creencias culturales y religiosas sobre la conducta suicida y el tratamiento (Heilbron et al., 2012). Otros aspectos de importancia son (Chun et al., 2015):

- Factores psicosociales estresantes: conflicto familiar, ruptura sentimental, acoso, dificultades académicas, problemas legales.
- Aspectos clínicos: depresión, manía, ansiedad, psicosis, impulsividad, agresividad, consumo de tóxicos.
- Aspectos contextuales: acceso a medios letales; acceso a adulto de apoyo, a quien poder recurrir en caso de ideas de suicidio.

Al final de la entrevista debe favorecerse la esperanza. Uno de los medios es el abordaje de las razones para vivir, o el refuerzo positivo de objetivos que se haya planteado el paciente para el futuro (Chun et al., 2015).

En la entrevista con familiares o cuidadores debería indagarse sobre signos, síntomas y estresores recientes, así como los detalles de los eventos que hubieran podido conducir a la situación actual. También debe indagarse sobre el acceso a medios letales, el nivel de conocimiento y de preocupación de los familiares o cuidadores por la seguridad y bienestar del paciente, su disposición y capacidad para controlar al paciente, su actitud ante un tratamiento psiquiátrico, y cualquier barrera para la implicación en una terapia (Chun et al., 2015).

Evaluación médica

Las quejas somáticas como cefaleas, dolor abdominal o cansancio son síntomas de presentación típicos tanto de trastornos psiquiátricos como de enfermedades somáticas.

Cuando existe una depresión, esta puede no ser la queja principal, sino los síntomas somáticos o problemas conductuales o escolares. Debe evaluarse la presencia de depresión en menores con múltiples visitas a Urgencias por quejas somáticas persistentes o recurrentes, sin causa somática hallada (Rocker y Oestreicher, 2018).

En el sentido contrario, en menores con síntomas depresivos o conductas suicidas, deben descartarse entidades somáticas que cursan con síntomas similares, como la anemia, hipotiroidismo, síndromes de dolor, epilepsia, apnea obstructiva del sueño, y consumo de tóxicos o abstinencia a estos, entre otras (Rocker y Oestreicher, 2018).

Debe evaluarse la necesidad de realizar pruebas de laboratorio, en función de la presencia de signos y síntomas (Chun et al., 2015) y de la información disponible. Aquellos pacientes con cambios agudos en síntomas psiquiátricos, especialmente si se trata de psicosis, pueden requerir pruebas de laboratorio (Chun et al., 2015).

Factores de riesgo y factores protectores

La predicción de las conductas suicidas, independientemente de las destrezas del evaluador, puede resultar muy difícil. Diferentes meta-análisis, incluyendo población adulta e infantojuvenil, han hallado las limitaciones de la evaluación del riesgo de suicidio en esta predicción de conductas suicidas y suicidio (Large et al., 2017; Franklin et al., 2017). Al menos la mitad de los suicidios ocurrieron en los grupos catalogados como bajo riesgo, y solo un 5% de aquellos catalogados como alto riesgo se suicidaron (Large et al., 2017). Existe escasa literatura científica sobre este tema en la población infantojuvenil (Ambrose y Prager, 2018).

La evaluación de los factores de riesgo debe considerarse como un marco general que orienta sobre las intervenciones inmediatas y de seguimiento. Los principales factores de riesgo identificados son (Chun et al., 2015):

- Antecedentes de intento de suicidio
- Sexo. Las adolescentes realizan más intentos de suicidio, mientras que los adolescentes presentan un riesgo de suicidio cinco veces mayor.
- Impulsividad
- Trastornos del humor
- Trastornos de conducta
- Hospitalización psiquiátrica reciente
- Consumo de tóxicos
- Historia familiar de suicidio
- No disponibilidad de hogar. Huidas del hogar
- Identificación como LGTB

Como factores protectores, se han señalado (Dilillo et al., 2015):

- Acceso a servicios de Salud Mental
- Relaciones positivas en el colegio
- Estabilidad familiar
- Implicación religiosa
- Ausencia de acceso a armas letales
- Buena relación con compañeros u otros niños
- Capacidad de resolver problemas y sobreponerse a las adversidades

Evaluación global

Debe considerarse que la evaluación de factores de riesgo y factores protectores constituye solo una parte de la evaluación global, y que esta debe incluir también, entre otros elementos, la evaluación de diversas características de la conducta suicida, y por supuesto, la ideación e intención suicida actual.

Factores de riesgo y edad

En la población infantojuvenil es esencial considerar la fase de desarrollo en la que se encuentra el menor, ya que esta puede cambiar la relevancia de los diferentes factores de riesgo (Ambrose y Prager, 2018). Así, mientras que en menores más jóvenes las conductas suicidas pueden ser desencadenadas por conflictos familiares, en adolescentes de más edad los conflictos de pareja tienen mayor relevancia (Chun et al., 2015).

Existen pocos estudios sobre el suicidio en menores de 14 años. Una revisión sistemática reciente centrada en este grupo de edad ha hallado que el riesgo de suicidio se incrementa con la edad, y el ahorcamiento es un método frecuente. Las conductas suicidas previas son un factor de riesgo relevante, y los conflictos con los padres parecen ser un factor precipitante destacado. Por su parte, cuando se compara con el suicidio con adolescentes, existe una menor prevalencia de psicopatología y de consumo de alcohol previo al suicidio (Soole et al., 2015). En la evaluación debe tenerse en cuenta el desarrollo cognitivo, en concepto de la muerte, entre otros aspectos. Además, debe considerarse el contexto de la familia, ya que la psicopatología en la familia está estrechamente asociada con el riesgo de suicidio en niños, que continúa en la adolescencia (Kloos et al., 2007).

Plan de seguridad

• Recomendaciones

Las recomendaciones relacionadas con los planes de seguridad incluyen (Heilbron et al., 2012):

- Identificar fuentes de apoyo y alternativas a la conducta suicida.
- Proporcionar, tanto a los menores como a sus familias, información con contactos claves en caso de urgencia, y de recursos comunitarios.
- Proporcionar a las familias instrucciones sobre cómo actuar ante un aumento del riesgo, e información de contacto.
- Ofrecer esperanza al menor y a la familia.
- Ofrecer recomendaciones para reducir el riesgo en el domicilio, especialmente mediante la restricción del acceso a medios potencialmente letales (medicación, armas, etc.). También conviene restringir el acceso a drogas o alcohol, ya que pueden resultar precipitantes de la conducta suicida.
- Identificar una persona de apoyo en el domicilio.

• Componentes básicos

Los componentes básicos de un Plan de Seguridad (*Safety Planning Intervention: SPI*) incluyen:

1. Reconocimiento de *signos de alarma y de desencadenantes* de la ideación suicida
2. Empleo de *estrategias de afrontamiento* internas
3. Utilizar *actividades saludables* como medida de distracción frente a los pensamientos suicidas
4. Contactar con *familiares o amigos* que puedan ayudar a resolver la crisis
5. Contactar con *profesionales o instituciones de Salud Mental*
6. *Limitar el acceso a medios letales*

Los cinco primeros componentes se utilizan cuando emergen los pensamientos suicidas o los signos de

alarma. La limitación del acceso a medios letales se habla una vez que se ha completado el resto del SPI, habitualmente con la ayuda de un familiar o amigo, y se establece durante un periodo de tiempo acordado. Debe aconsejarse a la familia acerca de la restricción del acceso a medios potencialmente letales, incluyendo medidas respecto a los cuchillos; dejar bajo llave la medicación; y retirar las armas, si las hubiera. Asimismo, conviene recomendar la restricción del acceso a alcohol y drogas (Chun et al., 2012).

Cada uno de los componentes del plan de seguridad se describe con detalle en Stanley y Brown (2012) y en Matarazzo et al. (2014).

- Aspectos prácticos

- El Plan de Seguridad se elabora de forma colaborativa entre el terapeuta y el paciente.
- Habitualmente requiere entre 20-45 minutos.
- El SPI se elabora en el contexto de una evaluación completa del riesgo suicida. Durante esta evaluación, el terapeuta debe obtener una relación precisa de lo que ocurrió antes, durante y después de la crisis suicida reciente. Habitualmente se pregunta al paciente que la describa, incluyendo los acontecimientos precipitantes y su reacción a estos. Esta evaluación facilita la identificación de signos de alarma que se incluirán en el SPI, y ayuda a la relación terapéutica.
- Si bien el enfoque del SPI es escalonado o por pasos, si el paciente se siente con riesgo inminente e incapaz de permanecer a salvo ni siquiera por un periodo breve de tiempo, debe acudir a un Servicio de Urgencias.
- Otros pacientes pueden sentir que no desean realizar un paso del SPI. En tal caso, es su libertad, y nunca deben sentir que resulta una carga obligatoria, ya que su objetivo es ser de ayuda, y no una carga adicional.

Modalidades de intervención

Las modalidades de intervención se han clasificado como aquellas restringidas al Servicio de Urgencias, las restringidas al periodo posterior a la consulta en Urgencias, y las que combinan intervenciones en Urgencias y ofrecen continuidad en el seguimiento (intervenciones de transición desde Urgencias) (Newton et al., 2009). En una revisión sistemática sobre estos tipos de intervenciones se halló que las intervenciones de transición desde urgencias fueron las de resultados más favorables. Este tipo de intervenciones redujo el riesgo de suicidio, el riesgo de hospitalización por riesgo suicida, y aumentó la probabilidad de completar el tratamiento, cuando la consulta en Urgencias fue seguida por asistencia ambulatoria acompañado por alguno de los padres. Sin embargo, el estudio se basó solo en siete ensayos clínicos aleatorizados, que tenían a su vez ciertas limitaciones, por lo que aún es un área que requiere mayor investigación (Newton et al., 2009).

Alta hospitalaria y enlace con seguimiento

Existen hallazgos robustos sobre la mejora de la adherencia al tratamiento mediante la evaluación de las barreras al tratamiento, las expectativas sobre el tratamiento, y un acuerdo sobre la asistencia a la consulta indicada (Newton et al., 2009).

Para favorecer el adecuado enlace para un seguimiento ambulatorio se recomienda la comunicación con el menor y la familia sobre el plan tras el alta, incluyendo el seguimiento. Se recomienda la provisión de información por escrito (Heilbron et al., 2012). Estas acciones son especialmente importantes cuando se considera que el periodo tras una hospitalización o tras una consulta en Urgencias es de mayor riesgo de la conducta suicida, y que una considerable proporción de los adolescentes nunca acuden al seguimiento ambulatorio, o muestran una adherencia parcial (Heilbron et al., 2012). En adolescentes con riesgo suicida atendidos en Urgencias, las tasas de no asistencia a una primera consulta ambulatoria se sitúan entre el 17,5% y el 41,6%; y a la tercera consulta la tasa de abandono llega al 52% (Stewart et al., 2002).

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

Por su parte, se han evaluado las fórmulas de contacto posterior al alta mediante mensajes (tarjetas) o llamadas telefónicas, con efectividad en la reducción de conductas suicidas y suicidio (Heilbron et al., 2012). El contacto regular con los pacientes en poblaciones de riesgo se ha mostrado efectivo para reducir la tasa de suicidio (WHO, 2010).

Se ha hallado una buena implicación de adolescentes (de entre 12 y 18 años, con riesgo suicida, que acudieron a un Servicio de Urgencias) en una intervención con llamadas telefónicas, de tal forma que el 94% de las llamadas fueron atendidas, y el 84% compartió información con la persona terapeuta acerca de estrategias de afrontamiento. La duración media de las llamadas fue de 12,6 minutos, y la implicación no varió según sexo, edad, raza, ni características clínicas (Busby et al., 2020).

Tratamiento farmacológico

No existen medicaciones cuya indicación primaria sea la prevención de la conducta suicida. Puede considerarse el inicio de un tratamiento con ISRS en el caso de un episodio depresivo significativo o un trastorno de ansiedad. Si se inicia un ISRS, tanto el paciente como los cuidadores deben recibir información suficiente sobre este, y ser estrechamente controlados para poder identificar un empeoramiento de la ideación suicida, si se produjera (Chun et al., 2015).

Siempre que sea posible, debe evitarse la prescripción de fármacos desinhibidores, como las benzodiazepinas; o de fármacos con potencial letal en caso de sobredosis. De indicarse, deben tomarse medidas especiales de control para conseguir seguridad en su administración (Chun et al., 2015).

Psicoeducación

Debe realizarse psicoeducación sobre la necesidad de apoyo e implicación en un tratamiento adecuado. Los cuidadores pueden necesitar ayuda para reconocer la seriedad de los síntomas o de la situación. Además, pueden albergar sentimientos negativos o prejuicios sobre los diagnósticos de salud mental y su manejo terapéutico. Debe transmitirse el riesgo de no tratar un trastorno mental y de no abordar los estresores psicológicos. Asimismo, debe transmitirse que existen tratamientos efectivos y seguros, y que el abordaje terapéutico se realizará en un marco de confidencialidad. Puede ser útil informar que los pacientes tienen el mayor riesgo de repetir las conductas suicidas en los meses posteriores al primer intento de suicidio (Chun et al., 2015).

Decisión sobre hospitalización

No existen criterios validados para guiar al clínico para evaluar el riesgo de conductas suicidas o suicidio, y determinar en consecuencia la modalidad de tratamiento (Chun et al., 2015). Sin embargo, existe acuerdo en que los criterios generales para una hospitalización incluyen cualquiera de los siguientes (Chun et al., 2015):

- Deseo persistente de morir
- Desesperanza grave
- Agitación
- Incapacidad para implicarse en un plan de seguridad
- Apoyo inadecuado o incapacidad para controlar al paciente y realizar un seguimiento
- Intento de suicidio de alta letalidad, o intento con una clara expectativa de muerte

La hospitalización involuntaria

En ocasiones debe realizarse un ingreso en contra de la voluntad del paciente y/o familiares. Los profesionales deben conocer los aspectos legales implicados (Chun et al., 2015), los administrativo-legales, y las circunstancias que justifican la adopción de tal medida.

Clinical Pathway for Suicide Risk Screening – PaCC Workgroup

La *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP), a través del *Pathways for Clinical Care (PaCC) workgroup* (Brahmbhatt et al., 2019), ha elaborado protocolos (algoritmos de trayectorias clínicas) para ayudar a los hospitales, Servicios de Urgencias y Unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas para la implementación de algoritmos de screening de riesgo suicida en pacientes menores. Estos algoritmos pueden ayudar a los profesionales sanitarios a identificar a los menores con alto riesgo suicida, y establecer el nivel adecuado de atención en salud mental.

En síntesis, el algoritmo se basa en el uso de:

- 1) Screening inicial mediante el *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)* (≈ 1 minuto)
- 2) En caso de resultar positivo, uso del *Brief Suicide Safety Assessment (BSSA)* (≈ 10 minutos). Su resultado clasifica a los pacientes en “bajo riesgo”, “alto riesgo” y “riesgo inminente”
- 3) Según los resultados del BSSA, se establece la necesidad o no de una mayor evaluación del riesgo suicida, y de la toma de precauciones de seguridad.

El PaCC Workgroup ha elaborado diferentes algoritmos de trayectorias clínicas para: i) Servicios de Urgencias y ii) Unidades de hospitalización médica (Brahmbhatt et al., 2019).

Los algoritmos y otros materiales suplementarios están disponibles en el material suplementario de la publicación online (Brahmbhatt et al., 2019).

2.3.2. Recomendaciones

Bases

- La *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (Ministerio de Sanidad, 2020) será una referencia básica para los contenidos que se desarrollen en el protocolo, sin perjuicio de la incorporación de otra bibliografía que se considere relevante y de calidad.
- Si bien los hallazgos robustos que puedan orientar sobre el manejo clínico y psicosocial de las urgencias relacionadas con riesgo suicida en menores aún son limitados, existe suficiente conocimiento científico como para delinear diversos aspectos. Por lo tanto, con base al conocimiento científico disponible (cuya síntesis se ha expuesto previamente), ligado al juicio profesional; o en ausencia del primero, con base al juicio profesional, se realizan las siguientes recomendaciones de cara a la elaboración del protocolo.

Cribado

- Es recomendable la realización de screening (evaluación del riesgo suicida) en todos los pacientes que presentan una queja o motivo de consulta que justifique una evaluación de la salud mental.
- Se recomienda el *Ask Suicide Screening Questions (ASQ)* como instrumento de screening. Sus buenas propiedades psicométricas, brevedad y disponibilidad en español lo convierten en un cuestionario de elección.
- Un screening positivo en el ASQ sin estado agudo del riesgo implicaría la necesidad de un screening secundario o una exploración completa del estado mental, incluyendo la evaluación del riesgo suicida. Un screening positivo con estado agudo del riesgo implicaría la necesidad de adoptar medidas de seguridad, información a los padres, y la evaluación completa del estado mental, incluyendo la evaluación del riesgo suicida.
- Se recomienda evaluar la factibilidad de realización de un segundo screening en caso de un ASQ positivo, mediante el *Brief Suicide Safety Assessment (BSSA)* para la adscripción a uno de los tres grados de riesgo suicida: bajo, alto o inminente; que guíe a su vez en la adopción de medidas posteriores clínicas y de seguridad.

Entorno y Seguridad

- El entorno de atención a la población infantojuvenil con crisis de salud mental, especialmente en el caso de riesgo suicida o conductas suicidas, debe ser lo más tranquilo posible, permitir la confidencialidad, la observación, y no disponer de elementos potencialmente peligrosos.
- El protocolo debe incluir las medidas de seguridad que deben desarrollarse cuando se detecta riesgo suicida, especialmente si se identifica un estado agudo del riesgo. Deben contemplarse las medidas de observación continua; retirada de objetos potencialmente dañinos; el cambio a ropa de pijama; y las medidas ambientales y conductuales, de contención verbal, contención farmacológica y de contención mecánica.
- Resulta recomendable que el protocolo aluda, al menos, a la conveniencia de formación de todos los profesionales implicados.

Evaluación

- El protocolo debería incluir la contextualización de la evaluación médica, en aspectos como el momento de realización, su alcance, o las situaciones clínicas en las que resulta recomendable realizarla con mayor profundidad y/o con pruebas complementarias.
- Al igual que en el caso de los adultos, la entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Las escalas de evaluación pueden aportar información complementaria en la evaluación, pero nunca deben sustituir a la evaluación clínica.
- La información debe obtenerse del menor, pero también debe recurrirse a otras fuentes de información, como los padres, cuidadores u otros responsables en contacto frecuente con el menor. La información de otras personas además del menor se justifica por: i) la frecuente minimización de la gravedad de sus síntomas, de la intención de sus actos o la ocultación de información pertinente; ii) la necesidad de indagar en las conductas suicidas, el posible riesgo suicida, los estresores y el posible cuadro clínico subyacente; iii) la necesidad de indagar sobre el acceso a medios letales; iv) la actitud ante un tratamiento psiquiátrico y las diferentes modalidades de intervención; entre otros aspectos.
- El protocolo no tiene como objetivo establecer los procedimientos clínicos de evaluación e intervención, ni del modo de intervención (ingreso, observación clínica, seguimiento ambulatorio), ya que estos dependen de múltiples factores, no abarcables por la naturaleza de un protocolo. El protocolo está centrado en otros aspectos, descritos previamente. Sin embargo, dada su relevancia, parece recomendable que los componentes básicos de la evaluación global se incluyan en un Anexo del protocolo, haciendo alusión a su carácter general, y la necesidad de situarlos en el contexto de una evaluación e intervención global e individualizada.
- En cuanto a los componentes de la evaluación global, se aconseja tener en consideración, a priori, los siguientes aspectos relevantes:
 - Riesgo suicida: factores de riesgo, factores protectores, ideación suicida y características de esta, intencionalidad suicida.
 - Conducta suicida: características, letalidad, contexto y precipitantes, comunicación a otros, antecedentes de conductas suicidas, motivos para vivir.
 - Factores psicosociales estresantes
 - Aspectos clínicos: síndrome clínico, impulsividad, agresividad, consumo de tóxicos.
 - Aspectos contextuales: acceso a medios letales, acceso a figuras de apoyo.
 - Influencia de la edad: en la relevancia de los diferentes factores de riesgo y precipitantes potenciales, en el desarrollo cognitivo, y en el concepto de la muerte.

Intervención

- Debe considerarse incluir en el protocolo la elaboración de un Plan de Seguridad, si bien debe sopesarse la factibilidad de esta recomendación, teniendo en consideración el tiempo que requiere su elaboración.
- En la misma línea que para la Evaluación, si bien el protocolo no tiene como objeto el establecimiento de directrices restrictivas de intervención (ya que estas deben basarse en la evaluación clínica y contextual global, y en el juicio clínico) puede considerarse la inclusión de recomendaciones generales de intervención en un Anexo. Entre estas se incluyen:
 - i) Toda intervención debería incluir un fomento de la esperanza, mediante fórmulas como el abordaje de las razones para vivir, o el refuerzo positivo de objetivos que se haya planteado el paciente para el futuro, entre otras.
 - ii) Medidas necesarias en el caso de indicación de tratamiento con ISRS, como las relativas a la información, observación y actuación en caso de empeoramiento de la ideación suicida.

Enlace con seguimiento ambulatorio

- El protocolo debería incluir aquellas medidas básicas que pueden realizarse en la intervención en Urgencias, que podrían favorecer la adherencia al tratamiento y seguimiento ambulatorio, como la comunicación con el menor y la familia sobre el plan tras el alta, incluyendo el seguimiento; un acuerdo sobre la asistencia a la consulta indicada; la provisión de información por escrito; la evaluación de las barreras al tratamiento; o una psicoeducación básica sobre la necesidad de apoyo e implicación en un tratamiento adecuado.
- El protocolo debería incluir el periodo máximo de espera hasta una primera consulta ambulatoria, la información básica y de contacto que debe proporcionarse al paciente y familiares, y la coordinación entre profesionales de Salud Mental y otros profesionales implicados.
- El protocolo debe incluir la acción o acciones necesarias para el enlace o activación de las “intervenciones de contacto activo y seguimiento” que se establezcan en Canarias.

Hospitalización voluntaria e involuntaria

- En la misma línea que lo expuesto para la evaluación e intervención, el objeto del protocolo no incluye el establecimiento de directrices restrictivas sobre criterios de hospitalización, ya que la decisión debe tomarse teniendo en consideración multitud de factores, y debe corresponder al juicio clínico del profesional. Sin embargo, parece recomendable incluir en el Anexo determinados criterios generales de hospitalización, sustentados en el conocimiento científico y en la experiencia de expertos.
- Los profesionales deben conocer los aspectos legales implicados en la hospitalización involuntaria, los administrativo-legales, y las circunstancias que justifican la adopción de tal medida.
- El protocolo debería incluir los criterios básicos para la toma de decisiones ante un rechazo de permanencia en el Servicio de Urgencias, así como las medidas específicas a tomar ante los casos de evasión.

Algoritmo de screening, evaluación e intervención

- Se recomienda la elaboración de un algoritmo que incluya los elementos de screening, evaluación e intervención. Se recomienda tomar como referencia el algoritmo desarrollado por la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP), a través del *Pathways for Clinical Care (PaCC) workgroup*, para los Servicios de Urgencias.

2.4. Recomendaciones de estructura

A continuación se presentan una serie de recomendaciones estructurales sobre el protocolo, en general comunes a los de otros protocolos que puedan aplicarse en Salud Mental. En este sentido, se recomienda que el protocolo contenga los siguientes apartados (Servicio Aragonés de Salud, 2009; Servicio Andaluz de Salud 2010), sin perjuicio de que se pueda estimar conveniente otro orden, estructura o la adición o supresión de elementos:

- Título
- Autoría
- Fecha de realización y fecha de revisión
- Justificación
- Objetivos
- Profesionales a los que va dirigido
- Población diana
- Metodología
- Actividades o Procedimientos
- Algoritmo de actuación
- Sistema de Información y Registro
- Evaluación del protocolo. Indicadores
- Glosario y Definiciones
- Bibliografía
- Anexos

3. Indicadores

- Realización de un Protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios (Sí / No)
- Porcentaje de hospitales de Canarias en los que se implementa el protocolo.

4. Dificultades potenciales

• Dificultad en la comprensión y adscripción al protocolo

El protocolo debe ser conciso, claro, seguir una secuencia lógica, ser fácil de leer y comprender, y la información que contiene debe ser fácil de encontrar (NHS, 2002).

• Dificultad en la implementación

Determinadas medidas pueden favorecer un mayor éxito en la implementación, como la formación específica sobre el protocolo a los profesionales, el establecimiento de una fase piloto, o la designación de un profesional en cada plantilla que vele por una práctica clínica con adhesión al protocolo y el mantenimiento de esta (NHS, 2002).

• Factibilidad

Si bien la implementación del protocolo debe ser factible, el grupo de trabajo de elaboración del protocolo debe tener en consideración la factibilidad del conjunto de medidas que implique, considerando especialmente el tiempo habitual disponible.

• **Coordinación con otros servicios**

Para las medidas de screening inicial debe contarse con la colaboración de los respectivos Servicios de Urgencias hospitalarios. Debe existir coordinación y acuerdos con los Servicios de Psiquiatría de los hospitales.

5. Responsables

• **Coordinación**

Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.

• **Designación de profesionales para el equipo multidisciplinar de elaboración**

- Gerencias hospitalarias y Gerencias de Servicios Sanitarios
- Jefaturas de Servicio de Psiquiatría
- Jefaturas de Servicios de Urgencias hospitalarios

• **Elaboración**

El grupo de trabajo debería incluir los siguientes colectivos profesionales para su elaboración:

- Salud Mental: psiquiatría, psicología
- Urgencias: enfermería, medicina

• **Revisión**

Se recomienda que los protocolos sea evaluados por revisores externos.

• **Participación de Asociaciones**

Resulta recomendable la participación de Asociaciones profesionales, Asociaciones de Familiares y Asociaciones de pacientes. Se evaluará la idoneidad de la participación en la fase de elaboración o en la de revisión.

• **Difusión**

Jefaturas de Servicios de Psiquiatría.

Jefaturas de Servicios de Urgencias hospitalarios

Direcciones Médicas

Dirección General de Programas Asistenciales

Bibliografía

Ambrose, A.J.H. and Prager, L.M. (2018). Suicide Evaluation in the Pediatric Emergency Setting. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, [online] 27(3), pp.387–397. Available at: [https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(18\)30020-8/fulltext](https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(18)30020-8/fulltext) [Accessed 25 June 2020].

Ballard, E.D., Cwik, M., Van Eck, K., Goldstein, M., Alfes, C., Wilson, M.E., Virden, J.M., Horowitz, L.M. and Wilcox, H.C. (2016). Identification of At-Risk Youth by Suicide Screening in a Pediatric Emergency Department. *Prevention Science*, [online] 18(2), pp.174–182. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5247314> [Accessed 29 June 2020].

Brahmbhatt, K., Kurtz, B.P., Afzal, K.I., Giles, L.L., Kowal, E.D., Johnson, K.P., Lanzillo, E., Pao, M., Pliopllys, S.

- and Horowitz, L.M. (2019). Suicide Risk Screening in Pediatric Hospitals: Clinical Pathways to Address a Global Health Crisis. *Psychosomatics*, 60(1), pp.1–9.
- Material suplementario disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318218304298?via%3Dihub>
- Busby, D. R., King, C. A., Brent, D., Grupp-Phelan, J., Gould, M., Page, K., Casper, T.C. and Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN). (2020). Adolescents' Engagement with Crisis Hotline Risk-management Services: A Report from the Emergency Department Screen for Teen Suicide Risk (ED-STARS) Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), pp.72–82.
- Chun, T.H., Katz, E.R., Duffy, S.J. and Gerson, R.S. (2015). Challenges of Managing Pediatric Mental Health Crises in the Emergency Department. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), pp.21–40.
- DeVylder, J.E., Ryan, T.C., Cwik, M., Wilson, M.E., Jay, S., Nestadt, P.S., Goldstein, M. and Wilcox, H.C. (2019). Assessment of Selective and Universal Screening for Suicide Risk in a Pediatric Emergency Department. *JAMA Network Open*, 2(10), p.e1914070.
- Dilillo, D., Mauri, S., Mantegazza, C., Fabiano, V., Mameli, C. and Zuccotti, G.V. (2015). Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics*, [online] 41(1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4494780/>
- DGPPAA, 2020. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud. Servicio de Salud Mental. Informe epidemiológico sobre la conducta suicida en Canarias (2007-2018).
- Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Fox, K.R., Bentley, K.H., Kleiman, E.M., Huang, X., Musacchio, K.M., Jaroszewski, A.C., Chang, B.P. and Nock, M.K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, [online] 143(2), pp.187–232. Available at: <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/bul-bul0000084.pdf>
- Gillies, D., Christou, M.A., Dixon, A.C., Featherston, O.J., Rapti, I., Garcia-Angueta, A., Villasis-Keever, M., Rebye, P., Christou, E., Al Kabir, N. and Christou, P.A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, [online] 57(10), pp.733–741. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30274648>
- Habis, A., Tall, L., Smith, J. and Guenther, E. (2007). Pediatric Emergency Medicine Physicians' Current Practices and Beliefs Regarding Mental Health Screening. *Pediatric Emergency Care*, 23(6), pp.387–393.
- Heilbron, N., Goldston, D., Walrath, C., Rodi, M. and McKeon, R. (2012). Suicide Risk Protocols: Addressing the Needs of High Risk Youths Identified through Suicide Prevention Efforts and in Clinical Settings. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(2), pp.150–160.
- Horowitz, L.M., Bridge, J.A., Teach, S.J., Ballard, E., Klima, J., Rosenstein, D.L., Wharff, E.A., Ginnis, K., Cannon, E., Joshi, P. and Pao, M. (2012). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, [online] 166(12), p.1170. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/1363508> [Accessed 29 June 2020].
- Kloos, A.L., Collins, R., Weller, R.A. and Weller, E.B. (2007). Suicide in preadolescents: Who is at risk? *Current Psychiatry Reports*, 9(2), pp.89–93.
- Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M. and Ryan, C.J. (2017). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychological Medicine*, 48(7), pp.1119–1127.

- Matarazzo, B.B., Homaifar, B.Y., Wortzel, H.S. (2014). Therapeutic Risk Management of the Suicidal Patient. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), pp.220–224. doi: 10.1097/01.pra.0000450321.06612.7a.
- McLoughlin, A.B., Gould, M.S. and Malone, K.M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003–2014. *QJM: An International Journal of Medicine*, 108(10), pp.765–780.
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012*, revisada en 2020.
- Newton, A.S., Hamm, M.P., Bethell, J., Rhodes, A.E., Bryan, C.J., Tjosvold, L., Ali, S., Logue, E. and Manion, I.G. (2010). Pediatric Suicide-Related Presentations: A Systematic Review of Mental Health Care in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 56(6), pp.649-659.e2.
- NIMH. National Institute of Mental Health (2020). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit. Available at: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/index.shtml>
- Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3), pp.125–132.
- Porter, M., Gracia, R., Oliva, J.C., Pàmias, M., García-Parés, G., and Cobo, J. (2016). Urgencias Psiquiátricas en Pediatría: características, estabilidad diagnóstica y diferencias de género. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(6), pp.203–211.
- Rocker, J.A. and Oestreicher, J. (2018). Focused Medical Assessment of Pediatric Behavioral Emergencies. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 27(3), pp.399–411.
- Soole, R., Kőlves, K. and De Leo, D. (2015). Suicide in Children: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 19(3), pp.285–304.
- Stanley, B. and Brown, G.K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, [online] 19(2), pp.256–264. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>.
- Stewart, S.E., Manion, I.G. and Davidson, S. (2002). Emergency management of the adolescent suicide attempter: a review of the literature. *Journal of Adolescent Health*, 30(5), pp.312–325.
- World Health Organization. (2010). Towards evidence-based suicide prevention programmes.
- Wintersteen, M.B., Diamond, G.S. and Fein, J.A. (2007). Screening for suicide risk in the pediatric emergency and acute care setting. *Current Opinion in Pediatrics*, 19(4), pp.398–404.

Acción 6.3. **Desarrollar intervenciones de contacto activo y seguimiento en pacientes dados de alta por conducta suicida o riesgo suicida.**

1. Introducción. Justificación

Los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias hospitalarios debido a conductas suicidas son de alto riesgo, comparados con la población general. Los pacientes valorados en urgencias tras un primer intento de suicidio tienen un riesgo de reincidir en los siguientes 6 meses muy elevado. Uno de cada diez pacientes realiza otro intento en los 5 días siguientes (Inagaki et al., 2019). Tomando como referencia un periodo de 2 años y medio post-alta, los pacientes con intento de suicidio dados de alta, tuvieron una tasa de mortalidad 54 veces superior a la de la población general (Choi et al., 2012).

Habitualmente los pacientes con riesgo suicida que no requieren hospitalización son evaluados y derivados, pero no reciben intervención terapéutica para la reducción del riesgo suicida. Este procedimiento de “evaluar y derivar” puede resultar desconcertante para pacientes y familiares, sobre todo porque existe un lapso de tiempo entre la evaluación y derivación en Urgencias, y el inicio o reinicio de seguimiento ambulatorio (Stanley et al., 2018). Además, muchos pacientes no acuden al seguimiento ambulatorio recomendado. Se estima que solo entre el 25–50% de los pacientes dados de alta de Unidades de Internamiento o desde Servicios de Urgencias por intento de suicidio acuden a una consulta ambulatoria en el mes posterior (van Heeringen et al., 1995).

Por su parte, el periodo posterior a la hospitalización psiquiátrica es un periodo de alto riesgo para las conductas suicidas y el suicidio. La mayoría de los suicidios tras la hospitalización psiquiátrica ocurren en el primer mes tras el alta, y el pico se produce en la primera semana. Tomando como referencia un periodo de 2 años y medio post-alta, los pacientes con intento de suicidio ingresados presentaron una tasa de mortalidad 82 veces superior a la de la población general (Choi et al., 2012).

Con el objetivo de reducir el riesgo de suicidio en estos pacientes y en este marco temporal, se ha recomendado las intervenciones de contacto activo y seguimiento. Su objetivo es reducir el riesgo futuro y vincular a las personas con el seguimiento ambulatorio, existiendo evidencia preliminar en cuanto a la efectividad de intervenciones breves con esta finalidad (Labouliere et al., 2020).

2. Acción

2.1. Objetivo

Mejorar la vinculación al seguimiento ambulatorio de Salud Mental, de los pacientes con conducta suicida o riesgo suicida dados de alta, y contribuir a la reducción del riesgo de suicidio, conductas suicidas y suicidio, mediante el establecimiento de acciones de contacto activo y seguimiento en Canarias.

2.2. Delimitación conceptual

Las intervenciones de seguimiento (*Follow-up care*) se definen como aquellas intervenciones que tienen como objetivos tanto la mejora del acceso e implicación en el abordaje terapéutico, como la prevención del suicidio y conductas suicidas (Brown & Green, 2014). Otros autores las conceptúan dentro del término “intervenciones de contacto activo y seguimiento” (Inagaki et al., 2015).

Dos elementos básicos integrantes son las llamadas telefónicas y el plan de seguridad, que delinea claramente los pasos que un individuo debe tomar para mantenerse a salvo durante una crisis suicida (Miller et al., 2017).

2.3. Síntesis del conocimiento científico

2.3.1. Experiencias previas en España

En España no existen intervenciones de contacto activo y seguimiento establecidas de forma homogénea. En el País Vasco, desde el año 2014, los 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 intento de suicidio reciente. Por su parte, en Barcelona se ha evaluado la efectividad de un seguimiento telefónico sistemático a la semana y a los 1, 3, 6, 9 y 12 meses (además de una consulta en la USM antes de 10 días) a pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias por un intento de suicidio. El grupo de intervención mostró una reducción del 8% en la tasa de pacientes que realizaron un nuevo intento de suicidio, tanto respecto al año previo, como respecto al grupo control. Así mismo, se retrasaron las tentativas de suicidio en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control en el mismo año de referencia (Cebrià et al., 2012).

2.3.2. Componentes

Las intervenciones de contacto activo y seguimiento pueden estar conformados por un conjunto de acciones de diferente naturaleza. Algunos autores (McCabe et al., 2018) han diferenciado los componentes como:

1. Información sobre las crisis suicidas
2. Elaboración de un plan de seguridad
3. Contacto de seguimiento (llamadas telefónicas, cartas, etc), con diferentes grados de intervención psicológica.

2.3.3. Efectividad. Intervenciones de contacto activo y seguimiento

En conjunto, los hallazgos científicos más recientes son muy prometedores, recomendándose de manera expresa el contacto activo y las intervenciones de seguimiento que incluyan el seguimiento telefónico de pacientes suicidas valorados en servicios de urgencias (Inagaki et al., 2015, 2019). Diferentes meta-análisis han concluido que las intervenciones de contacto activo (mediante llamadas telefónicas, cartas, postales o tarjetas de crisis) y seguimiento, muestran un efecto significativo sobre el número de episodios de autolesiones, intentos de suicidio y suicidio (Milner et al., 2015; Inagaki et al., 2015, 2019). Las mayores reducciones en las tasas de suicidio se observan en programas multicomponente, con efectos aditivos y sinérgicos de integrar múltiples intervenciones (While et al., 2012, citado por WHO, 2014).

Sin embargo, aún existen lagunas en el conocimiento actual, así como limitaciones metodológicas. La principal laguna es la escasez de ensayos clínicos controlados, sobre todo de aquellos que estudian el suicidio como resultado. Solo hay dos ensayos con estas características, en los que se ha hallado efectividad en la prevención del suicidio. Por otra parte, aunque hay más estudios que han hallado reducción en los intentos de suicidio y autolesiones, estos son proxys del suicidio, y no puede asumirse que impliquen prevención sobre el suicidio (Brown y Green, 2014). Las principales dificultades y limitaciones metodológicas tienen relación con la dificultad para evaluar los efectos sobre el suicidio como resultado (ya que se requieren muestras muy amplias y seguimientos prolongados) y la heterogeneidad de los tipos de intervenciones de seguimiento (Inagaki et al., 2015). A pesar de que la efectividad no esté claramente establecida, se trata de intervenciones con posible efecto beneficioso, bajo coste y baja probabilidad de tener efectos negativos (Milner et al., 2015).

2.3.4. Efectividad. Llamadas telefónicas

Las llamadas telefónicas de apoyo y seguimiento son uno de los elementos más estudiados de las intervenciones de contacto activo y seguimiento. Varios estudios han indicado que las llamadas de contacto y

seguimiento reducen el riesgo en pacientes con historia de intentos de suicidio (Rhee et al., 2005; Mousavi et al., 2014; Ohtaki et al., 2019). Por otra parte, el 90,6% de las personas que recibieron llamadas de seguimiento por parte de 6 centros de crisis de la Línea Nacional de Prevención del Suicidio de EEUU, refirieron que dichas llamadas tuvieron un papel significativo en que no se suicidaran (Gould et al., 2017). Un ensayo clínico aleatorizado demostró eficacia de la psicoterapia breve exclusivamente por teléfono desde una línea de prevención de suicidio, en comparación con los pacientes en la lista de espera. No se encontraron diferencias significativas entre los dos tipos de psicoterapia empleados: terapia breve centrada soluciones y terapia de factores comunes (Rhee et al., 2005). Contactar telefónicamente con la persona valorada en el Servicio de Urgencias al mes de un intento de suicidio puede reducir el número de intentos de suicidio (Vaiva et al., 2006).

2.3.5. Efectividad. Plan de Seguridad

En un ensayo clínico realizado en EEUU que evaluaba la efectividad del Plan de Seguridad (*Safety Planning Intervention; SPI*) administrado conjuntamente con seguimiento telefónico, frente a la atención estándar, con un seguimiento de 6 meses, las conductas suicidas se produjeron en un 3,03% de los pacientes con intervención SPI más llamadas, frente al 5,29% de los pacientes con atención estándar, lo que supuso un 45% menos de conductas suicidas respecto a tal grupo. Además, los pacientes del grupo de intervención mostraron una probabilidad dos veces mayor de acudir al menos a una consulta ambulatoria, respecto a los de atención estándar (Stanley et al., 2018). En la actualidad se está desarrollando un ensayo clínico en Reino Unido que tiene como objetivo, al igual que el ensayo de EEUU, la evaluación de la efectividad de la SPI más llamadas de apoyo telefónico frente al tratamiento habitual (O'Connor et al., 2019). La SPI ha sido reconocida como una práctica adecuada por el *Suicide Prevention Resource Center* (EEUU).

2.3.6. Características. Llamadas telefónicas

El contenido y la frecuencia de las llamadas telefónicas varía según los diferentes estudios. Se describen a continuación los aspectos básicos sobre las llamadas telefónicas en el ensayo realizado en Reino Unido (descritos en O'Connor et al., 2019). En este ensayo se tomó como referencia el procedimiento realizado en EEUU (pacientes de hospital de veteranos) (Stanley et al., 2018), y se realizaron algunas adaptaciones (población atendida en hospitales generales) (O'Connor et al., 2019).

Como complemento al Plan de Seguridad, las llamadas telefónicas de seguimiento y apoyo se realizaron durante 4 semanas y fueron estructuradas. Se realizaron 5 llamadas: la primera a las 24-72 horas del alta del hospital, y las 4 siguientes con periodicidad semanal. Las llamadas incluyeron tres componentes: 1) evaluación del riesgo suicida y del estado de ánimo, 2) revisión del plan de seguridad, con cambios si fuese necesario, 3) apoyo de la implicación en el tratamiento – control, mediante exploración de posibles barreras, mejora motivacional, resolución de problemas y apoyo. La duración de las llamadas varía, pero se estima que duran de media unos 15 minutos. Al final de cada llamada (excepto la última) se pregunta al paciente si consiente recibir otra llamada. Si el paciente no puede ser contactado, se le envía un mensaje de texto o se le deja un mensaje de voz, si ha dado su consentimiento para estas acciones.

En el caso de que no se pueda contactar con un paciente y exista preocupación por su seguridad, el terapeuta (investigador, en el ensayo) puede contactar con la persona de contacto de emergencia (registrado en la evaluación inicial, con consentimiento del paciente) o con los servicios profesionales implicados en el tratamiento (p. ej., médico de Atención Primaria).

2.3.7. Características. Plan de Seguridad

El Plan de Seguridad (*Safety Planning Intervention; SPI*) es una técnica terapéutica que consiste en una lista priorizada de estrategias de afrontamiento y fuentes de apoyo, que los pacientes pueden utilizar para mitigar una crisis suicida.

La SPI se ha desarrollado para su uso en Servicios de Urgencias y otros entornos de agudos, pero puede ser utilizada también en otros entornos, como en el seguimiento ambulatorio o durante un ingreso. Se describen a continuación los aspectos más relevantes.

Los componentes básicos del SPI incluyen:

1. Reconocimiento de *signos de alarma y de desencadenantes* de la ideación suicida
2. Empleo de *estrategias de afrontamiento* internas
3. Utilizar *actividades saludables* como medida de distracción frente a los pensamientos suicidas
4. Contactar con *familiares o amigos* que puedan ayudar a resolver la crisis
5. Contactar con *profesionales o instituciones de Salud Mental*
6. *Limitar el acceso a medios letales*

Los cinco primeros componentes se utilizan cuando emergen los pensamientos suicidas o los signos de alarma. La limitación del acceso a medios letales se habla una vez que se ha completado el resto del SPI, habitualmente con la ayuda de un familiar o amigo, y se establece durante un periodo de tiempo acordado. Debe aconsejarse a la familia acerca de la restricción del acceso a medios potencialmente letales, incluyendo medidas respecto a los cuchillos; dejar bajo llave la medicación; y retirar las armas, si las hubiera. Asimismo, conviene recomendar la restricción del acceso a alcohol y drogas (Chun et al., 2012).

Cada uno de los componentes del plan de seguridad se describe con detalle en Stanley y Brown (2012) y en Matarazzo et al. (2014).

2.3.8. Uso clínico del Plan de Seguridad

Como aspectos más relevantes del uso del SPI cabe destacar:

- Se elabora de forma colaborativa entre el terapeuta y el paciente.
- Habitualmente requiere entre 20-45 minutos.
- Se elabora en el contexto de una evaluación completa del riesgo suicida. Durante esta evaluación, el terapeuta debe obtener una relación precisa de lo que ocurrió antes, durante y después de la crisis suicida reciente. Habitualmente se pregunta al paciente que la describa, incluyendo los acontecimientos precipitantes y su reacción a estos. Esta evaluación facilita la identificación de signos de alarma que se incluirán en el SPI, y ayuda a la relación terapéutica.
- Si bien el enfoque del SPI es escalonado o por pasos, si el paciente se siente con riesgo inminente e incapaz de permanecer a salvo ni siquiera por un periodo breve de tiempo, debe acudir a un Servicio de Urgencias.
- Otros pacientes pueden sentir que no desean realizar un paso del SPI. En tal caso, es su libertad, y nunca deben sentir que resulta una carga obligatoria, ya que su objetivo es ser de ayuda, y no una carga adicional.

2.4. Recomendaciones

2.4.1. Implantación. Elementos constituyentes

- Dados los hallazgos prometedores sobre la efectividad de las intervenciones de contacto activo y seguimiento para la prevención del suicidio, su bajo coste y baja probabilidad de tener efectos negativos, parece recomendable la implementación de este tipo de intervenciones como un modo de mejora de la calidad de los servicios e intervención prestados, con el doble objetivo de reducir las conductas suicidas y el suicidio, y la mejora de la vinculación inicial con los Servicios de Salud Mental.
- El conocimiento científico disponible no parece poder orientar aún sobre qué elementos de este tipo de

intervenciones resultan más recomendables. Sin embargo, teniendo en cuenta que el Plan de Seguridad y las llamadas telefónicas son dos de los elementos más estudiados, que han mostrado efectividad, y que ambos han sido incluidos en ensayos clínicos de ámbito nacional (EEUU y Reino Unido), parece recomendable que ambos elementos sean constituyentes de este tipo de intervenciones, sin perjuicio de que se pueda estimar la posible inclusión de otros.

2.4.2. Población objeto y ámbito

- Los pacientes objeto de esta intervención serán aquellos que sean dados de alta de un Servicio de Urgencias de un hospital general, de una Unidad de Internamiento de Psiquiatría, o de otro Servicio de un hospital general, debido a conductas suicidas o riesgo suicida, para seguimiento ambulatorio.
- Parece recomendable evaluar la factibilidad de abarcar a todos aquellos pacientes encuadrados en ambas categorías: “conductas suicidas” y “riesgo suicida”. De sobrepasar la capacidad asistencial para la ejecución de esta acción con garantías de calidad necesaria, podría considerarse la limitación de estas acciones a pacientes con intento de suicidio y a aquellos sin intento de suicidio pero con riesgo moderado a alto. La evaluación del grado de riesgo correspondería a los profesionales que evaluaran a los pacientes en los respectivos dispositivos asistenciales.
- El ámbito de la intervención debería ser autonómico.

2.4.3. Relación con protocolos

- Las intervenciones de contacto activo y seguimiento deberían estar en consonancia con lo establecido en los Protocolos únicos de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios (adultos y menores) y los Protocolos únicos de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico (adultos y menores).
- En los mencionados protocolos debe incluirse la continuidad de cuidados y la coordinación adecuada entre los diferentes dispositivos asistenciales, con una clara definición de itinerarios asistenciales y tiempos máximos de derivación entre el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) y las Unidades de Salud Mental comunitarias (USM), entre las Unidades de Internamiento Psiquiátrico y las USM, así como el modo de activación de las intervenciones de contacto activo y seguimiento.

2.4.4. Intervención telefónica

- *Antes del inicio:* El contexto de la evaluación en el Servicio de Urgencias permite explicar al paciente la naturaleza de una crisis suicida y la existencia de tal servicio de atención, de tal forma que el paciente sepa que va a recibir tal apoyo, y lo consienta.
- *Modelo de intervención:* Atendiendo a las experiencias ya desarrolladas en otros países, parece recomendable la adscripción al mismo modelo. Se recomienda el modelo de duración de 4 semanas y 5 llamadas estructuradas: la primera a las 24-72 horas del alta del hospital, y las 4 siguientes con periodicidad semanal. Las llamadas deben incluir tres componentes: 1) evaluación del riesgo suicida y del estado de ánimo, 2) revisión del plan de seguridad, con cambios si fuese necesario, 3) apoyo de la implicación en el tratamiento – control, mediante exploración de posibles barreras, mejora motivacional, resolución de problemas y apoyo. La duración aproximada de las llamadas sería de 15 minutos. Al final de cada llamada (excepto la última) se pregunta al paciente si consiente recibir otra llamada. Si el paciente no puede ser contactado, se le envía un mensaje de texto o se le deja un mensaje de voz, si ha dado su consentimiento para estas acciones. En el caso de que no se pueda contactar con un paciente y exista preocupación por su seguridad, el terapeuta puede contactar con el contacto de emergencia (registrado en la evaluación inicial, con consentimiento del paciente) o con los servicios profesionales implicados en el tratamiento (p. ej., médico de Atención Primaria).

- **Complementariedad:** Estas intervenciones telefónicas son complementarias al tratamiento requerido. Nunca podrán ser un sustituto del tratamiento presencial activo y centrado en la persona.
- **Coordinación:** Debe existir una adecuada y fluida coordinación entre los profesionales que realizan estas llamadas telefónicas y los profesionales de las USM; o en los casos necesarios, con los profesionales del Hospital de referencia del paciente.
- **Finalización:** Dado que la consulta en las USM tras conductas suicidas o riesgo suicida debe producirse en un periodo de espera breve, la finalización del periodo de apoyo y evaluación telefónicos se produciría en una situación de seguimiento ya iniciado o retomado por parte de la USM.

2.4.5. Plan de Seguridad

- Se recomienda el uso según los componentes y procedimientos descritos en este documento, así como la ampliación de información mediante lo descrito en Stanley y Brown (2012) y en Matarazzo et al. (2014), sin perjuicio de posibles adiciones de otras referencias que puedan estimarse de calidad.
- Dado que debe realizarse en el contexto de una entrevista clínica, se entienden como entornos posibles las Unidades de Internamiento Breve, el Servicio de Urgencias, las consultas hospitalarias monográficas sobre conductas suicidas (en la actualidad, existente solo en el CHUIMI), o las Unidades de Salud Mental, en una primera evaluación.

3. Indicadores

- Implantación de intervenciones de contacto activo y seguimiento, de ámbito autonómico (Sí / No).
- Porcentaje de islas en las que se desarrollan intervenciones de contacto activo y seguimiento.
- Porcentaje de islas en las que se desarrollan intervenciones telefónicas en el contexto de intervenciones de contacto activo y seguimiento.
- Porcentaje de islas en las que se desarrollan Planes de Seguridad en el contexto de intervenciones de contacto activo y seguimiento.

4. Dificultades potenciales

• Tiempo necesario y Formación

El tiempo disponible en determinados dispositivos, como los Servicios de Urgencias, puede ser un obstáculo para la utilización del Plan de Seguridad. Parece recomendable el desarrollo de acciones formativas que incluyan el Plan de Seguridad, que favorezcan una aplicación más rápida de este cuando sea necesario por cuestiones de presión asistencial. ¡

• Profesionales que la desarrollan

Debe establecerse qué tipo de profesionales desarrollarían ambos componentes: llamadas telefónicas y Plan de Seguridad, así como evaluar la factibilidad de estas acciones con las plantillas actuales. De no resultar factible con condiciones de calidad, debería plantearse la contratación específica de profesionales dedicados a estas funciones.

• Financiación

La prevención del suicidio debe constituirse como una prioridad para el Gobierno de Canarias, la Consejería de Sanidad y el Servicio Canario de la Salud, que se traduzca en una dotación económica específica en caso necesario.

5. Responsables

• **Coordinación:**

- Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS

• **Acciones específicas:**

- Jefaturas de Servicio de Psiquiatría
- Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS
- Intervenciones de contacto activo y seguimiento: profesionales de la Red de Salud Mental.

Bibliografía

Brown, G.K., Green, K.L. (2014). A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: where do we go from here? *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 Suppl 2), pp.209–215.

Cebrià, A.I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., Laredo, A., Vallès, V., Cavero, M., Oliva, J.C., Hegerl, U., Pérez-Solà, V. and Palao, D.J. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), pp.269–276.

Choi, J.W., Park, S., Yi, K.K. and Hong, J.P. (2012). Suicide Mortality of Suicide Attempt Patients Discharged from Emergency Room, Nonsuicidal Psychiatric Patients Discharged from Emergency Room, Admitted Suicide Attempt Patients, and Admitted Nonsuicidal Psychiatric Patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(3), pp.235–243.

Gould, M.S., Lake, A.M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Munfakh, J.L., Wright, J. and McKeon, R. (2017). Follow-up with Callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of Callers' Perceptions of Care. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), pp.75–86.

Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., Ikeshita, K., Eto, N., Tachikawa, H., Shiraiishi, Y. and Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, pp.66–78.

Inagaki M, Kawashima Y, Yonemoto N and Yamada M. (2019). Active Contact and Follow-up Interventions to Prevent Repeat Suicide Attempts during High-risk Periods among Patients Admitted to Emergency Departments for Suicidal Behavior : A Systematic Review and Meta-analysis. *BMC Psychiatry*, pp19-44. doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7

Labouliere, C.D., Stanley, B., Lake, A.M. and Gould, M.S. (2020). Safety Planning on Crisis Lines: Feasibility, Acceptability, and Perceived Helpfulness of a Brief Intervention to Mitigate Future Suicide Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), pp.29–41.

Matarazzo, B.B., Homaifar, B.Y. and Wortzel, H.S. (2014). Therapeutic Risk Management of the Suicidal Patient. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), pp.220–224.

McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A. and Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. *BMC Psychiatry*, [online] 18(1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5934886/> [Accessed 21 Dec. 2020].

Miller I.V., Camargo C.A., Arias S.A., Sullivan A.F., Allen M.H., Goldstein A.B., Manton A.P, Espinola J.A., Jones, R., Hasegawa, K., ED-SAFE Investigators (2017). Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA psychiatry*, 74(6), pp.563–570.

- Milner, A.J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J. and Spittal, M.J. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *British Journal of Psychiatry*, 206(3), pp.184–190.
- Mousavi, S., Zohreh, R., Sharbafchi, M., Ebrahimi, A. and Maracy, M. (2014). The efficacy of telephonic follow up in prevention of suicidal reattempt in patients with suicide attempt history. *Advanced Biomedical Research*, 3(1), p.198.
- O'Connor, R.C., Lundy, J.-M., Stewart, C., Smillie, S., McClelland, H., Syrett, S., Gavigan, M., McConnachie, A., Smith, M., Smith, D.J., Brown, G.K., Stanley, B. and Simpson, S.A. (2019). SAFETEL randomised controlled feasibility trial of a safety planning intervention with follow-up telephone contact to reduce suicidal behaviour: study protocol. *BMJ Open*, [online] 9(2), p.e025591. Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/2/e025591> [Accessed 21 Dec. 2020].
- Ohtaki, Y., Doki, S., Kaneko, H., Hirai, Y., Oi, Y., Sasahara, S. and Matsuzaki, I. (2019). Relationship between suicidal ideation and family problems among young callers to the Japanese crisis hotline. *PLOS ONE*, 14(7), p.e0220493.
- Rhee, W.K., Merbaum, M., Strube, M.J. and Self, S.M. (2005). Efficacy of Brief Telephone Psychotherapy with Callers to a Suicide Hotline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), pp.317–328.
- Stanley, B. and Brown, G.K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, [online] 19(2), pp.256–264. Available at: http://www.suicidesafetyplan.com/uploads/Safety_Planning_-_Cog__Beh_Practice.pdf.
- Stanley, B., Brown, G.K., Brenner, L.A., Galfalvy, H.C., Currier, G.W., Knox, K.L., Chaudhury, S.R., Bush, A.L. and Green, K.L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*, [online] 75(9), p.894. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2687370>
- Vaiva G., Ducrocq F., Meyer P., Mathieu D., Philippe A., Libersa C. and Goudemand M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *British Medical Journal*; 332: 1241–1245.
- Van Heeringen, C., Jannes, S., Buylaert, W., Henderick, H., De Bacquer, D., & Remoortel, J. V. (1995). The management of noncompliance with referral to out-patient aftercare among at-tempted suicide patients: A controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 25, 963–970.
- WHO. World Health Organization (2014). Preventing suicide: A global imperative. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

Acción 6.4. **Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico.**

1. Introducción. Análisis de la situación

Las personas con trastorno mental tienen un alto riesgo de morir prematuramente, tanto por causas naturales como por causas no naturales. Esta alta mortalidad prematura está influenciada por el mayor riesgo de suicidio. Los estudios de autopsia psicológica han estimado que hasta el 90% de los suicidios tienen relación con algún trastorno psiquiátrico (Madsen et al., 2017).

La población de pacientes que ingresa es una población de especial riesgo suicida. Hasta el 44% de las personas que se suicidan cuentan con antecedentes de ingreso hospitalario (Nordentoft et al., 2011). En conjunto, los pacientes ingresados en Unidades de psiquiatría hospitalarias tienen una tasa de suicidio de 147 por 100.00 habitantes / año (Walsh et al., 2015). En comparación con la tasa de suicidio mundial, de 10,5 en 2016 (WHO, 2019), esto supone una tasa 14 veces superior a la de la población general. Aproximadamente el 5% del conjunto de los suicidios se produce durante un ingreso psiquiátrico (Walsh et al., 2015).

Por su parte, la tasa de intentos de suicidio y de autolesiones en Unidades de psiquiatría en hospitales, expresadas en pacientes por 100 ingresos / mes, se ha estimado en 1,2 y 20 respectivamente (James et al., 2012).

La seguridad de los pacientes es un requisito sine qua non para el ingreso en una Unidad hospitalaria psiquiátrica, sea en un hospital general o en un hospital psiquiátrico (Sakinofsky, 2014). Sin embargo, a pesar de que las Unidades de hospitalización de psiquiatría cuentan con medidas de seguridad y profesionales especializados, se producen suicidios. La prevención del suicidio es compleja, dada la concurrencia de múltiples factores de diferente naturaleza que hay que prever y controlar. Además de la complejidad del fenómeno, la aleatoriedad y el aún incompleto conocimiento hacen que el suicidio pueda resultar impredecible (Plöderl y Fartacek, 2018).

Cuando se produce un suicidio, causa una profunda aflicción en la familia y en los profesionales de la plantilla (Madsen et al., 2017).

En Canarias, la mayoría de las Unidades de hospitalización carecen de un protocolo específico para la prevención de las conductas suicidas durante el ingreso hospitalario. La complejidad del fenómeno, la gravedad de sus consecuencias, así como la necesidad de actuaciones a diversos niveles, con diversos colectivos profesionales implicados, hacen indicado el establecimiento de tal protocolo.

La disponibilidad de un protocolo único para Canarias resultaría en una homogeneidad de criterios y actuaciones en esta área, acordes al conocimiento y recomendaciones actuales, así como en un mayor potencial de coordinación efectiva entre hospitales y mejoras.

2. Acción

2.1. Objetivo

Establecer mecanismos articulados, coordinados y basados en el conocimiento científico disponible, encaminados a la minimización del riesgo de suicidio en los pacientes ingresados en las Unidades de internamiento de psiquiatría de los hospitales generales.

2.2. Alcance

- Unidades de Internamiento: El protocolo se desarrollará para las Unidades de internamiento de psiquiatría de los hospitales generales. Sin embargo, resulta conveniente que el protocolo se extienda a otras

Unidades de internamiento de psiquiatría (Unidades de Desintoxicación hospitalarias, Unidades de media y larga estancia), con las modificaciones que se estimen necesarias para su adaptación.

- **Pacientes:** El protocolo es de aplicación para todos los pacientes que ingresen en las Unidades de internamiento de psiquiatría de los hospitales generales, teniendo en consideración que todos los pacientes que ingresan tienen un riesgo suicida marcadamente superior al de la población general. Esto no es incompatible con que determinadas medidas de evaluación y/o intervención se realicen solo en determinados pacientes, según el riesgo estimado.
- **Áreas:** Las acciones contempladas en el protocolo abarcarán las relativas a los pacientes (evaluación e intervención), a los profesionales implicados, a los aspectos estructurales de las Unidades de hospitalización, y a la coordinación y seguimiento ambulatorio.

2.3. Recomendaciones de contenido

A continuación se exponen una serie de recomendaciones para la elaboración del Protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico. Estas recomendaciones se basan en el conocimiento científico disponible, ligado al juicio profesional; o en ausencia del primero, en el juicio profesional. A continuación se presenta una síntesis del conocimiento científico disponible, y posteriormente, las recomendaciones.

2.3.1. Síntesis del conocimiento científico

Factores de riesgo para el suicidio durante el ingreso

Se considera que la deficiencia en la seguridad en cuanto a los elementos estructurales es la causa raíz más frecuente para el suicidio en pacientes ingresados (Ballard et al., 2008).

Si bien la baja sensibilidad y especificidad de los factores de riesgo, unido a la baja frecuencia del fenómeno, hacen que sea muy difícil predecir con precisión si el suicidio se producirá o no, ello no significa que no se deban evaluar y tener en consideración para estimar el riesgo suicida (Cassells et al., 2005).

Entre los factores de riesgo relacionados con el paciente, el factor más consistente es el antecedente de intento de suicidio y/o autolesiones deliberadas. Otros factores de riesgo importantes son la ideación suicida, desesperanza, el humor deprimido, síntomas depresivos al ingreso, sentimientos de culpa o de incompetencia, agitación, ansiedad, impulsividad, historia familiar de suicidio, y la mayor duración del ingreso (Large y Nielsen, 2012; Sakinofsky, 2014; Madsen et al., 2017; Hubers et al., 2018).

Los pacientes con más riesgo son aquellos con trastornos afectivos, esquizofrenia, ciclación rápida y trastornos de la personalidad; ingresos involuntarios; pacientes jóvenes, especialmente los evadidos, y también con permisos acordados (Sakinofsky, 2014). Otros factores de riesgo, comunes a diferentes trastornos, son el humor deprimido, la gravedad de la depresión, y un sufrimiento prolongado relacionado con una batalla perdida frente al trastorno mental grave, con numerosas hospitalizaciones (Sakinofsky, 2014).

Los momentos de mayor riesgo son al inicio del ingreso y en el periodo inmediatamente posterior al alta. Se ha hallado que hasta un 25% de los suicidios se produce en la primera semana del ingreso (Walsh et al., 2015) y un 50% se producen en los primeros 18 días (Sakinofsky, 2014). En aquellos que se suicidan más allá de la primera semana, ocurre con mayor frecuencia durante un permiso acordado (Walsh et al., 2015).

El método suicida depende de aquello que esté disponible en las dependencias sanitarias o en el exterior, si se trata de un permiso o una evasión (Bowers et al., 2010; Sakinofsky, 2014). Los métodos más frecuentes son el ahorcamiento, si se produce en la Unidad; y la precipitación o situarse delante de un vehículo, si se produce durante una evasión (Madsen et al., 2017).

Se ha señalado, sin embargo, que la población suicida en los hospitales puede estar constituida por sub-

grupos (p. ej.: depresión vs. esquizofrenia), y que cada subgrupo tenga sus propios patrones y determinantes (Bowers et al., 2010).

Escalas de evaluación

Las escalas de evaluación nunca deben sustituir a la entrevista clínica. Sin embargo, pueden aportar una información complementaria en la evaluación (Ministerio de Sanidad, 2020).

Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck. Asimismo, se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton (Ministerio de Sanidad, 2020).

Evaluación del riesgo

Como norma general, se realiza una evaluación del riesgo suicida a las personas ingresadas en una Unidad de psiquiatría. Sin embargo, es necesario conocer la utilidad de tal evaluación para poder adecuar la toma de decisiones relativas a los pacientes.

Un meta-análisis reciente ha hallado una Odds Ratio de 7,1 para el suicidio en los pacientes clasificados de alto riesgo, comparados con aquellos de bajo riesgo. La sensibilidad fue del 53,1% y la especificidad del 82,4%. La proporción de pacientes de alto riesgo que se suicidan (valor predictivo positivo: VPP) fue 0,43%, lo que significa que aproximadamente 1 de cada 230 pacientes de alto riesgo se suicidarán antes del alta (Large et al., 2017). Las estimaciones de sensibilidad y VPP no resultan alentadoras. En cuanto a la sensibilidad, entre los suicidios durante el ingreso, casi la mitad de los pacientes estaban clasificados como “bajo riesgo”. Por su parte, el VPP implica que una alta proporción de los pacientes clasificados como “alto riesgo” no se suicidarán. Ambos inconvenientes tienen implicaciones clínicas: no debe tomarse una actitud de tranquilidad ante una evaluación de “bajo riesgo”, ni tampoco de excesiva restricción en todos los pacientes clasificados de “alto riesgo” (Large et al., 2017).

En conjunto, estos hallazgos sugieren que, si bien la evaluación del riesgo proporciona información y debe ser considerada, no resulta útil como una base o determinante para las decisiones clínicas (Large et al., 2017). Debe realizarse una evaluación completa y empática de las circunstancias particulares de cada paciente, y las necesidades de tratamiento deben ser la base del plan terapéutico. El plan debe ser discutido y negociado con el paciente y su familia (Large et al., 2017).

Precauciones de seguridad

Dado que el juicio clínico se ha mostrado impreciso y diferente entre profesionales (Simon, 2006; Paterson et al., 2008), el clínico debe ser cauto y no pecar de exceso de confianza. Al fin y al cabo, habitualmente un paciente con alto riesgo suicida no tiene la predisposición de confiar sus intenciones a alguien que puede impedirselas. Además, otros pacientes actúan de forma impulsiva tras haber sido evaluados como “no suicidas en la actualidad” (Sakinofsky, 2014).

Por ello, la seguridad en el entorno y la atención de calidad probablemente resulten en un mayor potencial preventivo que las evaluaciones para categorizar el nivel de riesgo, sin que ello signifique que tales evaluaciones no sean necesarias (Sakinofsky, 2014).

Tanto una actitud muy permisiva como una muy restrictiva tienen inconvenientes en cuando al riesgo suicida. La fórmula ideal sería un equilibrio entre ambas. Cuando se considere que el paciente tiene un riesgo suicida significativo, debe realizarse una vigilancia y adoptar medidas restrictivas, mientras que en situaciones de ausencia aparente de riesgo suicida conviene confiarles la responsabilidad de sí mismos (Sakinofsky, 2014). En relación con este tema, un reciente estudio longitudinal no halló diferencias en el riesgo de suicidio consumado entre Unidades con o sin puertas cerradas (Huber et al., 2016).

Diseño de la Unidad y el entorno

El diseño ideal de una Unidad hospitalaria es aquel que conjugue la ausencia de elementos físicos que impliquen riesgo, con la mayor probabilidad posible de tener a los pacientes bajo visión directa de forma continua (Sakinofsky, 2014).

El factor más importante en los suicidios ha sido la presencia de elementos físicos de riesgo, representando el 84% de los casos (Lieberman et al., 2004). El método más frecuente ha sido el ahorcamiento, y ocurre con más frecuencia en baños, dormitorios y armarios (Sakinofsky, 2014). Existen referencias que incluyen de forma pormenorizada los puntos y lugares del entorno físico que requieren atención, incluyendo la formación a profesionales de la limpieza para que tomen las precauciones necesarias, así como la información a visitantes sobre los objetos que no deben traer, al ser potencialmente letales (Lieberman et al., 2004; Cardell et al., 2009). En esta línea, el Mental Health Environment of Care Checklist (MHEOCC) es una lista de comprobación que incluye una relación pormenorizada de elementos físicos que podrían representar un riesgo, y su posible solución, tanto para Servicios de Urgencias como para Unidades hospitalarias. Fue desarrollada por el Centro Nacional de Veteranos del Departamento de Veteranos de EEUU, para la seguridad de los pacientes, y puede accederse online y descargarse (US Department of Veterans Affairs, 2007). En los primeros dos años de uso en los hospitales de veteranos, la tasa de suicidio se redujo del 2,64 por 100.000 pacientes ingresados por Salud Mental, al 0,87 (Sakinofsky, 2014).

Aspectos relacionados con la plantilla

Las evaluaciones inadecuadas, la deficiente comunicación entre la plantilla, la actitud inadecuada, una formación insuficiente, y la falta de información se han señalado como factores de riesgo para el suicidio en pacientes hospitalizados (Lieberman et al., 2004). Los profesionales de enfermería deben conocer los factores de riesgo, la evaluación del riesgo suicida y la prevención (Lynch et al., 2012).

El desarrollo de una buena relación terapéutica, que genere confianza, así como la observación de señales que sugieran suicidio inminente, son básicas para la prevención del suicidio (Lynch et al., 2012). Se ha hallado que el 79% de los pacientes que se suicidaron presentaban ansiedad grave y/o agitación previa al suicidio (Busch et al., 2003). Se ha sugerido que los pacientes que presenten estos síntomas reciban observación directa (Busch et al., 2003).

Observación directa

La observación directa puede ser necesaria en situaciones de alto riesgo suicida. Sin embargo, se estima que la observación continua más allá de 72 horas puede resultar contraproducente y requiere una revisión del caso en profundidad (Shugar y Rehaluk, 1990). La Asociación de Enfermería de Ontario ha recomendado que la observación directa se produzca “en el menor nivel restrictivo posible, por la menor cantidad de tiempo posible y en el entorno con menor restricción posible” (RNA, 2009, p. 42). Este documento incluye una categorización y definición de 4 niveles de observación (RNA, 2009), que pueden ser útiles para la estandarización de la observación necesaria en diferentes situaciones clínicas.

Pacientes evadidos

Aproximadamente un tercio de los pacientes que se suicidan durante el ingreso lo hacen en situación de evasión, y otro tercio en permisos acordados. Sin embargo, la medida de “puertas cerradas” no está exenta de controversia, y tanto esta medida como la de “puertas abiertas” tienen inconvenientes (Sakinofsky, 2014).

Suicidio tras el alta. Intervenciones de contacto activo y seguimiento

La tasa de suicidio tras el alta hospitalaria de psiquiatría es muy alta, y no ha decrecido en los últimos 50 años. Esta tasa se sitúa en 484 suicidios por 100.000 personas / año (Chung et al., 2017). Teniendo en

cuenta que la tasa de suicidio mundial fue de 10,5 en 2016 (WHO, 2019), tal tasa es 46 veces superior a la de la población general. La tasa es más alta en los 3 meses tras el alta (1132) y en aquellos pacientes ingresados debido a ideación suicida o conducta suicida (2078). El periodo inmediato tras el alta es un periodo de riesgo importante. Sin embargo, las tasas se mantienen elevadas años tras el alta. Los pacientes ingresados por ideas de suicidio o conductas suicidas, y aquellos en los 3 primeros meses tras el alta son los grupos de mayor riesgo (Chung et al., 2017).

El periodo inmediatamente posterior al alta puede ser crítico, influenciado por diversos aspectos psicológicos y la posible no adherencia, entre otros factores (Schechter et al., 2016). Se ha recomendado la toma de conciencia por parte del clínico de que la mejoría clínica apreciada en el hospital puede ser transitoria, hacer comprender al paciente la naturaleza de su sufrimiento, y anticipar y planificar acciones frente a una posible exacerbación de los síntomas tras el alta. En el periodo post-alta se recomienda una temprana consulta con un terapeuta, con una frecuencia basada en las necesidades de cada paciente, contacto telefónico y visitas domiciliarias si fueran necesarias (Schechter et al., 2016).

Las intervenciones de contacto activo y seguimiento se definen como aquellas intervenciones que tienen como objetivos tanto la mejora del acceso e implicación en el abordaje terapéutico, como la prevención del suicidio y conductas suicidas (Brown y Green, 2014). Estas intervenciones parecen ser efectivas en la reducción de la conducta suicida (Luxton et al., 2012).

Tras un suicidio

Cuando se produce un suicidio de un paciente hospitalizado, parece recomendable una reunión de todo el personal de la Unidad para informar del suicidio y desarrollar una estrategia de apoyo a los restantes pacientes para prevenir un posible efecto contagio (Ministerio de Sanidad, 2020).

Recomendaciones globales en la literatura

Las recomendaciones globales son infrecuentes en la literatura, ya que generalmente los autores se ciñen a los hallazgos circunscritos al área de conocimiento abordada para realizar recomendaciones específicas.

Knoll (2012) ha realizado las siguientes recomendaciones:

- Evaluación más rigurosa del riesgo suicida.
- Monitorización más rigurosa del riesgo suicida.
- Mejor monitorización de los signos y síntomas conductuales.
- Mejorar la comunicación en la plantilla, en lo relativo a signos y riesgo.
- Esperar a que se produzcan cambios fiables y estables antes de reducir las precauciones.
- Mejorar las relaciones deficientes que pueda haber entre plantilla y pacientes.
- Obtener información colateral.
- No basarse exclusivamente en el auto-informe por parte del paciente de la no ideación suicida.
- No confiar en los “contratos de no suicidio”.
- Proporcionar un entorno físico seguro, sin medios para el suicidio ni accesos a áreas ocultas. Las Unidades deberían ser comprobadas periódicamente para asegurarse de que estructuralmente no contienen riesgos.
- Evitar el exceso de confianza o depositar toda la confianza en las comprobaciones periódicas de cada 15 minutos.
- Evitar las altas prematuras.
- Proporcionar una transición fácil y estrecha en el seguimiento tras el alta.

- Basar las precauciones en una adecuada evaluación del riesgo y en la evaluación clínica.
- Documentar la evaluación del riesgo y la evaluación clínica.
- Establecer un comité de prevención del suicidio.
- Realizar análisis completos de los casos de suicidio.

Por su parte, la *Joint Commission* (2017) recomienda los siguientes aspectos:

- Revisar la historia personal y familiar en cuanto a los factores de riesgo suicida.
- Mantener a los pacientes con crisis suicidas en un entorno seguro, bajo observación directa.
- Realizar una evaluación y tratamiento con enfoque colaborativo, continuo y sistemático, que implique al paciente, que abarque a otros profesionales implicados, familiares, y amigos según sea conveniente.
- Formar a la plantilla en la identificación de la ideación suicida y la respuesta ante esta.
- Desarrollar tratamientos y planes para el alta, que se dirijan directamente al riesgo suicida, y no solo al trastorno de base.
- Documentar las decisiones relativas a la atención de los pacientes con riesgo suicida.

2.3.2. Recomendaciones

Con base al conocimiento científico disponible (cuya síntesis se ha expuesto previamente), ligado al juicio profesional; o en ausencia del primero, con base al juicio profesional, se realizan las siguientes recomendaciones de cara a la elaboración del protocolo:

Perspectiva general. Bases

- Resulta recomendable que en el protocolo se contemplen dos tipos de intervenciones: i) aquellas comunes para todos los pacientes; ii) intervenciones diferenciadas en función del riesgo suicida estimado.
- El desarrollo de intervenciones diferenciadas según el riesgo suicida estimado requiere del uso de un criterio básico de referencia. Hasta la actualidad, el criterio más utilizado ha sido la estratificación del riesgo en niveles. Si bien la evaluación clínica y estratificación del riesgo tienen sus limitaciones, hasta la fecha y hasta nuestro conocimiento, no existe otra alternativa operativa de mayor validez y fiabilidad demostrada en estudios científicos.

Evaluación y estratificación del riesgo

- La evaluación clínica global será la base principal para la adscripción del paciente a un nivel de riesgo determinado. Otros pilares importantes serán los signos de alarma y la realización de conductas suicidas. Estos dos elementos pueden englobarse en la evaluación clínica global, pero conviene señalarlos de forma específica por su especial relevancia.
- Aún teniendo sus limitaciones, la estratificación del riesgo suicida en función de la evaluación será un pilar básico en el que basar los diferentes tipos de intervenciones, en lo relativo a la observación y restricción.
- La adscripción a un nivel de riesgo debe ser reevaluada con periodicidad, ya que este puede fluctuar.
- Se recomienda considerar la estratificación en los niveles bajo, moderado, alto, e inminente, sin perjuicio de otras clasificaciones que se consideren indicadas. Estas deberían partir de Guías de Práctica Clínica u otras publicaciones científicas de gran relevancia.
- Es recomendable que en la elaboración del protocolo se tengan en consideración las limitaciones de la evaluación del riesgo con estratificación. Con base a los hallazgos científicos, se ha recomendado que no se tome una actitud de tranquilidad ante una evaluación de "bajo riesgo", ni tampoco de excesiva

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

restricción en todos los pacientes clasificados de “alto riesgo”. La fórmula ideal sería un equilibrio entre ambas, y variable según la evolución del riesgo suicida.

- La estratificación en niveles de riesgo no resulta incompatible con la individualización de la evaluación e intervención.

Escalas de evaluación

- Las escalas de evaluación pueden aportar información complementaria en la evaluación, pero nunca deben sustituir a la evaluación clínica.

Activación de mayor observación y restricción

- El protocolo debería describir las situaciones en las que se aplicarían las medidas de mayor observación (como la observación directa) y de restricción, y describirlas.
- Parece recomendable que el protocolo incluya la alusión a posibles signos de alarma, en el contexto de una evaluación continuada, que conduzca a la adopción de medidas de mayor observación y restricción.
- La realización de conductas suicidas, además de activar las medidas específicas e inmediatas necesarias, debe activar niveles mayores de observación y restricción.
- Parece recomendable utilizar una estandarización de diferentes niveles de observación. Se recomienda, como referencia, la categorización y definición de 4 niveles de observación de la Asociación de Enfermería de Ontario, sin perjuicio del posible uso de otras fuentes, si se considera adecuado.

Seguridad en el entorno

- La seguridad en el entorno y la atención de calidad son fundamentales, ya que probablemente resulten en un mayor potencial preventivo que las evaluaciones para categorizar el nivel de riesgo.
- Los dos elementos clave en la seguridad son la ausencia de elementos físicos que impliquen riesgo, y la mayor probabilidad posible de tener a los pacientes bajo visión directa de forma continua.
- Deben incluirse las acciones necesarias para la comprobación de las Unidades de internamiento en lo relativo a la seguridad y a la idoneidad estructural para la observación directa, así como las modificaciones pertinentes. Debería establecerse una periodicidad para tales revisiones, así como la necesidad de su realización ante cualquier modificación estructural en la Unidad.
- Para disponer de la relación de los elementos potencialmente peligrosos (que permita su comprobación), así como para las posibles soluciones, conviene consultar los recursos disponibles que incluyen de forma pormenorizada los puntos y lugares del entorno físico que requieren atención. Se recomiendan específicamente para ello la relación del *Mental Health Environment of Care Checklist* (MHEOCC) y otras publicaciones: Lieberman et al., 2004, y Cardell et al., 2009; sin perjuicio de la ampliación que pueda considerarse necesaria.
- Debe incluirse la información que se proporcionará a los familiares con el objetivo de evitar que traigan objetos potencialmente peligrosos.

Comunicación y coordinación

- La comunicación entre los miembros de la plantilla es un elemento importante. El protocolo debería establecer aquellos circuitos de comunicación indispensables. Por otra parte, más allá de tales “circuitos”, debe fomentarse la comunicación fluida y adecuada entre los profesionales implicados.
- La comunicación entre los profesionales y el paciente resulta de gran importancia. Además de los posibles circuitos de comunicación indispensables que puedan estimarse, debe fomentarse una relación terapéutica positiva, que genere confianza.

Evasión y permisos

- El protocolo debería incluir las medidas específicas a tomar ante los casos de evasión.
- Dado el riesgo suicida que existe durante los permisos acordados, parece recomendable incluir una serie de recomendaciones generales para los pacientes y familiares durante estos, que tengan en cuenta la perspectiva del equilibrio entre lo permisivo y lo restrictivo, y que puedan adaptarse en los casos necesarios.

Formación

- Resulta recomendable que el protocolo aluda, al menos, a la conveniencia de formación de todos los profesionales implicados. Puede considerarse la formación con carácter general sobre riesgo suicida y conducta suicida, y con carácter específico, del protocolo en sí mismo. Ambos enfoques pueden complementarse en la misma actividad formativa. Los profesionales de la limpieza deberían recibir una formación básica para que tomen las precauciones necesarias en lo que les compete.

Registro en Historia Clínica

- El protocolo debería incluir la exposición de los aspectos incluidos que deben quedar registrados en la Historia Clínica, así como los sistemas de registro que se utilizarán.
- Resulta conveniente que el protocolo incluya la alusión a la necesidad de documentar en la historia clínica las evaluaciones y actuaciones realizadas.

Postvención

- El protocolo debería incluir medidas de postvención a tomar tras un suicidio, dirigidas a los pacientes, a los profesionales y a los familiares.

Alta hospitalaria. Acciones

- De cara al alta hospitalaria, el protocolo debería incluir:
 1. Las medidas básicas que minimicen el riesgo suicida, como un seguimiento con prontitud, recomendaciones generales al paciente y familiares, y posibilidad de contactos telefónicos o visitas domiciliarias, si fuese necesario.
 2. El modo de coordinación para la activación de las “intervenciones de contacto activo y seguimiento” que se realicen tras el alta hospitalaria.

2.4. Recomendaciones de estructura

A continuación se presentan una serie de recomendaciones estructurales sobre el protocolo, en general comunes a los de otros protocolos que puedan aplicarse en Salud Mental. En este sentido, se recomienda que el protocolo contenga los siguientes apartados (Servicio Aragonés de Salud, 2009; Servicio Andaluz de Salud 2010), sin perjuicio de que se pueda estimar conveniente otro orden, estructura o la adición o supresión de elementos:

- Título
- Autoría
- Fecha de realización y fecha de revisión
- Justificación
- Objetivos
- Profesionales a los que va dirigido

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Población diana
- Metodología
- Actividades o Procedimientos
- Algoritmo de actuación
- Sistema de Información y Registro
- Evaluación del protocolo. Indicadores
- Glosario y Definiciones
- Bibliografía
- Anexos

3. Indicadores

- Realización de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico (Sí / No)
- Porcentaje de hospitales de Canarias en los que se implementa el protocolo.

4. Dificultades potenciales

- **Diferencias preexistentes considerables entre los hospitales en los modos de abordaje**

La elaboración del protocolo requerirá una actitud flexible y constructiva para la consecución de un protocolo único.

- **Dificultad en la tramitación y consecución de mejoras estructurales para la prevención**

Debe presentarse el conocimiento científico actual de forma clara. Un análisis específico de los suicidios hospitalarios en Canarias hasta la fecha, que incluya las posibles causas, puede ser de gran importancia para promover las decisiones de gestión necesarias para las mejoras.

Cualquier modificación estructural de las Unidades de internamiento debería ir precedida de una evaluación de los riesgos potenciales y las acciones necesarias para que no se produzcan.

- **Dificultad en la comprensión y adscripción al protocolo**

El protocolo debe ser conciso, claro, seguir una secuencia lógica, ser fácil de leer y comprender, y la información que contiene debe ser fácil de encontrar (NHS, 2002).

- **Dificultad en la implementación**

Determinadas medidas pueden favorecer un mayor éxito en la implementación, como la formación específica sobre el protocolo a los profesionales, el establecimiento de una fase piloto, o la designación de un profesional en cada plantilla que vele por una práctica clínica con adhesión al protocolo y el mantenimiento de esta (NHS, 2002).

5. Responsables

- **Coordinación**

Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.

• **Designación de profesionales para el equipo multidisciplinar de elaboración**

- Gerencias Hospitalarias y Gerencias de Servicios Sanitarios
- Jefaturas de Servicio de Psiquiatría

• **Elaboración**

El grupo de trabajo debería incluir los siguientes colectivos profesionales para su elaboración:

- Psiquiatría
- Psicología
- Enfermería

• **Participación de Asociaciones**

Resulta recomendable la participación de Asociaciones profesionales, Asociaciones de Familiares y Asociaciones de pacientes. Se evaluará la idoneidad de la participación en la fase de elaboración o en la de revisión.

• **Revisión**

Se recomienda que los protocolos sean evaluados por revisores externos.

• **Difusión**

Direcciones Médicas

Jefaturas de Servicios de Psiquiatría

Dirección General de Programas Asistenciales

Bibliografía

Bowers, L., Banda, T. and Nijman, H. (2010). Suicide Inside. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), pp.315–328. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181da47e2.

Ballard, E.D., Pao, M., Henderson, D., Lee, L.M., Bostwick, J.M. and Rosenstein, D.L. (2008). Suicide in the Medical Setting. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(8), pp.474–481.

Brown, G. K. and Green, K. L. (2014). A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: where do we go from here?. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), S209-S215. doi: 10.1016/j.amepre.2014.06.006.

Busch, K.A., Fawcett, J. and Jacobs, D.G. (2003). Clinical Correlates of Inpatient Suicide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(1), pp.14–19.

Cardell, R., Bratcher, K.S. and Quinnett, P. (2009). Revisiting “Suicide Proofing” an Inpatient Unit Through Environmental Safeguards: A Review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(1), pp.36–44. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00198.x.

Cassells, C., Paterson, B., Dowding, D. and Morrison, R. (2005). Long- and Short-Term Risk Factors in the Prediction of Inpatient Suicide. *Crisis*, 26(2), pp.53–63.

Chung, D.T., Ryan, C.J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S.P., Stanton, C. and Large, M.M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities. *JAMA Psychiatry*, 74(7), p.694. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

- Hubers, A.A.M., Moaddine, S., Peersmann, S.H.M., Stijnen, T., van Duijn, E., van der Mast, R.C., Dekkers, O.M. and Giltay, E.J. (2016). Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), pp.186–198. doi: 10.1017/S2045796016001049.
- James, K., Stewart, D. and Bowers, L. (2012). Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), pp.301–309.
- Joint Commission, (2017). *Detecting and treating suicide ideation in all settings*. 2016. Joint Commission, USA. Disponible en: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_56_Suicide.pdf
- Knoll, J.L. (2013). Inpatient suicide: identifying vulnerability in the hospital setting. *Psychiatric Times*, 30(6), 36–36.
- Large, M.M. and Nielssen, O.B. (2012). Risk Factors for Inpatient Suicide Do Not Translate Into Meaningful Risk Categories—All Psychiatric Inpatients Are High-Risk. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(07), p.1034.
- Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M. and Ryan, C.J. (2017). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychological Medicine*, 48(7), pp.1119–1127. doi: 10.1017/S0033291717002537.
- Lieberman, D.Z., Resnik, H.L.P. and Holder-Perkins, V. (2004). Environmental Risk Factors in Hospital Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), pp.448–453.
- Luxton, D.D., June, J.D. and Comtois, K.A. (2013). Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? *Crisis*, 34(1), pp.32–41. doi: 10.1027/0227-5910/a000158.
- Lynch, M.A., Howard, P.B., El-Mallakh, P. and Matthews J.M. (2008). Assessment and management of hospitalized suicidal patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2008;46(7):45-52.
- Madsen, T., Erlangsen, A. and Nordentoft, M. (2017). Risk Estimates and Risk Factors Related to Psychiatric Inpatient Suicide—An Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), p.253. doi: 10.3390/ijerph14030253.
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012*, revisada en 2020
- NHS. National Health Service. Modernisation Agency; National Institute for Clinical Excellence 2002. *A Step-by-Step Guide to Developing Protocols*, National Health Service.
- Nordentoft, M., Mortensen, P.B. and Pedersen, C.B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact with mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68, 1058–1064.
- Paterson, B., Dowding, D., Harries, C., Cassells, C., Morrison, R. and Niven, C. (2008). Managing the risk of suicide in acute psychiatric inpatients: A clinical judgement analysis of staff predictions of imminent suicide risk. *Journal of Mental Health*, 17(4), pp.410–423.
- Plöderl, M. and Fartacek, C. (2018). Known but unpredictable – an argument for complexity. *BJPsych Bulletin*, 42(2), pp.89–89.
- RNA. Ontario Registered Nurses' Association 2009. *Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour: Nursing Best Practice Guideline*, Ontario Registered Nurses' Association, Toronto (ON).
- Sakinofsky, I. (2014). Preventing Suicide among Inpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, [online]

59(3), pp.131–140. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079240/> [Accessed 10 Oct. 2019].

Schechter, M., Goldblatt, M.J., Ronningstam, E., Herbstman, B. and Maltzberger, J.T. (2016). Postdischarge suicide: A psychodynamic understanding of subjective experience and its importance in suicide prevention. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80(1), pp.80–96. doi: 10.1521/bumc.2016.80.1.80.

Servicio Andaluz de Salud 2010. *Manual para la elaboración de documentos basados en la evidencia. Herramientas derivadas del conocimiento científico*. Disponible en: <https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/multimedia/S1134282X12001297:mmc1.pdf?idApp=UINPBA00004N>

Servicio Aragonés de Salud. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud 2009. *Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia*. Disponible en: <http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/07/guia-protocolos.pdf>

Shugar, G. and Rehaluk, R. (1990). Continuous observation for psychiatric inpatients: A critical evaluation. *Comprehensive Psychiatry*, 31(1), pp.48–55.

Simon, R.I. (2006). Imminent Suicide: The Illusion of Short-Term Prediction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), pp.296–301.

US Department of Veterans Affairs (VA). VA National Center for Patient Safety 2007. *Mental Health Environment of Care Checklist (MHEOCC)* [Internet]. Washington

(DC): VA; 2007.

Available at: <https://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/mentalhealth.asp>

Walsh, G., Sara, G., Ryan, C.J. and Large, M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(3), pp.174–184.

WHO. World Health Organization 2019. *Suicide in the world. Global Health Estimates*. World Health Organization.

Acción 6.5. **Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico de edad infantojuvenil.**

1. Introducción. Justificación

Los pacientes ingresados en Unidades de psiquiatría hospitalarias tienen una tasa de suicidio de 147 por 100.00 habitantes / año (Walsh et al., 2015). En comparación con la tasa de suicidio mundial, de 10,5 en 2016 (WHO, 2019), esto supone una tasa 14 veces superior a la de la población general. Por su parte, aproximadamente el 5% del conjunto de los suicidios se produce durante un ingreso psiquiátrico (Walsh et al., 2015).

La seguridad de los pacientes es un requisito sine qua non para el ingreso en Una unidad hospitalaria psiquiátrica, sea en un hospital general o en un hospital psiquiátrico (Sakinofsky, 2014). Sin embargo, a pesar de que las Unidades de hospitalización de psiquiatría cuentan con medidas de seguridad y profesionales especializados, se producen suicidios. La prevención del suicidio es compleja, dada la concurrencia de múltiples factores de diferente naturaleza que hay que prever y controlar. Además de la complejidad del fenómeno, la aleatoriedad y el aún incompleto conocimiento hacen que el suicidio pueda resultar impredecible (Plöderl y Fartacek, 2018).

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre adolescentes en el mundo, y su prevalencia en este grupo etario se ha cuadruplicado en las últimas décadas (Picazo-Zappino, 2014).

La disponibilidad de un protocolo único para Canarias para las Unidades de internamiento de salud mental infantojuveniles resultaría en una homogeneidad de criterios y actuaciones en esta área, acordes al conocimiento y recomendaciones actuales, así como en un mayor potencial de coordinación efectiva entre hospitales y mejoras. Si bien en la actualidad no existen tales Unidades específicas, está prevista su creación en ambas provincias.

2. Acción

2.1. Objetivo

Establecer mecanismos articulados, coordinados y basados en el conocimiento científico disponible, encaminados a la minimización del riesgo de suicidio en los pacientes ingresados en las Unidades de internamiento de psiquiatría infantojuveniles de los hospitales generales.

2.2. Alcance

- **Unidades de Internamiento:** El protocolo se desarrollará para las Unidades de internamiento de psiquiatría infantojuveniles de los hospitales generales.
- **Pacientes:** El protocolo será de aplicación para todos los pacientes que ingresen en estas Unidades, teniendo en consideración que todos los pacientes que ingresan tienen un riesgo suicida marcadamente superior al de la población general. Ello no es incompatible con que determinadas medidas de evaluación y/o intervención se realicen solo en determinados pacientes, según el riesgo estimado.
- **Áreas:** Las acciones contempladas en el protocolo abarcarán las relativas a los pacientes (evaluación e intervención), a los profesionales implicados, a los aspectos estructurales de las Unidades de hospitalización, y a la coordinación y seguimiento ambulatorio.

2.3. Recomendaciones de contenido

A continuación se exponen una serie de recomendaciones para la elaboración del Protocolo único de actuación en el paciente menor con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico de edad infantojuvenil.

2.3.1. Síntesis del conocimiento científico

Existen pocos estudios sobre intentos de suicidio y hospitalización en edad infantojuvenil. Hasta nuestro conocimiento, no existen estudios específicos sobre las medidas más adecuadas para minimizar el riesgo de suicidio durante una hospitalización en edad infantojuvenil.

En un estudio sobre la caracterización de los adolescentes que ingresan por intento de suicidio, se halló que aproximadamente la mitad había realizado un intento de suicidio grave, y más del 50% presentaba algún intento de suicidio previo; de estos, el 58% tenía más de un intento previo. Los intentos de suicidio previos a la hospitalización se asociaron a mayor sintomatología depresiva y a un diagnóstico de trastorno depresivo (Larsson e Ivarsson, 1998). En otro estudio de ámbito nacional desarrollado en Francia, los adolescentes con intentos de suicidio que fueron hospitalizados presentaron, respecto a aquellos con intentos de suicidio sin hospitalización, más problemas personales y sociales. Las mayores diferencias se hallaron en función del sexo: la hospitalización en hombres se asoció a peleas físicas y a infracciones o delitos; mientras que en mujeres se asoció a escaparse de casa, consumo de drogas diferentes al cannabis, un nivel de vida fuera del promedio, y acudir a un colegio privado (Pagès et al., 2004).

La adherencia al tratamiento y seguimiento es otro problema clínico de relevancia. En un estudio prospectivo tras alta hospitalaria en adolescentes con intento de suicidio, se halló que, a los tres meses, el 25,5% no acudieron al seguimiento recomendado, el 11,1% acudió solo a una consulta, el 31,4% no acudió a algunas consultas, y solo el 32% acudió a todas las consultas programadas. Por su parte, se hallaron dos factores dependientes del terapeuta asociados a una mayor adherencia: el dar al paciente una cita de seguimiento antes del alta, y un mayor número de sesiones de terapia (Granboulan et al., 2001).

2.3.2. Recomendaciones

Con base al conocimiento científico disponible (cuya síntesis se ha expuesto previamente), ligado al juicio profesional; o en ausencia del primero, con base al juicio profesional, se realizan las siguientes recomendaciones de cara a la elaboración del protocolo:

- Dada la escasez de literatura científica específica que pueda orientar sobre las medidas preventivas del riesgo suicida en menores hospitalizados en Unidades específicas infantojuveniles, se recomienda:
 1. Para aquellas áreas en las que no exista conocimiento científico, una adscripción a las recomendaciones establecidas para el protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico, siempre que: i) se estimen compatibles y adecuadas a la edad infantojuvenil, y ii) no exista nuevo conocimiento científico que oriente las características en otro sentido.
 2. Para aquellas áreas en las que exista un conocimiento científico parcial, o con niveles de evidencia moderado o insuficiente, basarse en el criterio clínico y en la evidencia disponible.
 3. Para aquellas áreas en las que exista conocimiento científico con buen nivel de evidencia, basarse en este para las disposiciones correspondientes en el protocolo.
- Resulta recomendable que en el protocolo se contemplen dos tipos de intervenciones: i) aquellas comunes para todos los pacientes; ii) intervenciones diferenciadas en función del riesgo suicida estimado.

2.4. Recomendaciones de estructura

A continuación se presentan una serie de recomendaciones estructurales sobre el protocolo, en general comunes a los de otros protocolos que puedan aplicarse en salud mental. En este sentido, se recomienda que el protocolo contenga los siguientes apartados (Servicio Aragonés de Salud, 2009; Servicio Andaluz de Salud, 2010), sin perjuicio de que se pueda estimar conveniente otro orden, estructura o la adición o supresión de elementos:

- Título
- Autoría
- Fecha de realización y fecha de revisión
- Justificación
- Objetivos
- Profesionales a los que va dirigido
- Población diana
- Metodología
- Actividades o Procedimientos
- Algoritmo de actuación
- Sistema de Información y Registro
- Evaluación del protocolo. Indicadores
- Glosario y Definiciones
- Bibliografía
- Anexos

3. Indicadores

- Realización de un Protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico de edad infantojuvenil (Sí / No)
- Porcentaje de hospitales de Canarias en los que se implementa el protocolo.

4. Dificultades potenciales

• Dificultad en la tramitación y consecución de mejoras estructurales para la prevención

Debe presentarse el conocimiento científico actual de forma clara. Un análisis específico de los suicidios hospitalarios en Canarias hasta la fecha, que incluya las posibles causas, puede ser de gran importancia para promover las decisiones de gestión necesarias para las mejoras.

Cualquier modificación estructural de las Unidades de internamiento debería ir precedida de una evaluación de los riesgos potenciales y las acciones necesarias para que no se produzcan.

• Dificultad en la comprensión y adscripción al protocolo

El protocolo debe ser conciso, claro, seguir una secuencia lógica, ser fácil de leer y comprender, y la información que contiene debe ser fácil de encontrar (NHS, 2002).

• Dificultad en la implementación

Determinadas medidas pueden favorecer un mayor éxito en la implementación, como la formación espe-

cífica sobre el protocolo a los profesionales, el establecimiento de una fase piloto, o la designación de un profesional en cada plantilla que vele por una práctica clínica con adhesión al protocolo y el mantenimiento de esta (NHS, 2002).

5. Responsables

• Coordinación

Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.

• Designación de profesionales para el equipo multidisciplinar de elaboración

- Gerencias hospitalarias y Gerencias de Servicios Sanitarios
- Jefaturas de Servicio de Psiquiatría

• Elaboración

El grupo de trabajo debería incluir los siguientes colectivos profesionales para su elaboración:

- Psiquiatría
- Psicología
- Enfermería

• Participación de Asociaciones

Resulta recomendable la participación de Asociaciones profesionales, Asociaciones de Familiares y Asociaciones de pacientes. Se evaluará la idoneidad de la participación en la fase de elaboración o en la de revisión.

• Revisión

Se recomienda que los protocolos sea evaluados por revisores externos.

• Difusión

Direcciones Médicas

Jefaturas de Servicios de Psiquiatría

Dirección General de Programas Asistenciales

Bibliografía

Granboulan, V., Roudot-Thoraval, F., Lemerle, S. and Alvin, P. (2001). Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(1), pp.31–36.

Larsson, B. and Ivarsson, T. (1998). Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(4), pp.201–208.

Pagès, F., Arvers, P., Hassler, C. and Choquet, M. (2004). What are the characteristics of adolescent hospitalized suicide attempters? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(3).

Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3), pp.125–132.

Plöderl, M. and Fartacek, C. (2018). Known but unpredictable – an argument for complexity. *BJPsych Bulletin*, 42(2), pp.89–89.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

Sakinofsky, I. (2014). Preventing Suicide among Inpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, [online] 59(3), pp.131–140. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079240/> [Accessed 10 Oct. 2019].

Walsh, G., Sara, G., Ryan, C.J. and Large, M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(3), pp.174–184.

WHO. World Health Organization 2019. *Suicide in the world. Global Health Estimates*. World Health Organization.

Acción 6.6. Planificación y estudio de viabilidad de una Unidad de Internamiento Ultrabreve por provincia para pacientes con riesgo suicida considerable e incierto.

1. Introducción. Justificación

El desarrollo de una Unidad de Internamiento Ultrabreve para el tratamiento de los pacientes con ideación suicida grave o tentativas suicidas surge de una necesidad fundamentada en la experiencia clínica. Aunque no se sustenta en una amplia bibliografía y a pesar de la evidencia limitada de esta, se estima necesaria su consideración y evaluación, por la frecuencia de pacientes con tentativas que acuden al Servicio de Urgencias y permanecen en él, sin que se pueda proceder al alta, ni tampoco al ingreso en Unidad de Agudos. Además, muchos de estos pacientes reingresan en los Servicios de Urgencias sin que hayan acudido a su USM de referencia, o sin que se haya elaborado un plan de acción terapéutico personalizado.

Si bien ya se ha implantado el registro de los intentos de suicidio a través del RECAP, integrado en la Historia Clínica Electrónica en los Servicios de Urgencias, aún no disponemos de datos fiables sobre el número de tentativas que son atendidas en las urgencias hospitalarias en Canarias (DGPPAA, 2019). El número de pacientes que ingresan en la Unidad de Internamiento Breve, solo por intento de suicidio, es mucho menor al número de pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias. Así, según un estudio realizado en el CHUC, de un total de 98 pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias durante 6 meses por intento de suicidio, el 25 % permanecieron en observación cuatro días o más, y el 62% dos días o más. Y aunque el 90% fueron derivados a USM, el 59% no acudieron y un 13 % acudieron después de 1 mes (Sánchez Pavesi, 2017).

Basándonos en estos datos, en la experiencia clínica señalada y en el conocimiento científico disponible, se considera que tiene fundamento plantear el desarrollo piloto, sujeto a evaluación de la efectividad y coste-efectividad, dentro de las áreas de los Servicios de Urgencias para pacientes con trastorno mental, de un espacio para la atención de estos pacientes, en los que se desarrollen planes de tratamiento dirigidos a disminuir la recidiva de tentativas y su canalización hacia los dispositivos que en cada caso mejor atiendan las necesidades de estos pacientes.

2. Acción

2.1. Objetivo

Desarrollar un estudio sobre la necesidad y viabilidad de una Unidad de Internamiento Ultrabreve para pacientes con riesgo suicida moderado o grave que ingresan en los Servicios de Urgencias de los Hospitales de Canarias y no son dados de alta ni ingresados en las 24 horas siguientes, sin que exista afectación orgánica que lo determine.

2.2. Síntesis del conocimiento científico

Aunque en la bibliografía existe escasa documentación sobre el diseño de Unidades de Atención Ultrabreve en Urgencias para pacientes con conducta suicida, sí existen datos referidos a la necesidad del desarrollo de Unidades de Crisis para el tratamiento de pacientes con descompensación aguda, como alternativa al ingreso en Unidades de Psiquiatría tradicionales, o incluso como alternativa a la atención tradicional en los Servicios de Urgencias. Así se recoge en el documento sobre el rol de “Los Servicios de intervención en crisis” frente a la hospitalización tradicional (National Association of State Mental Health Program Directors, 2017). En ella se recogen los beneficios de una atención en crisis para los pacientes con trastornos

mentales atendidos en Urgencias. La intervención no solo disminuyó el número de ingresos y reingresos, sino que redujo el tiempo de estancia en Urgencias y el número de abandonos. Estos dispositivos de atención en crisis constan de varios elementos, entre los que se consideran los ingresos cortos, la atención telefónica, la facilitación del tratamiento y el contacto con los dispositivos de atención ambulatoria.

Por su parte, en un informe reciente en el que se analiza la efectividad y coste-efectividad de diversos tipos de Intervención en Crisis para el tratamiento de diversos trastornos mentales, se concluyen los beneficios de estas y su coste-efectividad. Entre estas estrategias se incluyen los ingresos breves (SAMHSA, 2014).

Específicamente centrados en la Hospitalización Breve, dos estudios señalan sus beneficios. Breslow et al. (1995) evaluaron, en dos periodos diferentes, los beneficios de una Unidad de Psiquiatría en Urgencias, para estancias no superiores a 3 días, como Unidad de referencia para un área de Nueva York, frente a la hospitalización tradicional. La Unidad tenía varios objetivos: desarrollar alternativas a la hospitalización, disponer de más tiempo para diagnósticos inciertos, servir como dispositivo de respiro, o proporcionar un entorno hospitalario que no gratifique las necesidades de dependencia. Si bien la Unidad no era específica de intentos de suicidio y la muestra presentaba distintos diagnósticos, los trastornos de personalidad y los pacientes con conducta suicida suponían un alto número. Así, 30 de los 51 pacientes en el primer estudio y 42 en el segundo estudio, habían ingresado por conductas suicidas, ya sea ideación o tentativa. La mayoría fueron dados de alta en 3 días o menos y no requirieron un traslado a Unidades de mayor estancia, el nivel de satisfacción de los pacientes fue alto, y el número de reingresos bajo. Los autores concluyen que la Hospitalización Breve fue efectiva en los pacientes y aporta una alternativa a la hospitalización tradicional.

En el mismo sentido, Yu-Chin y Arcuni (1990) destacan los beneficios de la Hospitalización Breve para pacientes con conducta suicida y trastorno límite de personalidad. Para estos autores los ingresos breves en áreas no psiquiátricas permiten la intervención en crisis, disminuyen el estigma, y suponen una alternativa coste-efectiva al ingreso en Unidades Psiquiátricas.

2.3. Recomendaciones para su desarrollo

El estudio de viabilidad y utilidad clínica debe realizarse en las siguientes fases:

2.3.1. Fase inicial

- Puesta en marcha, durante al menos 6 meses, de una recogida de datos del RECAP e Historia Clínica Electrónica de Urgencias de todos los hospitales, en el que se valore el número de pacientes con tentativa suicida o ideación suicida moderada o grave, que tras ser valorado por Psiquiatría, permanecen en observación sin alta ni ingreso por un tiempo superior a 24 horas. Este dato preliminar orientará sobre la necesidad de tal Unidad. Asimismo, deberán determinarse la ubicación y características.
- Análisis conjunto de los datos recogidos, en los dos meses siguientes, por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y los psiquiatras responsables de urgencias de los distintos hospitales, con información de tal análisis a las respectivas Jefaturas de Servicio de Psiquiatría de Canarias.

2.3.2. Segunda fase

Con base a los resultados de la primera fase, y si los datos indican la pertinencia de esta Unidad en función del porcentaje de pacientes con las características indicadas, se desarrollará un Plan funcional, que debería incluir al menos:

- **Estructura:**
 - Número de camas de observación

- Ubicación dentro de la sala de urgencias o en espacio definido por cada hospital
 - Medidas de seguridad
 - Plan de seguimiento coordinado con USM de referencia
- **Criterios de ingreso recomendados:**
- Pacientes con tentativa o ideación suicida para los que, tras ser valorados por Psiquiatría, se considera la necesidad de permanecer en dicha Unidad, por un periodo no superior a 4 días.
 - Pacientes con tentativas de repetición recientes (2 o más en el último mes, o 2 en la última semana).
- **Criterios de exclusión recomendados:**
- Síntomas psicóticos.
 - Trastorno Mental Grave subsidiario de ingreso directo en UIB.
 - Afectación orgánica derivada de la tentativa, que impida la evaluación y/o intervención por parte de psiquiatría.
- **Intervención:**
- Intervención en crisis centrada en los motivos de la ideación, actuando sobre factores desencadenantes y de riesgo, y potenciación de factores protectores.
 - Movilización inicial del apoyo familiar y social.
 - Comunicación con la USM u otros dispositivos, para continuación de cuidados y plan inicial de tratamiento.
 - Cita previa antes del alta e información sobre recursos de ayuda en caso de nueva ideación, contactando expresamente con enfermería de la USM de referencia, para coordinar una atención al paciente si fuera preciso antes de la cita.
 - Cita en 1 semana con la USM de referencia (excepto excepciones, valoradas por el psiquiatra al alta).
- **Población objeto:**
- Pacientes con riesgo suicida moderado o grave (ideación suicida grave o tentativas suicidas), que acuden a un Servicio de Urgencias hospitalario en Canarias y no son dados de alta ni ingresados en las 24 horas siguientes.

2.3.3. Tercera fase

Dado que el conocimiento disponible en la literatura científica es limitado, el análisis de la efectividad y coste – efectividad probablemente deba basarse fundamentalmente en los datos de coste y efectividad recabados tras la puesta en marcha de tales Unidades.

3. Indicadores

- **Fase 1:**
 - Recogida de datos sobre conductas suicidas y permanencia en Urgencias más de 24 horas (Sí/No).
 - Análisis conjunto de los datos recogidos (Sí/No).
- **Fase 2:**
 - Desarrollo del Plan Funcional (Sí/No).

4. Dificultades potenciales

1. Deficiente fiabilidad de los datos recogidos a través del RECAP – Historia Clínica Electrónica.

Las acciones contempladas en este Programa relativas a la mejora del registro de intentos de suicidio, y la constatación de una clara mejora en la fiabilidad de los datos deben ser previos a la recogida de datos de la fase 1 descrita.

2. Dificultad para la puesta a disposición de las áreas e infraestructuras necesarias en los Servicios de Urgencias de algunos hospitales.

La aportación de los análisis sobre su necesidad, así como de un análisis de coste - efectividad pueden favorecer las acciones necesarias por las Gerencias hospitalarias y Gerencias de Servicios Sanitarios para su puesta en marcha. Por otra parte, la existencia de áreas en las que no se desarrolle, permitiría comparar la efectividad de las intervenciones y su coste, entre áreas en las que se dispone de la Unidad y aquellas que ofrecen la atención estándar.

5. Responsables

- **Coordinación:** Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, del Servicio Canario de la Salud.
- **Recogida de los datos** sobre conductas suicidas en los Servicios de Urgencias hospitalarios: Psiquiatras de guardia y facultativos de los equipos funcionales de interconsulta y enlace.
- **Análisis de datos del RECAP – HCE:** Servicios de Psiquiatría de los hospitales y Servicio de Salud Mental de la DGPPAA.
- **Elaboración de plan funcional:** Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y Servicios de Psiquiatría de los hospitales.
- **Análisis de coste – efectividad:** Servicio de Evaluación del SCS.

Bibliografía

Breslow, R.E., Klinger, B.I. and Erickson, B.J. (1995). Crisis hospitalization in a psychiatric emergency service. *New Directions for Mental Health Services*, 1965(3), pp.5–12.

DGPPAA, 2019. Conducta suicida en Canarias (2007-2018). Análisis de la situación. Servicio de Salud Mental – Dirección General de Programas Asistenciales – Servicio Canario de Salud. 2019.

National Association of State Mental Health Program Directors (2017). Crisis Services' Role in Reducing Avoidable Hospitalization.

SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). Crisis Services: Effectiveness, Cost Effectiveness, and Funding Strategies. HHS Publication No. (SMA)-14-4848. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Crisis Services: Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Funding Strategies.

Sánchez Pavesi, A., Navarro Morejón, L., Calles Marbán, R., Alcántara Gutierrez, M., Ximénez de Embun Ferrer, I., Povedano García, L., Morant Luján, Y., Cejas Méndez, M.R (2017). Conducta suicida en el Área Norte de Tenerife. XX Congreso Nacional de Psiquiatría. Barcelona, 16-18 de noviembre 2017.

Yu-Chin, R. and Arcuni, O.J. (1990). Short-term hospitalization for suicidal patients within a crisis intervention service. *General Hospital Psychiatry*, 12(3), pp.153–158.

Objetivo específico 7.

Mitigar el probable efecto negativo de la pandemia por SARS-CoV-2 en la conducta suicida de la población.

Acción 7.1. Desarrollar acciones preventivas relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2, con perspectiva transversal.

Acción 7.2. Acciones dirigidas a mitigar los efectos socioeconómicos negativos de la pandemia.

Acción 7.3. Acciones de información – formación dirigidas a mitigar los efectos negativos de la pandemia sobre la salud mental de los profesionales sanitarios y profesionales no sanitarios de primera línea.

Acción 7.1.

Desarrollar acciones preventivas relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2, con perspectiva transversal.

Acción 7.2.

Acciones dirigidas a mitigar los efectos socioeconómicos negativos de la pandemia.

Acción 7.3.

Acciones de información – formación dirigidas a mitigar los efectos negativos de la pandemia sobre la salud mental de los profesionales sanitarios y profesionales no sanitarios de primera línea.

1. Introducción. Justificación**1.1. Pandemia y salud mental**

La pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19), supone un reto especial a las personas, por cuanto afecta a la salud física y mental, a la economía y a la vida social (Wasserman et al., 2020). El aislamiento social, la ansiedad, el temor al contagio, la incertidumbre, el estrés crónico y los problemas económicos pueden conducir al desarrollo o exacerbación de trastornos relacionados con el estrés y al aumento del riesgo suicida en poblaciones vulnerables, como las personas con trastornos mentales preexistentes, personas con baja resiliencia, personas que residen en áreas con alta prevalencia de contagios, y personas que tienen algún familiar o amigo que ha fallecido a consecuencia del virus (Sher, 2020).

En una revisión sobre el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la salud mental de la población en diferentes países, se han hallado tasas relativamente altas de ansiedad (6,33% - 50,9%), depresión (14,6% - 48,3%), trastorno por estrés postraumático (7% - 53,8%), malestar psicológico (34,4% - 38%), y estrés (8,1% - 81,9%). Los factores de riesgo asociados a un mayor malestar psicológico fueron el sexo femenino, edad más joven (menores de 40 años), trastorno mental preexistente, desempleo, estatus de estudiante, y la frecuente exposición a las noticias (o en redes sociales) sobre la pandemia. Se desconoce, sin embargo,

la relevancia clínica de este impacto, ya que la afectación psicológica no tiene por qué conllevar necesariamente el desarrollo de un trastorno mental (Xiong et al., 2020).

En la Unión Europea recientemente se ha iniciado un estudio multicéntrico, en el que participa España, con tres grandes objetivos: 1) Evaluar el impacto en la salud mental de la población a corto y largo plazo, así como los factores de resiliencia y los grupos vulnerables; 2) Mejorar la resiliencia, bienestar y salud mental de los profesionales sanitarios de primera línea y otros grupos vulnerables, mediante la implementación de programas de la OMS; 3) A partir de la comprensión de los efectos de la pandemia, orientar las futuras políticas de actuación, medidas de contención de salud pública y medidas orientadas a la mejora de la salud mental y bienestar de los grupos vulnerables (Proyecto RESPOND) (Comisión Europea, 2020).

Por su parte, en un estudio desarrollado en España sobre 9.138 profesionales sanitarios para evaluar el impacto de la primera oleada de la pandemia (marzo – julio de 2020), se halló una alta prevalencia de screening positivo de trastornos mentales, de tal forma que casi la mitad de los profesionales tuvieron una puntuación propia de al menos uno de los cinco trastornos mentales comunes evaluados. Además, uno de cada siete cumplió criterios de trastorno mental actual discapacitante. Los sanitarios con trastornos mentales previos tuvieron el doble de prevalencia que aquellos sin patología mental previa (Alonso et al., 2021).

A la vista del impacto en la población, la mitigación de los efectos perjudiciales de la pandemia en la población debe ser una prioridad de salud pública internacional (Xiong et al., 2020).

1.2. Pandemia y suicidio

La posible asociación entre la pandemia por SARS-CoV-2 y suicidio es aún difícil de determinar, por el escaso tiempo transcurrido y las dificultades metodológicas. Aún no existen pruebas directas sobre el impacto de la pandemia en la conducta suicida (Niederkrötenhaller et al., 2020). El desarrollo de registros de mortalidad por suicidio en tiempo real es una prioridad (Gunnell et al., 2020).

Sin embargo, se sabe que anteriores pandemias se han asociado a mayor riesgo suicida, como la pandemia por la gripe española de 1918-1919, o durante los brotes de SARS en China, o del Ébola en África. Los principales factores asociados fueron el miedo, la crisis económica y el estigma. Por su parte, determinados grupos son más vulnerables, como los trabajadores de primera línea, los mayores, las personas sin hogar, las personas migrantes, las víctimas de abuso y violencia, y las personas con inestabilidad laboral (Banerjee et al., 2020). El efecto perjudicial de la crisis económica producida por la pandemia resulta preocupante (John et al., 2020). El desempleo se asocia a un riesgo suicida 2-3 veces superior a la actividad laboral, y la asociación entre crisis económica y suicidio está bien documentada (Deady et al., 2020).

En una encuesta poblacional realizada en EEUU en junio de 2020, se halló una prevalencia de ideación suicida en los 30 días previos, de más del doble de la presente en 2018, referida a los 12 meses previos (10,7% vs. 4,3%) (Czeisler et al., 2020). En España, en un estudio realizado sobre 5.450 profesionales sanitarios de hospitales para evaluar el impacto de la primera oleada de la pandemia (marzo – julio de 2020) en la ideación suicida, se halló una alta prevalencia de ideación suicida en el último mes, del 8,4% (4,9% pasiva y 3,5% activa) (Mortier et al., 2021).

La crisis causada por la pandemia puede aumentar las tasas de suicidio no solo durante la pandemia, sino también tras esta. Las consecuencias en la salud mental, incluyendo la conducta suicida, probablemente estén presentes durante un periodo prolongado tras la pandemia (Sher, 2020). Durante los desastres naturales, las guerras o las epidemias, las tasas de suicidio pueden decrecer transitoriamente. Sin embargo, una vez que la crisis inmediata ha pasado, las tasas de suicidio aumentan (Wasserman et al., 2020).

2. Acciones

2.1. Síntesis del conocimiento científico

2.1.1. Enfoque global

El suicidio es la consecuencia más extrema de una crisis de salud mental, y debería ser una prioridad en cualquier respuesta global de Salud Mental a la pandemia (Niederkröthenthaler et al., 2020). La prevención del suicidio requiere una consideración urgente. La respuesta no debe restringirse a las políticas y prácticas de Salud Mental (Gunnell et al., 2020). Se necesita una respuesta proactiva y colaborativa que implique a los Estados, los gobiernos locales, las ONG, Educación, Servicios Sociales y Empleo (Niederkröthenthaler et al., 2020).

La comunidad científica debe estar alerta ante posibles nuevos factores de riesgo de suicidio relacionados con la pandemia por SARS-CoV-2, pero también identificar cómo determinados factores de riesgo conocidos pueden ser exacerbados, y abordarlos adecuadamente. Estos incluyen la depresión, el trastorno por estrés postraumático, la desesperanza, los sentimientos de aprisionamiento y carga, la soledad, el consumo de tóxicos, la violencia doméstica, el abandono o abuso infantil, el desempleo y la inestabilidad financiera (John et al., 2020).

Por su parte, los gobiernos deben realizar esfuerzos para mitigar los efectos potenciales de la pandemia. Aquellos países con gasto sostenido en prestaciones sociales durante las recesiones tienen incrementos menos marcados en las tasas de suicidio, comparados con aquellos que reducen tales gastos (Deady et al., 2020). Las políticas sociales sólidas, con prestaciones sociales adecuadas para aquellas personas con ingresos bajos o con bruscas caídas de sus ingresos, pueden ser centrales para compensar el efecto de la recesión en el suicidio (Deady et al., 2020). Las políticas de mercado laboral activo, incluyendo la ayuda en la búsqueda de empleo, la formación laboral y el empleo subvencionado, han mostrado un impacto positivo en la salud y calidad de vida; y a un nivel individual, mejoras en la salud mental (Wasserman et al., 2020). A nivel nacional, los incrementos en el gasto en estas políticas han reducido el efecto del desempleo en las tasas de suicidio (Deady et al., 2020; Wasserman et al., 2020). En el contexto de esta pandemia, la adopción de políticas relacionadas con la renta básica universal durante y tras la pandemia podría reducir significativamente sus repercusiones sociales y psicológicas (Wasserman et al., 2020).

La inversión en Salud Mental es crucial, no solo en términos de tratamiento sino también en programas de prevención del suicidio que impliquen a los Servicios clínicos y a Salud Pública, y que tengan un enfoque multinivel (Deady et al., 2020).

2.1.2. Principios generales

Las diferentes recomendaciones de prevención coinciden en determinados principios generales: fortalecimiento del apoyo económico, mejorar el acceso al tratamiento y la provisión de este, creación de entornos protectores, promoción de la conexión social, proporcionar a la población general estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, identificación precoz del riesgo, capacitación de guardianes (gatekeeper training), tratamiento precoz de los trastornos mentales, e incremento de la promoción de la salud mental (Banerjee et al., 2020). Por su parte, las diferentes situaciones que pueden favorecer el riesgo pueden ser objeto de estrategias preventivas específicas. Estas situaciones incluyen los trastornos mentales, el malestar psicológico producido por la pandemia, las crisis suicidas, el consumo de tóxicos, las situaciones de maltrato, el aislamiento y la cuarentena, la mala información, la crisis económica, y los grupos vulnerables (Banerjee et al., 2020). Otros enfoques contemplan la prevención universal, selectiva e indicada (Sher, 2020; Wasserman et al., 2020).

2.1.3. Acciones recomendadas

A continuación se muestran diferentes acciones recomendadas para la prevención del suicidio durante y tras la pandemia.

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

Nivel	Población objeto y Acciones
Universal	Toda la población, independientemente de su riesgo suicida
<i>Acciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mitigación del impacto del desempleo, la pobreza y las desigualdades - Apoyo económico para las personas que lo necesitan - Restricción del acceso a medios letales - Campañas tradicionales y en redes sociales, de promoción de la salud mental y reducción del estrés. Fomento de la toma de conciencia en la población sobre la salud mental y el suicidio. - Campañas en las que se promocióne la conexión social, el sueño, la alimentación saludable y el ejercicio. - Políticas para reducir el consumo perjudicial de alcohol - Apoyo social para las personas que viven solas - Screening de ansiedad, depresión e ideas suicidas - Información responsable y adecuada en los medios de comunicación - Líneas telefónicas de prevención del suicidio - Facilitación del acceso a los Servicios de Salud; fomento de la telemedicina - Integración de Servicios de Salud Mental básicos en la Atención Primaria - Intervenciones en el entorno educativo - Acciones formativas orientadas a promover la salud mental en los profesionales sanitarios de primera línea. - Acciones formativas orientadas a promover la salud mental en los profesionales no sanitarios de primera línea.
<i>Selectiva</i>	Subgrupos con mayor riesgo (p. ej.: personas con historia de trastornos mentales, síntomas de malestar psicológico marcado y/o fatiga pandémica, supervivientes de COVID-19, profesionales sanitarios de primera línea, y personas mayores)
<i>Acciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Telemedicina como modo de incrementar la accesibilidad a los Servicios de Salud Mental. - Capacitación de guardianes en la sociedad para la identificación de posible riesgo suicida y derivación a evaluación y tratamiento. - Atención activa en la comunidad, especialmente en personas con historia de trastornos mentales, supervivientes de COVID-19 y personas mayores. - Intervenciones específicas dirigidas a grupos vulnerables.
Indicada	Personas con algún factor de riesgo o enfermedad que los sitúa en muy alto riesgo de suicidio (p. ej., intento de suicidio reciente).
<i>Acciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento clínico estrecho - Tratamiento adecuado de los trastornos mentales - Coordinación y seguimiento

Fuente: Elaboración propia a partir de Sher (2020) y Wasserman et al. (2020)

2.1.4. Profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios con un trato directo con los pacientes afectados, y especialmente quienes deben tomar decisiones trascendentales para la vida de los pacientes, son más vulnerables para el desarrollo de problemas de salud mental (Greenberg et al., 2020). En este colectivo se han hallado niveles medio-altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio, especialmente en los profesionales de primera línea (García-Iglesias et al., 2020).

Un reciente meta-análisis centrado en la prevalencia de depresión, ansiedad y trastorno por estrés post-traumático en profesionales sanitarios durante la pandemia, halló prevalencias del 21,7%, 22,1%, y 21,5% respectivamente (Li et al., 2021).

Las consecuencias en la salud mental de los profesionales pueden producirse también con posterioridad a la situación de alarma y/o de pandemia. Una vez pasada la situación crítica, los diferentes supervisores deben hacer un esfuerzo en sus Servicios por reflexionar y aprender de las experiencias extraordinariamente difíciles que se han atravesado (Greenberg et al., 2020; WHO, 2020). El no hablar sobre sentimientos de culpa, pena y remordimientos puede favorecer un peor estado mental (Greenberg et al., 2020). Por otra parte, décadas de investigación en suicidio se han centrado principalmente en los factores de riesgo de los comportamientos suicidas, pasando por alto factores de protección como la resiliencia, que puede ayudar a abordar este importante problema de salud pública (Sher, 2019).

2.1.5. Profesionales no sanitarios

El conocimiento científico sobre el impacto de la pandemia en la población general y en profesionales no sanitarios es aún escaso, si bien indica que la salud mental es peor que en el periodo previo a la pandemia (Vindegard y Benros, 2020). En España, en un estudio realizado sobre 1.089 profesionales no sanitarios, se halló aflicción psicológica en un 71,6% de las mujeres y 52,4% de los hombres (Ruiz-Frutos et al., 2021).

2.1.6. Conclusiones

Las conclusiones sobre el conocimiento científico disponible, que tendrán relación directa con las recomendaciones que se establecen a continuación, son las siguientes:

1. La mayoría de las acciones preventivas recomendadas en la literatura científica no son específicas, ya que se corresponden con acciones habitualmente recomendadas previamente a la existencia de la pandemia. Algunas acciones, sin embargo, son específicas, relacionadas directamente con esta.
2. La mayor parte de las acciones recomendadas son relativas al contexto de la pandemia (confinamiento y fases posteriores), pero no para el periodo post-pandemia.
3. La investigación sobre el efecto de la pandemia sobre el suicidio es aún escasa, hecho probablemente influenciado por el poco tiempo transcurrido y las dificultades metodológicas, especialmente la demora considerable que tienen los datos sobre suicidio, y que este es un hecho infrecuente.
4. La pandemia supone una situación muy cambiante, con múltiples factores implicados.
5. Las intervenciones en promoción de la salud mental y en resiliencia pueden contribuir a favorecer el bienestar emocional frente a la pandemia.

2.2. Recomendaciones

2.2.1. Enfoque y acciones

A partir de la revisión del conocimiento científico disponible, se establecen las siguientes recomendaciones de enfoque:

1. Establecer una diferenciación de las acciones en función de su naturaleza específica o no. Aquellas sin

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

naturaleza específica implican una integración de aspectos relacionados con la pandemia por SARS-CoV-2 en acciones preventivas contenidas en este Programa de Prevención. Se trata de acciones con perspectiva transversal. Por su parte, aquellas con naturaleza específica implican una adición a los contenidos habituales en Planes y Programas de Prevención del suicidio; o bien, si están contempladas, no resultan tan relevantes como en la situación actual.

Bajo el prisma de este enfoque, las acciones contenidas en esta área son las siguientes:

- Integración de acciones (*Integración. Perspectiva transversal*)
- Acciones dirigidas a mitigar los efectos socioeconómicos negativos de la pandemia (*Adición. Acción específica*).
- Acciones de información – formación dirigidas a mitigar los efectos negativos de la pandemia sobre la salud mental de los profesionales sanitarios y profesionales no sanitarios de primera línea (*Adición. Acción específica*).

2. Establecer recomendaciones básicas sobre su desarrollo, sujetas a posibles cambios según la evolución y repercusión de la pandemia, así como al nuevo conocimiento científico.

2.2.2. Integración de acciones. Perspectiva transversal

Se recomienda integrar acciones relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2 en las siguientes acciones de este programa de prevención.

OE3	A+IJ	Objetivo específico 3. Realizar acciones de carácter preventivo en la población sobre la conducta suicida.
A3.1	A+IJ	Acción 3.1. Realización de campañas de prevención de la conducta suicida, dirigidas a la población.
A3.2	A+IJ	Acción 3.2. Realización de una página web sobre conducta suicida, que incluya los recursos disponibles e información útil para la prevención del suicidio.
A3.3	A+IJ	Acción 3.3. Creación de una "línea de crisis" para ayuda a personas en riesgo de suicidio y asesoramiento telefónico inmediato.
A3.6	IJ	Acción 3.6. Desarrollar un programa de prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas.

OE4	A+IJ	Objetivo específico 4. Formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves no sanitarios.
A4.1	A+IJ	Acción 4.1. Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, centradas en las recomendaciones internacionales para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio.
A4.2	A+IJ	Acción 4.2. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales no sanitarios de primera línea: policías, guardias civiles, bomberos, protección civil y técnicos del 112.
A4.3	A+IJ	Acción 4.3. Realización de actividades formativas dirigidas a orientadores escolares, docentes y otros profesionales sociosanitarios.
A4.4	A+IJ	Acción 4.4. Realización de actividades formativas dirigidas a mediadores sociosanitarios: trabajadores sociales, educadores, y animadores socioculturales.

OE4	A+IJ	Objetivo específico 5. Formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves no sanitarios.
A5.1	A+IJ	Acción 5.1. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de las Redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias.
A5.2	A+IJ	Acción 5.2. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria.
A5.3	A+IJ	Acción 5.3. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios del 112.
A5.4	A+IJ	Acción 5.4. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias hospitalarios.
A5.5	A+IJ	Acción 5.5. Realización de actividades formativas dirigidas a farmacéuticos.
A5.6	A+IJ	Acción 5.6. Realización de actividades formativas específicas sobre conducta suicida en edad infantojuvenil.

A continuación se refleja el enfoque básico recomendado para cada una de estas acciones.

Acción 3.1.

Realización de campañas de prevención de la conducta suicida, dirigidas a la población.

Consideración de la probable repercusión negativa de la pandemia en la salud mental de la población, para el diseño, información y recomendaciones de las campañas.

Acción 3.2.

Realización de una página web sobre conducta suicida, que incluya los recursos disponibles e información útil para la prevención del suicidio.

Inclusión de información sobre la potencial repercusión de la pandemia en la salud mental de la población, con el objeto de informar, desestigmatizar y favorecer la búsqueda de ayuda.

Acción 3.3.

Creación de una "línea de crisis" para ayuda a personas en riesgo de suicidio y asesoramiento telefónico inmediato.

Inclusión de contenidos sobre la repercusión de la pandemia en la salud mental de la población, en la formación específica de los profesionales que atiendan esta línea.

Acción 3.6.

Desarrollar un programa de prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas.

Inclusión de contenidos sobre la potencial repercusión de la pandemia en la salud mental de la población infantojuvenil, con el objeto de informar, desestigmatizar, favorecer la mejor identificación de los posibles casos de problemas de salud mental, y favorecer la búsqueda de ayuda.

Objetivo específico 4.

Formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves no sanitarios.

Acción 4.1. Medios de comunicación

Acción 4.2. Profesionales no sanitarios de primera línea

Acción 4.3. Orientadores escolares, docentes y otros profesionales sociosanitarios.

Acción 4.4. Mediadores sociosanitarios

Inclusión de contenidos sobre la repercusión de la pandemia en la salud mental de la población, en la formación específica de los profesionales, que favorezca la toma de conciencia sobre esta, la mejor iden-

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

tificación de los posibles casos de problemas de salud mental, y subsiguientemente, la intervención adecuada. En el caso de los profesionales de los medios de comunicación, promoción de la información más adecuada, sin efectos perjudiciales, y útil para la población.

Objetivo específico 5.

Mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre la conducta suicida.

Acción 5.1. Redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias.

Acción 5.2. Atención Primaria.

Acción 5.3. Profesionales sanitarios del 112.

Acción 5.4. Profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias hospitalarios.

Acción 5.5. Farmacéuticos.

Acción 5.6. Edad infantojuvenil.

Inclusión de contenidos sobre la repercusión de la pandemia en la salud mental de la población, en la formación específica de los profesionales, que favorezca la toma de conciencia sobre esta, facilite la identificación de las personas con problemas de salud mental, y subsiguientemente, la intervención adecuada.

2.2.3. Acciones dirigidas a mitigar los efectos socioeconómicos negativos de la pandemia

Acción. Descripción

Promoción de la adopción, intensificación o mantenimiento de acciones encaminadas a mitigar los efectos socioeconómicos negativos de la pandemia.

Responsables y Método

- Consejería de Sanidad:

Si bien no corresponde a la Consejería de Sanidad la adopción de medidas socioeconómicas, sí constituye una responsabilidad de esta el traslado de la información relevante al respecto sobre la relación entre pandemia y salud mental, la relación entre pandemia y suicidio, el desarrollo de medidas socioeconómicas en otros países y su efectividad, recomendaciones, y la conveniencia de un refuerzo en los recursos destinados a la Salud Mental. El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y el Servicio de Promoción de la Salud de la DGSP elaborarán un informe que contenga estos aspectos.

- Otras Consejerías:

De entre las Consejerías existentes, se consideran de mayor relevancia para la adopción de las medidas socioeconómicas las siguientes:

- Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad
- Hacienda, Presupuestos y Asuntos Europeos
- Derechos sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud
- Economía, Conocimiento y Empleo
- Obras Públicas, Transportes y Vivienda

Corresponde a cada Consejería implicada la adopción de las medidas sociales, económicas o socioeconómicas que estime convenientes.

Por su parte, se considera conveniente su difusión a las siguientes instituciones:

- Cabildos

- Ayuntamientos
- Federación Canaria de Municipios (FECAM)
- Federación Canaria de Islas (FECAI)

Indicadores

- Elaboración de información y difusión de esta a las Consejerías implicadas (Sí / No)
- Elaboración de información y difusión de esta a Cabildos y Ayuntamientos (Sí / No)
- Elaboración de información y difusión de esta a la FECAM y FECAI (Sí / No)

2.2.4. Acciones de información – formación dirigidas a mitigar los efectos negativos de la pandemia sobre la salud mental de los profesionales sanitarios y profesionales no sanitarios de primera línea

Acción. Descripción

Informar-formar en promoción de la salud mental y resiliencia, para favorecer el bienestar emocional en profesionales sanitarios de primera línea, profesionales sanitarios con actividad asistencial y profesionales no sanitarios de primera línea.

Población diana

- Profesionales sanitarios de primera línea, en contacto directo con las personas afectadas: Medicina Interna, UCI, Urgencias, Neumología
- Profesionales sanitarios con actividad asistencial
- Profesionales no sanitarios de primera línea

Se considera aquí a profesional no sanitario de primera línea a aquellos colectivos profesionales que trabajan en la atención directa de la población o de grupos poblacionales, con alto grado de interacción con las personas, sea en el contexto de la pandemia, en el de la atención a personas con posible riesgo suicida, o ambas.

Ámbito

- Atención Hospitalaria
- Atención Primaria
- Profesionales no sanitarios de primera línea: profesionales de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Cuerpo de Bomberos, Protección Civil, técnicos del 112, profesores de la Consejería de Educación (no universitarios), profesionales y voluntarios de ONG, y/o cualquier otro colectivo que se estime necesario.

Método y Profesionales responsables

- Coordinación y provisión de documentación necesaria: Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.
- Plataforma *Moodle* del Servicio Canario de la Salud: Dirección General de Recursos Humanos. Plataforma en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/formacion/>
- Coordinación sectorial:
 - Direcciones médicas de los hospitales
 - Gerencias de AP y Gerencias de Servicios Sanitarios.

Traslado de información a los respectivos Servicios médicos y Centros de AP.

- Coordinación en Servicios:
 - Jefaturas de los Servicios implicados

V. Objetivos y Acciones. Desarrollo

Traslado de información, recomendaciones a profesionales de sus Servicios o Centros, y gestión de su ejecución.

Información y recomendaciones. Elementos básicos

- Pandemia como situación de riesgo para la salud mental.
- Resiliencia y variables con las que se relaciona.
- Estrategias para prevenir o minimizar el estrés.
- Síntomas comunes en los problemas de salud mental.
- Recursos disponibles para la atención a la salud mental y formas de acceso.

Indicadores

- Desarrollo de la acción de información-formación dirigida a profesionales sanitarios de primera línea (Sí /No)
- Desarrollo de la acción de información-formación dirigida a profesionales sanitarios con actividad asistencial (Sí /No)
- Desarrollo de la acción de información-formación dirigida a profesionales no sanitarios de primera línea (Sí /No)

3. Dificultades potenciales

• Temporalidad

La pertinencia de las acciones y su potencial beneficio serán presumiblemente mayores durante la pandemia y en los meses posteriores a su resolución. Las acciones específicas deben realizarse con la mayor prioridad posible. Las acciones integradas están supeditadas a la realización de estas.

• Coordinación interinstitucional

La coordinación interinstitucional puede resultar más difícil por las circunstancias que implica la propia pandemia. La gran relevancia del suicidio en la población favorece que se desarrolle, a pesar de las dificultades. Por su parte, la coordinación interinstitucional puede suponer una oportunidad para el necesario mantenimiento de esta en el contexto de la planificación de la prevención del suicidio en nuestra Comunidad.

Bibliografía

Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., ... & MINDCOVID Working group. (2021). Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, en prensa.

Banerjee, D., Kosagisharaf, J.R. and Sathyanarayana Rao, T. (2020). 'The Dual Pandemic' of Suicide and COVID-19: A Biopsychosocial Narrative of Risks and Prevention. *Psychiatry Research*, p.113577.

Comisión Europea (2020). RESPOND. Improving the Preparedness of Health Systems to Reduce Mental Health and Psychosocial Concerns resulting from the COVID-19 Pandemic. Disponible en: <https://cordis.europa.eu/project/id/101016127/es>

Czeisler, M.É. (2020). Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation during the COVID-19 Pandemic – United States, June 24–30, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, [online] 69(32). Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6932a1.htm>.

- Deady, M., Tan, L., Kugenthiran, N., Collins, D., Christensen, H. and Harvey, S.B. (2020). Unemployment, suicide and COVID-19: using the evidence to plan for prevention. *Medical Journal of Australia*, [online] 213(4). Available at: <https://www.mja.com.au/system/files/2020-06/Deady%20mja20.00600%20-%2022%20June%202020.pdf>.
- García-Iglesias, J.J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J.R., and Ruiz Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94: 23 de julio e1-20.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, 368.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R.C., Pirkis, J.; COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7(6), pp.468–471.
- John, A., Pirkis, J., Gunnell, D., Appleby, L. and Morrissey, J. (2020). Trends in suicide during the covid-19 pandemic. *BMJ*, p.m4352.
- Li, Y., Scherer, N., Felix, L. and Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, Mar 10;16(3):e0246454.
- Mortier, P., Vilagut, G., Ferrer, M., Serra, C., de Dios Molina, J., López-Fresneña, N., ... & MINDCOVID Working Group. (2021). Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depression and Anxiety*, Jan 4. doi: 10.1002/da.23129.
- Niederkrötenhaler, T., Gunnell, D., Arensman, E., Pirkis, J., Appleby, L., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R.C. and Platt, S. (2020). Suicide Research, Prevention, and COVID-19. *Crisis*, pp.1–10.
- Ruiz-Frutos, C., Ortega-Moreno, M., Allande-Cussó, R., Domínguez-Salas, S., Dias, A., & Gómez-Salgado, J. (2021). Health-related factors of psychological distress during the COVID-19 pandemic among non-health workers in Spain. *Safety Science*, [online] 133, p.104996. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753520303933>
- Sher, L. (2019). Resilience as a focus of suicide research and prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(2), pp.169–180.
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10).
- Vindegaard, N. and Eriksen Benros, M. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, pp.531–542.
- Wasserman, D., Iosue, M., Wuestefeld, A. and Carli, V. (2020). Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 19(3), pp.294–306.
- World Health Organization. (2020). Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance, 3 December 2020. *World Health Organization*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337333>.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L.M.W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A. and McIntyre, R.S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, pp.55–64.

VI. PRIORIZACIÓN Y CRONOGRAMA

1. Justificación y características

Los elementos de priorización y cronograma dotan de mayor calidad a los documentos planificadores, por cuanto establecen un marco definido para el desarrollo de estas. Si bien todas las acciones se consideran de importancia, su desarrollo debe ser escalonado a lo largo del marco temporal establecido. Además, en varios casos, determinadas acciones están supeditadas al desarrollo previo de otras.

La priorización se establece en este Programa conforme a una gradación de cuatro niveles: muy alta, alta, media y baja. Por otra parte, determinadas acciones ya están establecidas, y se propone su mantenimiento, al considerarse de gran relevancia. En los casos en los que una acción está supeditada al desarrollo de otra, se señala.

El cronograma para el desarrollo de las acciones tiene diferente complejidad según la naturaleza de las acciones. Mientras que para las acciones más sencillas puede ser necesario solo la asignación del año de su desarrollo, las acciones de mayor complejidad pueden requerir la asignación de los momentos temporales del inicio, de diferentes etapas establecidas, o incluso el establecimiento de un cronograma propio durante su desarrollo.

El marco temporal de desarrollo de este Programa tiene como referencia inicial el establecido en el *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*, ya que toma como base lo establecido en la Línea Estratégica 2, dedicada a la Prevención y tratamiento de la conducta suicida. Sin embargo, diferentes circunstancias exigen una ampliación de este marco temporal. Estas incluyen: i) la pandemia por SARS-CoV-2, que ha tenido una marcada repercusión negativa en los diferentes ámbitos de la sociedad, y ha dificultado e impedido el desarrollo de diversas acciones; ii) el hecho de que este Programa amplía significativamente el alcance de lo contenido en la mencionada Línea Estratégica, al incluir un objetivo específico dedicado a los sistemas de información, acciones de contacto activo y seguimiento, la diferenciación de acciones específicas dirigidas a la edad infantojuvenil, y la inclusión de acciones preventivas transversales y específicas relacionadas con la pandemia. Todas estas circunstancias hacen recomendable la ampliación de tres años respecto al marco temporal establecido en el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. El marco temporal de este Programa, por tanto, se contempla como el periodo comprendido entre 2021 y 2026.

2. Priorización y cronograma

En la siguiente tabla se vinculan los objetivos y acciones con la priorización y el cronograma. El año señalado en el cronograma se refiere exclusivamente al año del inicio de la acción en el contexto de este Programa, no a su consecución, su continuidad, ni a la periodicidad recomendada. En algunas acciones figuran todos los años, ya que, por su naturaleza, no puede delimitarse un año en particular. Los motivos específicos correspondientes a esta circunstancia se señalan más adelante, en el apartado "Consideraciones específicas".

Objetivos y Acciones. Nombre corto	Prioridad	Cronograma*					
		2021	2022	2023	2024	2025	2026
OE 1. Sistemas de registro e Informes epidemiológicos							
1.1. RECAP - HCE	Alta						
1.2. Ideación suicida en ESC	Media						
1.3. Coordinación IML	Media						
1.4. Informe epidemiológico	Mantenim.						
OE 2. Coordinación							
2.1. DGPPAA - DGSP	Mantenim.						
2.2. SCS - Órganos y Admin.	Alta						
2.3. SCS - Organizac. y Asoc.	Alta						
2.4. Protocolo coord. intra.	Alta						
2.5. Protocolo coord. inter.	Media						
OE 3. Población							
3.1. Campañas	Media						
3.2. Página web	Media						
3.3. Línea de crisis	Media						
3.4. Restricc. medios letales	Alta						
3.5. Postvención	Media						
3.6. Programa Inst. Educat.	Media						
3.7. Protocolo Inst. Educat.	Alta						
OE 4. Formación profesionales no sanitarios							
4.1. Medios comunicación	Media						
4.2. Primera línea	Alta						
4.3. Educación	Media						
4.4. Mediadores sociosanit.	Media						
OE 5. Formación profesionales sanitarios							
5.1. Salud Mental y Drogod.	Media						
5.2. Atención Primaria	Muy alta						
5.3. Prof. sanitarios 112	Alta						
5.4. Serv. Urgencias Hospit.	Media						
5.5. Farmacéuticos	Baja						
5.6. Edad infantojuvenil	Alta						
OE 6. Situaciones específicas de riesgo y complejidad							
6.1. Prot. Serv. Urgencias H.	Muy alta						
6.2. Prot. Edad IJ Urgenc. H.	Muy alta						
6.3. Seguimiento activo	Media						
6.4. Prot. U.I. Psiquiátricas	Alta						
6.5. Prot. U.I. Psiquiátr. IJ	Media						
6.6. Viabilidad. U.I. Ultrabreve	Baja						
OE 7. Pandemia. Mitigación de efecto negativo							
7.1. Perspectiva transversal	Media						
7.2. Impacto socioeconómico	Muy alta						
7.3. Información-Formación	Muy alta						

*El año señalado en el cronograma se refiere exclusivamente al año del inicio de la acción, no a su consecución, su continuidad ni a la periodicidad recomendada.

Abreviaturas: Mantenim.: mantenimiento. RECAP: Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias. HCE: Historia Clínica Electrónica. ESC: Encuesta de Salud de Canarias. IML: Instituto de Medicina Legal. DGPPAA: Dirección General de Programas Asistenciales. DGSP: Dirección General de Salud Pública. SCS: Servicio Canario de la Salud. Admin.: Administraciones. Organizac.: Organizaciones. Asoc.: Asociaciones. Coord. intra.: Coordinación intrainstitucional. Coord. inter.: Coordinación interinstitucional. Inst. Educat.: Instituciones Educativas. Drogod.: Drogodependencias. Prot.: Protocolo. U.I: Unidad/es de Internamiento. IJ: infantojuvenil. H.: Hospitalario.

Consideraciones específicas

- *Acción 1.2. Ideación suicida en la Encuesta de Salud de Canarias (ESC).* El año reseñado en el cronograma no se refiere al mantenimiento de su inclusión, sino específicamente al análisis de la relación de la ideación suicida con otras variables. Está previsto que la siguiente ESC se publique en 2022.
- *Acción 1.4. Informes epidemiológicos.* Supone el mantenimiento de la periodicidad anual.
- *Acción 2.2. Coordinación con otros órganos autonómicos y otras administraciones públicas.* Prioridad derivada de la propia de las acciones para las que se requiere coordinación interinstitucional. Conveniencia de inicio temprano de la coordinación.
- *Acción 2.3. Coordinación con Organizaciones y Asociaciones.* Prioridad derivada de la propia de las acciones para las que se requiera coordinación interinstitucional. Conveniencia de inicio temprano de la colaboración y coordinación.
- *Acciones 2.4. y 2.5. Protocolos de coordinación intra e interinstitucional.* Se estima recomendable que el protocolo de coordinación intrainstitucional esté disponible con anterioridad al de coordinación interinstitucional.
- *Acción 3.6. Programa de prevención en instituciones educativas.* La prioridad media deriva básicamente del hecho de que su implementación debe estar precedida del desarrollo e implementación del Protocolo de intervención ante riesgo suicida detectado en instituciones educativas, en coordinación con los servicios sanitarios. Atendiendo a su complejidad, el proceso de elaboración puede iniciarse con anterioridad a la disponibilidad del protocolo.
- *Acciones de formación de profesionales no sanitarios y sanitarios (4.1., 4.2., 4.3., 4.4., 5.1., 5.2., 5.3., 5.4., 5.5., 5.6.).* La priorización se ha establecido con base a los siguientes criterios principales: impacto potencial, conveniencia de impartición tras la disponibilidad de un protocolo específico, realización previa o no, y último año en que se realizó. Se estima muy conveniente que la formación a los profesionales de los Servicios de Urgencias hospitalarios sea posterior a la disponibilidad de los protocolos de actuación ante riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios (adultos e IJ). Asimismo, se estima muy conveniente que la formación en Educación sea posterior a la disponibilidad del Protocolo de intervención ante detección de riesgo suicida en el entorno educativo.
- *Acción 6.5. Protocolo de actuación en pacientes con riesgo suicida en Unidades internamiento IJ.* La elaboración y disponibilidad del protocolo está supeditada a la existencia de Unidades de internamiento psiquiátrico de edad infantojuvenil, previstas para 2022 y 2023 en las provincias de Las Palmas y S/C de Tenerife.
- *Acción 6.6. Viabilidad de Unidad de Internamiento Ultrabreve.* La recogida y análisis de datos de la fase 1 está supeditada al desarrollo previo de acciones de mejora de la fiabilidad de los datos de intentos de suicidios recogidos en el RECAP – HCE, y la constatación de la fiabilidad de estos. Año 1: Recogida y análisis de datos. Año 2: Desarrollo de Plan Funcional, si procede. Año 3: Inicio de actividad de la Unidad, si procede.
- *Acción 7.1. Acciones de mitigación de efecto negativo de la pandemia, perspectiva transversal.* Prioridad supeditada al desarrollo de las respectivas acciones en las que se encuadran y a la evolución de la pandemia.
- *Acciones con marcado de todos los años en el cronograma.* La acción 1.4, relativa a los informes epidemiológicos, se realiza desde hace años, supone un mantenimiento, y tiene una periodicidad anual. La acción 2.1 tiene naturaleza de coordinación, se realiza desde hace años, y se trata de un mantenimiento de esta, con carácter continuo. Por último, la acción 7.1. tiene perspectiva transversal e implica a múltiples acciones del Programa.

3. Carácter y factores

3.1. Carácter

La priorización y cronograma establecidos en este Programa no tienen carácter prescriptivo. Ambos son recomendaciones a priori y de carácter flexible según las circunstancias concurrentes. Debe tenerse en cuenta que en el desarrollo de diferentes acciones están implicados múltiples factores, profesionales e instituciones, y que la mayor parte de estos son ajenos a la coordinación de este Programa. Por lo tanto, se tomará como referencia lo aquí establecido, sin perjuicio de las adaptaciones que se consideren necesarias en función del devenir de los acontecimientos y los factores implicados.

3.2. Factores

Cabe destacar que en el desarrollo de las acciones contenidas en este Programa pueden influir notablemente diversos factores. Se señalan aquí aquellos considerados como básicos:

- **Apoyo institucional:** El desarrollo efectivo de este Programa requiere un compromiso institucional y político, que se traduzca en una provisión de los recursos necesarios y en su continuidad.
- **Colaboración de otros Servicios y Sectores:** Como se ha señalado previamente, la prevención del suicidio debe tener un enfoque integral y multisectorial que incluya no solo al sector de la salud, sino también los de educación, empleo, bienestar social, justicia y otros. Por lo tanto, la colaboración de otros Servicios en el seno del Servicio Canario de la Salud, así como de otros sectores no sanitarios, resulta fundamental para el desarrollo de múltiples acciones.
- **Coordinación:** Resulta recomendable que los profesionales coordinadores de este Programa cuenten con el tiempo necesario para ello. El Programa incluye un alto número de acciones, y la mayoría de ellas entrañan una alta complejidad y la necesidad de coordinación con múltiples profesionales. Por su parte, resulta recomendable la estabilidad de los profesionales coordinadores en tales funciones, habida cuenta del amplio marco temporal de las acciones planificadas, y de la alta especialización requerida para estas.
- **Profesionales:** El desarrollo de las acciones contenidas en este Programa no será posible sin el trabajo de múltiples profesionales en el contexto de diversos grupos de trabajo. Este trabajo habitualmente supone un gran esfuerzo añadido a la actividad profesional diaria, muchas veces a costa del tiempo personal. En aras de conseguir una mayor garantía de éxito y la calidad necesaria, resulta recomendable que las instituciones incentiven de alguna forma este trabajo. En ausencia de incentivación alguna, cuando menos deberían facilitar que los diferentes profesionales puedan colaborar en el desarrollo de las acciones.
- **Recursos humanos:** La complejidad de la prevención del suicidio y su enorme trascendencia hacen recomendable, además de una planificación adecuada, la dotación de recursos humanos específicos para esta, tanto a nivel de su planificación y coordinación, como a un nivel clínico, en diferentes entornos asistenciales.
- **Recursos económicos:** Diversas acciones contenidas en este Programa implicarán costes. El apoyo institucional debe traducirse también en la facilitación de los cauces necesarios para la dotación económica necesaria.
- **Pandemia:** La evolución de la pandemia, las consecuencias negativas que está teniendo en múltiples sectores, y las dificultades directas e indirectas que supone, pueden afectar al desarrollo natural de múltiples acciones contenidas en este Programa.

VII. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

VII. Evaluación y Seguimiento

1. Bases para la evaluación

El presente Programa cuenta con los elementos necesarios para su evaluación: indicadores, y una comisión de seguimiento y evaluación.

Los **indicadores** constituyen los elementos clave para la evaluación del Programa, e incluyen indicadores de proceso, de estructura y de resultado. La obtención de los datos necesarios para su cálculo requerirá el uso de diferentes sistemas de información y diversas fuentes. El cálculo de sus indicadores permitirá obtener una visión de consecución de los objetivos, tanto del Programa en su conjunto, como de cada una de las áreas que abarca, representadas a través de los objetivos específicos que lo componen. Para una mayor claridad, los indicadores se muestran contextualizados en las actividades correspondientes a cada uno de los objetivos.

La **Comisión de seguimiento y evaluación** estará constituida por profesionales de la Coordinación del Programa, tanto del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, como del Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública.

2. Seguimiento y evaluación global

Para la adecuada evaluación de este Programa, se estiman necesarias una evaluación de seguimiento, una evaluación global, y la elaboración de informes de evaluación.

- La **evaluación de seguimiento** se realizará a los tres años del inicio de este, lo que se corresponde con la mitad del periodo temporal recomendado en este programa para el desarrollo de las acciones. En esta se evaluarán los indicadores encuadrados en cada acción.
- La **evaluación global** se realizará en dos momentos, dependiendo de la naturaleza de los indicadores evaluados.
 1. Los indicadores de proceso y estructura, encuadrados en las acciones, se evaluarán a los seis años del inicio del Programa.
 2. Los indicadores de resultado se evaluarán transcurridos otros seis años, mediante la metodología que se describe más adelante. Dependiendo de la demora en los datos relativos al suicidio, esta evaluación podrá retrasarse entre uno y dos años, hasta que esté disponible la tasa de suicidio correspondiente al sexto año.
- Los **informes de evaluación** serán elaborados por la Comisión de seguimiento y evaluación. Se realizará un informe por cada evaluación: i) evaluación de seguimiento, ii) evaluación global sobre indicadores de proceso y estructura, iii) evaluación global sobre indicadores de resultado. Estos informes se remitirán a la Dirección General de Programas Asistenciales, Dirección General de Salud Pública y Jefaturas de Servicio de Salud Mental hospitalarias, sin perjuicio de que se pueda ampliar la remisión a otras instancias, si se estima conveniente. En cualquier caso, estos informes tendrán un carácter transparente.

3. Indicadores

3.1. Tipos de indicadores

El presente programa incluye indicadores de proceso, estructura y resultado. Los indicadores de proceso son los más numerosos, al estar asociados a la mayoría de las acciones de este Programa. Los diferentes indicadores están incluidos en cada una de las acciones.

Cabe aclarar que algunas acciones, una vez desarrolladas, implican el establecimiento de indicadores propios para la evaluación detallada de la acción (p. ej.: Programa de prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas). Estos indicadores no se incluyen en la evaluación de este Programa, sino en la evaluación específica de tal acción, tras su desarrollo.

Por su parte, diversos indicadores pueden considerarse indicadores de resultados intermedios, al evaluar acciones que tienen una relación directa con la prevención del suicidio, y pueden ser más útiles para evaluar la efectividad de un programa a corto plazo (WHO, 2018). Ejemplos de resultados intermedios incluyen la restricción del acceso a medios letales, la mejora en la calidad de las noticias relacionadas con el suicidio, la mejora en la actitud y en la práctica clínica de los profesionales sanitarios, el incremento en el número de personas que acceden a los servicios sanitarios y de apoyo, y una mejora en el conocimiento sobre el suicidio y en la conciencia sobre el problema (WHO, 2018).

3.2. Indicadores de resultado

Se consideran indicadores de resultado todos aquellos incluidos en el concepto de la conducta suicida; esto es, el suicidio, los intentos de suicidio, las autolesiones y gestos suicidas, y la ideación suicida. La relevancia de estos indicadores de resultado tiene una gradación decreciente en la relación descrita.

Los datos concernientes al suicidio se obtienen a partir del Instituto Nacional de Estadística (INE), si bien tienen una demora de entre año y medio y dos años.

Los datos relativos a los intentos de suicidio, autolesiones y gestos suicidas se obtienen a partir del registro en RECAP – HCE. Sin embargo, en la actualidad su fiabilidad no permite su utilización, y en este Programa se ha establecido la necesidad de desarrollar acciones dirigidas a la mejora de su cumplimentación.

Por último, los datos relativos a la ideación suicida provienen de las sucesivas Encuestas de Salud de Canarias, realizadas cada cinco años. Dado que las acciones preventivas no pueden cambiar el posible antecedente de ideación suicida a lo largo de la vida, el indicador debería ser la ideación suicida en el último año.

4. Evaluación de resultados

4.1. Bases

El objetivo general básico de este Programa es la reducción en las tasas de suicidio en Canarias. Sin embargo, se ha señalado que el objetivo de la reducción de las tasas de suicidio es un objetivo a largo plazo (OMS, 2014). Por ello resulta recomendable complementar la evaluación de los resultados con una evaluación más a corto plazo, a través la consecución de resultados intermedios, y a través de indicadores de proceso y estructura (OMS, 2014; WHO, 2018). Además, la OMS no recomienda que la tasa de suicidio sea el único indicador primario para medir la efectividad de un programa de prevención del suicidio. Se podría considerar como un objetivo final en el caso de que muchos de los factores de riesgo se hayan reducido, o que los factores protectores se hayan potenciado. Dado que el suicidio es un hecho infrecuente desde el punto de vista estadístico, se necesitan otras medidas para evaluar la efectividad de los programas de prevención, especialmente en comunidades con poblaciones relativamente pequeñas (WHO, 2010; Stone et al., 2017; WHO, 2018).

4.2. Periodos temporales de referencia y aspectos metodológicos

Partiendo de la consideración de la reducción de la conducta suicida como objetivo a largo plazo (OMS, 2014), para la evaluación de la efectividad de este programa en lo relativo a los indicadores de resultado,

VII. Evaluación y Seguimiento

se recomienda el establecimiento de tres periodos temporales de referencia:

- Periodo I: seis años anteriores al inicio del Programa.
- Periodo II: seis años correspondientes al desarrollo de las acciones del Programa
- Periodo III: seis años posteriores al final del periodo II.

La fórmula recomendada sería la comparativa de la tasa media en Canarias de cada tipo de conducta suicida en los diferentes periodos. En el caso del suicidio, esta tasa puede obtenerse con facilidad, si bien con demora. En lo concerniente a los intentos de suicidio, autolesiones y gestos suicidas, no podrá tomarse como referencia el periodo I, ya que actualmente los datos carecen de la fiabilidad necesaria. En este caso se recomienda la evaluación de la serie temporal anual a partir de que se considere que existe fiabilidad de tales datos, con carácter estable durante un tiempo razonable. Por último, los datos de ideación suicida en la población no se dispondrán de forma anual, sino cada cinco años. Estos datos podrán asignarse a cada uno de los tres periodos reseñados.

4.3. Interpretación de los resultados

El desarrollo del presente Programa de prevención se sitúa en un contexto histórico particular, por cuanto coincide con la pandemia por SARS-CoV-2 y sus repercusiones negativas en todos los ámbitos de la sociedad. Si bien aún no es posible determinar ni el efecto sobre la conducta suicida ni su magnitud, existen hallazgos científicos relacionados con pandemias previas. Las consecuencias en la salud mental, incluyendo la conducta suicida, probablemente estén presentes durante un periodo prolongado tras la pandemia (Sher, 2020). Durante los desastres naturales, las guerras o las epidemias, las tasas de suicidio pueden decrecer transitoriamente. Sin embargo, una vez que la crisis inmediata ha pasado, las tasas de suicidio aumentan (Wasserman et al., 2020).

Por lo tanto, en la interpretación de los resultados debe ponderarse el impacto negativo de la pandemia por SARS-CoV-2 en la población de Canarias. Si bien la evaluación de la existencia o no de tal impacto y su magnitud resultan difíciles de estimar, determinados datos pueden orientar sobre este:

1. Los hallazgos científicos relativos al impacto de la pandemia en la salud mental en general, y en la conducta suicida en particular.
2. La tendencia en el número de suicidios para el conjunto de España, desde un periodo de años prepandemia hasta el periodo postpandemia.
3. El impacto negativo socioeconómico en Canarias, a través de diversos indicadores objetivos (expuestos en la sección del Análisis epidemiológico y posibles factores causales), mediante la comparación de los periodos de años pre- y postpandemia.
4. El probable impacto negativo en la incidencia y prevalencia asistida de trastornos mentales (Atención Primaria y Salud Mental), mediante la comparación de los periodos de años pre- y postpandemia.

Por último, en la interpretación de los resultados también debe ponderarse otro aspecto fundamental: la continuidad en las acciones desarrolladas. La prevención del suicidio no puede considerarse como un proceso estático, sino como un proceso continuo y que evoluciona a lo largo del tiempo (Yip, 2011). Por lo tanto, la continuidad en las acciones incluidas en este Programa es fundamental, sin perjuicio de las modificaciones, adiciones o supresiones que se consideren adecuadas en un futuro, con base al conocimiento científico y el consenso de expertos.

Bibliografía

- OMS. Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10).
- Stone, D. M., Holland, K. M., Bartholow, B. N., Crosby, A. E., Davis, S. P., and Wilkins, N. (2017). *Preventing suicide: A technical package of policies, programs, and practice*.
- Wasserman, D., Losue, M., Wuestefeld, A. and Carli, V. (2020). Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 19(3), pp.294–306.
- WHO. World Health Organization (2010). *Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes*.
- WHO. World Health Organization (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO. World Health Organization. (2018). *Preventing suicide: a community engagement toolkit*.
- Yip, P.S.F. (2011). Towards Evidence-Based Suicide Prevention Programs. *Crisis*, 32(3), pp.117–120.

