

Plan de
prevención do suicidio
en **GALICIA**



XUNTA DE GALICIA

Edita: Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade e Servizo Galego de Saúde (Sergas)
Lugar: Santiago de Compostela
Ano: 2017
D.L.: C 2203-2017

Plan de prevención do suicidio en GALICIA

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade e Servizo Galego de Saúde
Santiago de Compostela
2017

ÍNDICE

PARTE 1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Introducción	5
1.2. Obxectivos	5
1.3. Principios	6
1.4. Metodoloxía.....	6
1.5. Autoría e colaboradores	7
1.5.1. Grupo de traballo	7
1.5.2. Institucións participantes	8
1.6. Marco Planificador.....	8
1.6.1. Estratexia en saúde mental do SNS	8
1.6.2. Plan estratéxico de saúde mental Galicia 2006-2011	8
1.6.3. Revisión do Plan de prioridades sanitarias: 2014-2016	9
1.6.4. Estratexia Sergas 2014.....	9
1.6.5. Estratexia Sergas 2020.....	9
1.7. Marco normativo	9
1.8. Marco organizativo	10
PARTE 2. ASPECTOS XERAIS SOBRE A CONDUTA SUICIDA	13
2.1. Terminoloxía	13
2.2. Factores de risco	13
2.3. Factores protectores.....	14
2.4. Factores precipitantes	14
2.5. Sinais de alerta	15
2.6. Mitos e prexuízos.....	17
2.7. Estigma e tabú	17
2.8. Etioloxía da conduta suicida. Modelos explicativos.....	17
PARTE 3. ANÁLISE DE SITUACIÓN	19
3.1. Epidemioloxía	19
3.1.1. Mortalidade por suicidio no ámbito internacional	19
3.1.2. Mortalidade por suicidio en España	21
3.1.3. Mortalidade por suicidio en Galicia	28
3.1.4. Suicidios e crise económica en Galicia.....	31
3.2. Descrición dos programas de prevención.....	32
3.2.1. Organización das Nacións Unidas	32
3.2.2. Programas de prevención do suicidio da OMS	32
3.2.3. Programas internacionais de prevención do suicidio	32
3.2.4. Outros programas de prevención na Unión Europea	33
3.2.5. Programas de prevención do suicidio no Sistema Nacional de Saúde.....	33
3.3. Descrición da abordaxe actual da conduta suicida en Galicia	37
3.3.1. Estrutura de Xestión Integrada da Coruña	37
3.3.2. Estrutura de Xestión Integrada de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras	38
3.3.3. Estrutura de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés.....	38
3.3.4. Estrutura de Xestión Integrada de Santiago de Compostela	38
3.3.5. Estrutura de Xestión Integrada de Ferrol	39
3.3.6. Estrutura de Xestión Integrada de Vigo.....	39
3.3.7. Estrutura de Xestión Integrada de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos.....	39
3.3.8. Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061.....	39
3.3.9. Prevención do suicidio no ámbito educativo.....	40
3.3.10. Prevención do suicidio no ámbito penal.....	41
3.3.11. Prevención do suicidio nos centros de menores	41
PARTE 4. LIÑAS ESTRATÉXICAS.....	42
4.1. Liñas e medidas.....	42
4.2. Indicadores	53
PARTE 5. AVALIACIÓN E SEGUIMENTO DO PLAN	57
REFERENCIAS.....	58

PARTE 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

O Plan de prevención do suicidio en Galicia nace cun dobre obxectivo, o de reducir a taxa de suicidio e o de establecer medidas para diminuír o sufrimento das persoas que presentan un intento de suicidio e das súas familias. Este plan establece un compromiso claro do goberno galego en relación co problema do suicidio, a prol dunha resposta integral das institucións para a súa prevención. Con este plan quérese priorizar a prevención do suicidio na axenda da atención á saúde mental e concienciar acerca do suicidio como un problema global, e que vai máis alá da atención no ámbito sanitario, sendo necesario implementar outras medidas complementarias en ámbitos como o educativo e social.

O suicidio é un problema da sociedade no seu conxunto, de xeito que para que unha estratexia nunha poboación resulte eficaz é preciso unha resposta multisectorial e integral. No informe publicado pola Organización Mundial da Saúde “O suicidio, un imperativo global” determínase unha maior taxa de suicidio nos países de alto nivel económico, salientando a necesidade de ter en conta aspectos como as experiencias relacionadas con conflitos, desastres, violencia, abusos, perdas e sensación de illamento que están estreitamente ligadas a condutas suicidas. As taxas de suicidio tamén son elevadas entre os grupos vulnerables obxecto de discriminación. Diferentes factores psicolóxicos, sociais, e culturais poden interactuar para conducir a unha persoa a ter un comportamento suicida. Aínda que se ten avanzado no coñecemento acerca do comportamento suicida, non hai unha explicación única de porque unha persoa pode actuar deste xeito, pero existen medidas que podemos levar a cabo para modificar as consecuencias persoais e familiares do suicidio. A análise epidemiolóxica axuda a identificar tanto factores de risco como de protección fronte ao suicidio, o que é de utilidade para deseñar os plans de prevención, quedando os resultados descritos no documento. Loitar contra o estigma asociado a esta conduta é outro aspecto clave sobre o que incidir para fomentar que as persoas accedan ás canles de axuda.

Por cada suicidio cometido hai moitos máis intentos de suicidio polo que para unha prevención eficaz cómpre desenvolver estratexias indicadas dirixidas á poboación vulnerable mediante o apoio, a capacitación do persoal de saúde, educación e

servizos sociais e unha mellora na identificación dos trastornos mentais e de consumo de substancias. Neste documento expoñemos os diferentes programas e protocolos desenvolto na nosa comunidade servindo de punto de partida para o deseño dun proceso de atención integral que se desenvolverá durante o período de vixencia do plan. Este plan establece mecanismos de coordinación para posibilitar que diferentes organismos poidan sumar os seus esforzos para traballar conxuntamente na prevención, manexo, intervención e acompañamento das persoas que levan a cabo un intento de suicidio e dos seus familiares.

A Comisión Interdepartamental terá a facultade de realizar a avaliación dos resultados das medidas implementadas durante o seu desenvolvemento, actualizar o coñecemento e promover novas actuacións baixo criterios de eficiencia e efectividade.

O xeito de informar acerca deste fenómeno tanto nos medios de comunicación convencionais como nas redes sociais, pode incidir directamente sobre as taxas de suicidio nunha poboación ou grupo de risco determinado. Polo que este plan promove a difusión e coñecemento das medidas de axuda para a cidadanía como parte do tratamento que se lle dá a este problema.

1.2. Obxectivos

O obxectivo xeral do Plan de prevención do suicidio en Galicia é diminuír a incidencia e a prevalencia da conduta suicida.

Como obxectivos específicos destacan:

1. Aumentar a coordinación entre as institucións e os axentes implicados na prevención da conduta suicida.
2. Aumentar a sensibilización e a concienciación da sociedade sobre o suicidio como un problema de saúde.
3. Mellorar a atención que dende a organización sanitaria se lles presta tanto ás persoas que presentan conduta suicida como aos seus achegados.
4. Fomentar a investigación e o coñecemento respecto da conduta suicida en Galicia.

1.3. Principios

O Plan de prevención do suicidio de Galicia asume os seguintes principios:

ACCESIBILIDADE. O Plan de prevención do suicidio en Galicia pretende facer máis accesibles os servizos públicos ás persoas en risco suicida e os seus achegados. Ao abeiro do plan estableceranse procesos específicos con fluxos determinados polas necesidades individuais, e un seguimento proactivo das persoas afectadas a fin de garantir unha continuidade asistencial durante o proceso.

CONTINUIDADE. Os servizos que conforman a rede de atención do suicidio deben estar organizados para proporcionar tratamento, rehabilitación, coidados e apoio a pacientes e familiares, ininterrompidamente ao longo da vida, e garantir ademais unha atención coherente e continuada entre os servizos que a compoñen, especialmente nos sistemas sanitario, social e educativo.

AUTONOMÍA PERSOAL. Os profesionais implicados na atención ao suicidio traballarán polo empoderamento dos pacientes e dos seus achegados, promovendo a autosuficiencia e o desenvolvemento das súas capacidades.

AUTONOMÍA PROFESIONAL. Para dar unha resposta homoxénea a toda a poboación galega, promoverase durante o desenvolvemento deste plan o deseño de protocolos de actuación que orientarán os profesionais na toma de decisións, podéndose adaptar estes ás necesidades específicas de cada servizo ou área de saúde.

EFICIENCIA. O plan busca darlles resposta ás necesidades das persoas con conduta suicida e das súas familias utilizando os recursos profesionais, técnicos e materiais existentes na mellor combinación de eficacia e sustentabilidade do sistema, fundamentalmente a través dunha mellor organización e coordinación.

LONGO PRAZO. O Plan de prevención do suicidio en Galicia concíbese como unha estratexia permanente e revisable, que permita unha continuidade a longo prazo das súas accións.

EVIDENCIA CIENTÍFICA. O plan e as accións que del se desprendan deben basearse na evidencia científica dispoñible en cada momento.

COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL.

O presente plan compromete a todas as institucións públicas implicadas na abordaxe da conduta de suicidio, e crea instrumentos de coordinación entre elas que melloren a súa prevención.

CORRESPONSABILIZACIÓN. A prevención do suicidio é unha responsabilidade compartida de toda a comunidade, familias e amigos, profesionais e institucións. Implica unha corresponsabilización global, individual e social, que tamén queda reflectida neste plan.

1.4. Metodoloxía

O plan realizouse mediante un proceso interactivo no que se combinan diferentes estratexias metodolóxicas, realizándose unha análise da situación actual, da evidencia científica de diferentes actuacións preventivas e terapéuticas, e posta en común co grupo de expertos para chegar a un consenso sobre as actuacións que se desenvolverán para acadar os obxectivos propostos.

Na elaboración seguíronse as seguintes fases:

Fase 1. Análise da situación

Realizouse a través de reunións, entrevistas e intercambio de información entre os expertos implicados.

Actividades:

- Identificación do marco normativo e planificador.
- Análise de recursos e forma de abordaxe actual da conduta suicida.
- Análise da morbimortalidade da conduta suicida en Galicia.

Fase 2. Redacción do borrador do plan

O borrador realizouse mediante a integración das perspectivas dos principais axentes implicados.

Actividades:

- Identificación, análise e desenvolvemento de liñas e obxectivos estratéxicos, actuacións e indicadores.
- Revisión interna e externa do documento.
- Incorporación de propostas, redacción e elaboración do documento final.

Fase 3. Difusión e posta en marcha do plan

Unha vez aprobado e publicado o plan de prevención procederase á súa implantación. Actividades:

- Presentación do plan.
- Difusión/diseñación.
- Posta en marcha do Plan de prevención do suicidio en Galicia.

Fase 4. Seguimento e avaliación

Para o seguimento e avaliación do Plan de prevención do suicidio en Galicia prevese a creación da Comisión interdepartamental de coordinación para a prevención e atención das condutas suicidas.

1.5. Autoría e colaboradores

1.5.1. Grupo de traballo

Coordinadores

Alfonso Alonso Fachado
Subdirector Xeral de Planificación e Programación Asistencial. SERGAS.

María Tajés Alonso
Xefa de Servizo Saúde Mental e Asistencia a Drogodependencias. SERGAS.

Luisa Peleteiro Pensado
Técnica. Servizo Saúde Mental e Asistencia a Drogodependencias. SERGAS.

Participantes

Antonio Hernández Fernández
Director de FEAFES Galicia.

Benito López de Abajo
Xefe de Servizo de Clínica Médico Forense. IMELGA.

Carmen Fernández Garrido
Xefa de Servizo de Xustiza Penal Xuvenil.
Consellería Política Social.

Delia Guitán Rodríguez
Psicóloga clínica. EOXI Lugo.

Eva Fontela Vivanco
Psiquiatra. EOXI Ferrol.

Elena de las Heras Liñero
Psiquiatra. EOXI Vigo.

José Luis Buceta Hazas
Enfermeiro. EOXI Pontevedra.

Juan José Augusto Sánchez Castro
Xefe de Servizo C.S Estrada. EOXI Santiago.

Manuel Armas Castro
Coordinador do EOE de A Coruña. Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.

Manuel Arrojo Romero
Psiquiatra. EOXI Santiago.

Manuel Bernández Otero
Director de Coordinación. Fundación 061.

Manuel Serrano Vázquez
Xefe de Servizo de Psiquiatría. EOXI A Coruña.

María Álvarez Ariza
Psiquiatra. EOXI Vigo.

María Caamaño Martínez
Médica. Fundación 061.

Marina Pérez Tenreiro
Xefa do Servizo de Xestión Sociosanitaria. SERGAS.

Mario Páramo Fernández
Xefe do Servizo de Psiquiatría. EOXI Santiago.

Miriam Rodríguez Sierra
Traballadora Social. EOXI A Coruña.

Rosendo Bugarín González
Responsable de Avalia-T.

Santiago Parada Nieto
Psiquiatra. EOXI Pontevedra. SERGAS.

Teresa Reija Ruíz
Psicóloga clínica. EOXI Ourense.

Teresa Gutiérrez Manjón
Técnica. Consellería Política Social.

Xaime Leiro Darriba
Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia.

Yolanda Triñanes Pego
Técnica de Avalia-T.

Asesoría Técnica

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

Documentación

Beatriz Casal Acción
Documentalista de Avalia-T.

Revisores e colaboradores externos

Álvaro Carrera García y Ana Sáez Ribao
Asociación Galega de Enfermaría Familiar y Comunitaria.
(AGEFEC).

Diego J. Palao Vidal. Director ejecutivo de salud mental
Parc Taulí. Universitat Autònoma de Barcelona.

Evelyn Huizing
Asesora técnica del Programa de Salud Mental. Servicio
Andaluz de Salud.

Francisco Javier Castro Molina
Asociación Española de Enfermería de Salud Mental
(AEESME).

José Ramón Silveira Rodríguez
Presidente de la Asociación Gallega de Psiquiatría. (AGP).

Julio Bobes García
Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo.

Plácido Mayán Conesa
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y
Emergencias (SEMES)

Ramón Area Carracedo
Presidente de la Asociación Galega de Saúde Mental
(AGSM-AEN).

1.5.2. Institucións participantes

Institucións pertencentes a membros do grupo de
traballo, os revisores e colaboradores externos
están incluídos.

Xunta de Galicia

- Consellería de Sanidade.
- Servizo Galego de Saúde. Sergas.
- Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Unidade de Asesoramento Científico-Técnico (Avalia-T). Axencia de Coñecemento en Saúde (ACIS).
- Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.
- Consellería de Política Social.

Outros organismos dependentes de la Xunta de Galicia:

- Instituto de Medicina Legal de Galicia Imelga.

Sociedades científicas

- Psiquiatría y Salud Mental: AGP, AGSM-AEN, AEESME.
- Atención Primaria: AGEFEC.
- Emerxencias: SEMES.

Outras sociedades científicas sanitarias

- Universidade de Oviedo.
- Universidade Autónoma de Barcelona.

Asociacións de familiares y persoas con enfermidade mental

- FEAFES.

1.6. Marco planificador

1.6.1. Estratexia en saúde mental do SNS

En España a prevención do suicidio contéplase como un dos obxectivos principais da Estratexia en Saúde Mental do Sistema Nacional de Saúde (ESM-SNS)¹ aprobada polo Consello Interterritorial do 11 de decembro de 2006 e da súa posterior actualización realizada polo Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade (MSPSI) para o período 2009-2013².

Concretamente, a estratexia avoga pola realización e avaliación de accións específicas para diminuír as taxas de suicidio en grupos de risco. Entre as súas recomendacións insta o “desenvolvemento de intervencións preventivas en cada un dos seguintes ámbitos: centros docentes, institucións penais y residencias de persoas maiores”.

1.6.2. Plan estratéxico de saúde mental Galicia 2006-2011

O Plan estratéxico de saúde mental Galicia, desenvolvido no período 2006-2011³ contempla, en relación co suicidio e coas ideas suicidas, a importancia do desenvolvemento de programas preventivo-asistenciais dirixidos tanto á prevención e promoción en saúde mental, como á detección e intervención precoz.

Neste mesmo sentido, resáltase a importancia do uso de ferramentas de xestión clínica que contribúan a diminuír a variabilidade non xustificada das prácticas clínicas e asistenciais, e principalmente as referidas aos pacientes que presentan crises psiquiátricas ou psicosociais e que requiren de intervención urxente, intensiva e de curta duración en ámbitos hospitalarios.

Tamén se inclúen programas especiais de intervención en crise e urxencias comunitarias, onde destaca o Programa Acougo (en colaboración

co la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061) que inclúe actuacións para o traslado e internamento urxente e involuntario e guías de actuación para pacientes con ideación suicida.

1.6.3. Revisión do Plan de prioridades sanitarias: 2014-2016

En 2014, a Xunta de Galicia realizou a revisión do Plan de prioridades sanitarias 2011-2014 e elaborou o Plan de prioridades sanitarias 2014-2016⁴, que contempla, entre as súas oito prioridades sanitarias, a depresión e os trastornos afectivos. Como obxectivos e accións principais para estas enfermidades considera a importancia de: “prever as complicacións mediante o desenvolvemento de programas de prevención do suicidio”.

1.6.4. Estratexia Sergas 2014

O Servizo Galego de Saúde, na súa Estratexia 2014, inclúe como un dos obxectivos das súas liñas estratéxicas a prestación dunha “atención integral dirixida a colectivos específicos que necesitan atención diferenciada (anciáns, nenos, mulleres e saúde mental)”⁵. Neste sentido, apunta como elementos clave en saúde mental as seguintes:

- Darlle prioridade á patoloxía mental de maior gravidade, á máis prevalente e aos grupos de maior risco.
- Desenvolvemento de programas de trastorno mental grave destinados á atención integral do paciente desde as fases precoces.
- Potenciar a investigación en saúde mental.
- Incorporar na atención integral do Sergas a atención ao paciente con trastorno mental e tratar de evitar o estigma social que supón esta enfermidade.

1.6.5. Estratexia Sergas 2020

A Estratexia de 2020 nace coa misión de mellorar a saúde dos cidadáns a través da prestación de servizos de atención de saúde eficaces, eficientes e de calidade equitativa e sustentable para garantir os dereitos e obrigas dos pacientes⁶. Dos 20 obxectivos estratéxicos, en relación con medidas específicas en saúde mental, esta estratexia pretende definir os grupos de pacientes con necesidades similares e adaptar os diferentes servizos ás súas necesidades. Inclúe:

- Elaborar o Plan estratéxico de saúde mental 2017-2020.
- Desenvolver e implantar un procedemento de atención integral para mellorar a atención en pacientes con

depresión.

- Mellorar a atención ás complicacións agudas do padecemento dun trastorno mental na idade infanto-xuvenil.
- Crear un protocolo para diminución do dano psicolóxico en catástrofes.

1.7. Marco normativo

En decembro de 1978 a [Constitución española](#), no seu artigo 43, recoñece a todos os cidadáns o dereito á protección da saúde e responsabiliza os poderes públicos de organizar e tutelar a saúde pública, a través de medidas preventivas das prestacións e servizos necesarios.

A [Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade](#), no seu artigo 6, afirma que as actuacións das administracións públicas sanitarias estarán orientadas á promoción da saúde, a garantir que as accións sanitarias se desenvolvan e estean dirixidas á prevención das enfermidades e non só á curación destas, a garantir a asistencia sanitaria en todos os casos de perda da saúde e a promover as accións necesarias para a rehabilitación funcional e reinserción social do paciente.

Concretamente, en relación coa saúde mental, no seu [artigo 20](#), sinala que a atención aos problemas de saúde mental da poboación se realizará no ámbito comunitario, e potenciará os recursos asistenciais no ámbito ambulatorio e os sistemas de hospitalización parcial e atención a domicilio, que reduzan ao máximo posible a necesidade de hospitalización.

A [Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde \(SNS\)](#), no artigo 7.1, establece que o catálogo de prestacións do Sistema Nacional de Saúde ten por obxecto garantir as condicións básicas e comúns para unha atención integral, continuada e no nivel adecuado de atención. Considéranse prestacións de atención sanitaria do SNS, os servizos ou conxunto de servizos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación e de promoción e mantemento da saúde dirixida aos cidadáns.

O [artigo 14](#) desta lei define a prestación sociosanitaria “como o conxunto de coidados destinados aos enfermos, xeralmente crónicos, que polas súas especiais características e/ou situación poden beneficiarse da actuación simultánea e sinérxica dos servizos sanitarios e sociais para aumentar a súa autonomía, paliar as súas

limitacións e/ou sufrimentos e facilitar a súa reinserción social”.

A [Lei 33/2011, do 4 de outubro, xeral de saúde pública](#), ten como obxecto dar unha resposta completa e actual ao requirimento contido no [artigo 43](#) da Constitución española e, en consecuencia, tratar de alcanzar o máximo de saúde posible da poboación. A lei establece as bases legais que sustentan as accións de coordinación e cooperación das administracións públicas en materia de saúde pública e reflicte nos tres capítulos do título I, os dereitos e deberes dos cidadáns e as obrigas das administracións públicas en saúde pública.

En 2006, establécese a carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde e o procedemento para a súa actualización formulados no [Real decreto 1030/2006, do 15 de setembro](#), que tamén detalla as prestacións sanitarias en saúde mental tanto no ámbito de atención primaria como hospitalaria.

No ámbito autonómico, o [Decreto 389/1994, do 15 de decembro](#), regula a saúde mental en Galicia. Este decreto ten por obxecto establecer na comunidade as directrices xerais de actuación en materia de saúde mental e asistencia psiquiátrica, a regulación dos dispositivos destinados á promoción e protección da saúde mental, a prevención da enfermidade mental e a asistencia, rehabilitación e integración dos enfermos mentais. Entre as súas directrices xerais subliña que os programas preventivos, asistenciais e rehabilitadores deben ser garantidos a través da continuidade terapéutica. Ademais, formula que todas as accións e os programas de saúde mental sexan avaliados adecuadamente para adaptarse ás necesidades reais da poboación.

A [Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia](#) no seu [artigo 14.2](#) sinala que: “as persoas menores, as maiores dependentes, as enfermas mentais e terminais, as enfermas que padecen enfermidades crónicas e discapacitantes, os e as pacientes diagnosticados de enfermidades raras ou de baixa incidencia na poboación e as persoas pertencentes a grupos de risco, en tanto que colectivos que deben ser obxecto de especial atención polas administracións sanitarias competentes, teñen dereito a actuacións e/ou

programas sanitarios específicos e preferentes, os cales se executarán a través dos centros, servizos e establecementos do Sistema Público de Saúde de Galicia”.

1.8. Marco organizativo

O Plan de prevención do suicidio en Galicia propón un modelo integral de atención que permita:

- Integrar e homoxeneizar as mellores prácticas e intervencións baseadas na evidencia científica xa existentes na nosa comunidade.
- Establecer itinerarios asistenciais flexibles que permitan homoxeneizar a asistencia pero tamén adaptala ás circunstancias individuais.
- Formular indicadores que permitan avaliar as accións levadas a cabo na prevención e asistencia á conduta suicida, que permitan modificacións dos programas asistenciais en función dos resultados obtidos.
- Asegurar que as actuacións dos diferentes axentes implicados están coordinadas e utilizan a mesma linguaxe.

As seguintes ilustracións, mostran e ordenan os principais axentes involucrados no plan de prevención.

A ilustración 1 representa o modelo de coordinación interinstitucional para a prevención, mostrando aos axentes involucrados no proceso de atención á persoa con conduta suicida.

A ilustración 2 ilustra o modelo de prevención da conduta suicida especificando para cada nivel de prevención o grupo de profesionais implicados. Desta forma:

- Na prevención primaria: inclúense os sectores de educación, servizos sociais e medios de comunicación.
- Na prevención secundaria: intervirá educación, servizos sociais, farmacia comunitaria.
- E na prevención terciaria: uniranse a educación e os servizos sociais os bombeiros, as forzas de seguridade e a xustiza, exercendo os servizos sanitarios de coordinadores da atención na prevención secundaria e terciaria.

Ilustración 1. Modelo de coordinación interinstitucional para a prevención do suicidio en Galicia.

MODELO DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA A PREVENCIÓN DO SUICIDIO EN GALICIA

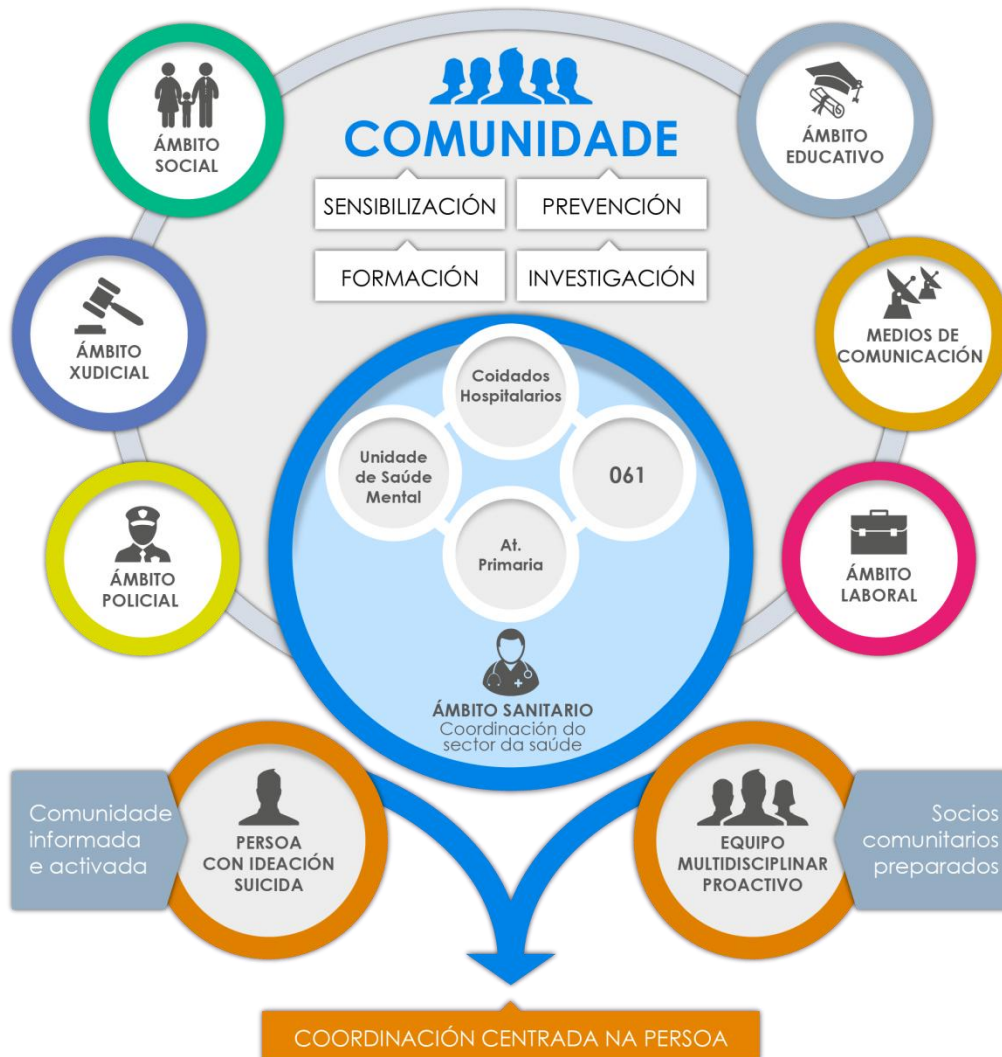
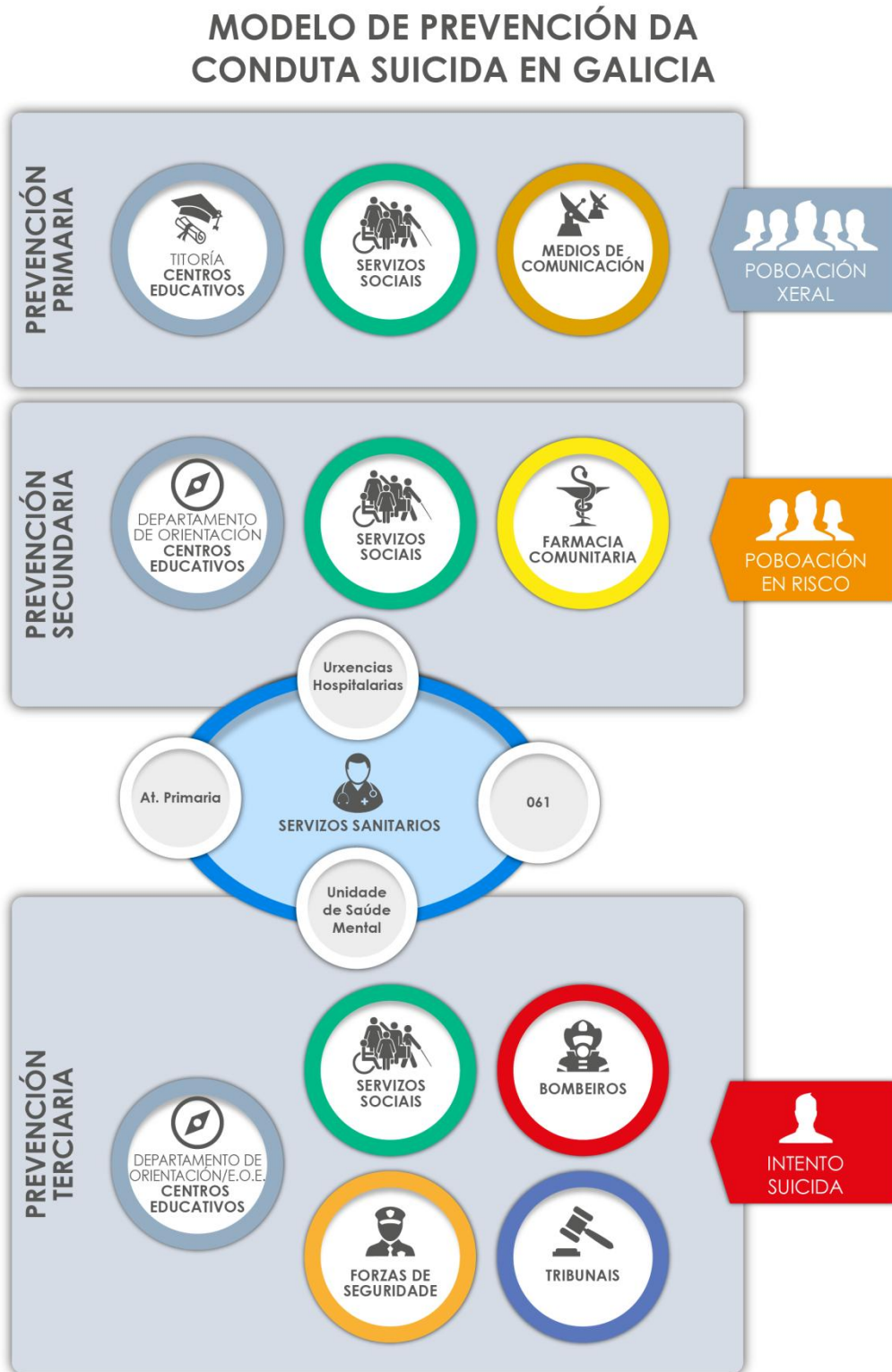


Ilustración 2. Modelo de prevención da conduta suicida en Galicia.



PARTE 2. ASPECTOS XERAIS SOBRE A CONDUTA SUICIDA

2.1. Terminoloxía

A nomenclatura sobre a conduta suicida é complexa e abarca diferentes termos que van desde as ideas de morte ata o propio suicidio, pasando por situacións intermedias como a planificación suicida ou o intento suicida. Aínda que existen propostas dalgúns autores máis ou menos aceptadas como a de Silverman^{7,8} realmente non existe un consenso universal que unifique a nomenclatura sobre conduta suicida. Unha das maiores controversias xiran ao redor da intencionalidade ou non dalgúns dos actos autolíticos. Aínda que en moitos casos se opta por excluír da conduta suicida as lesións autoinflixidas

sen intencionalidade suicida, a Organización Mundial da Saúde (OMS)⁹ opta polo contrario, e inclúe na definición “intento de suicidio”, a “lesión autoinflixida non mortal sen intención suicida”, xa que a intención suicida pode ser difícil de avaliar porque pode estar rodeada de ambivalencia.

Este plan concibe dentro da conduta suicida todo o espectro de ideas e actos relacionados co dano autoinflixido, independentemente da súa intencionalidade e consecuencias. Isto é, na súa interpretación máis ampla (táboa 1).

Táboa 1. Nomenclatura da conduta suicida.

Termo	Definición
Suicidio	Morte autoinflixida con evidencia implícita ou explícita de que a persoa tiña intencionalidade de autoprovocarse a morte.
Intento de suicidio	Conduta potencialmente lesiva autoinflixida e sen resultado fatal, para a que existe evidencia, implícita ou explícita, de intencionalidade de provocarse a morte.
Xesto suicida/autolesión	Conduta potencialmente lesiva autoinflixida para a que existe evidencia, implícita ou explícita, de que a persoa non ten intención de matarse.
Plan suicida	É a proposta dun método co que levar a cabo unha conduta suicida potencial.
Ameaza suicida	Acto interpersoal, verbal ou non verbal, que podería predicir unha posible conduta suicida no futuro próximo.
Ideas suicidas	Pensamentos sobre o suicidio (cognicións).

Fonte: Modificado de Grupo de Trabajo Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012¹⁰. Baseado en Silverman, 2007^{7,8}.

2.2. Factores de risco

Algúns factores de risco teñen un maior peso específico que outros, pero o que está claro é que a maior número de factores de risco presentes máis risco acumula a persoa¹¹. Estes factores poden ser internos ou externos; individuais ou sociais; modificables na práctica clínica ou non modificables; proximais (conxuntural) ou distais (ao longo da vida).

Entre os factores de risco individuais considéranse principalmente os intentos de suicidio previos e os trastornos mentais. Así os intentos previos son o predictor máis forte de risco suicida, sendo entre 20 e 30 veces maior durante o primeiro ano despois do intento¹⁰.

Respecto dos trastornos mentais:

- Están presentes en aproximadamente o 90% das persoas que se suicidan e contribúen nun 47-74% ao risco de suicidio da poboación.
- Os trastornos afectivos, seguidos dos trastornos por consumo de substancias (especialmente o alcohol) e a esquizofrenia, son os trastornos máis relacionados con esta conduta, e a comorbilidade incrementa considerablemente o risco de suicidio¹².
- A depresión maior é o trastorno mental máis comunmente asociado coa conduta suicida, supoñendo un risco de suicidio 20 veces maior respecto da poboación xeral.
- Entre un 25-50% dos pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio.
- En pacientes con esquizofrenia, o risco de suicidio é 30-40 veces maior que para a poboación xeral e estímase que entre o 25-50% delas farán un intento de suicidio ao longo da súa vida.

- Unha de cada catro mulleres con trastornos da conduta alimentaria presentan antecedentes de ideación ou conduta suicidas.
- O risco de suicidio é seis veces maior nas persoas con abuso de alcohol que na poboación xeral.
- O risco de suicidio para as persoas con trastornos de personalidade límite é un 4-8% superior ao da poboación xeral.

Os factores vinculados á comunidade inclúen as guerras e os desastres, a discriminación, o illamento, a violencia, etc. Entre os factores de risco asociados co sistema de saúde, destacan as dificultades para obter acceso e asistencia adecuada¹³.

A táboa 2 inclúe algúns dos posibles factores que se recomenda considerar.

Táboa 2. Factores de risco.

INDIVIDUAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Intentos de suicidio previos: son o predictor máis importante. • Depresión maior: supón un risco de suicidio 20 veces maior á poboación xeral. • Abuso de alcohol e outras substancias. • Outros trastornos mentais: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de personalidade. • Factores psicolóxicos: desesperanza e rixidez cognitiva. • Idade: adolescencia e idade avanzada. • Sexo: os homes presentan maiores taxas de suicidio consumado e as mulleres maior número de intentos de suicidio. • Presenza de enfermidade crónica ou discapacitante.
FAMILIARES E CONTEXUAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de suicidio. • Factores sociais e ambientais: falta de apoio social, nivel socioeconómico e situación laboral. • Historia de malos tratos físicos ou abuso sexual.

Fonte: Modificado de Grupo de Trabajo Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012¹⁰.

2.3. Factores protectores

Os factores protectores poden ser factores propios dunha persoa (internos) ou relacionados coa contorna (externos). Entre os factores internos inclúense as habilidades sociais, a capacidade de resolución de problemas, o autocontrol da impulsividade, a alta autoestima, as estratexias de afrontamento adecuadas e a capacidade de resiliencia (capacidade de adaptación fronte a

situacións adversas)¹⁴. Tamén se consideran importantes os valores e normas, como o valor da propia vida, a esperanza e o optimismo¹⁵. Entre os factores externos destacan a accesibilidade aos dispositivos de saúde, a existencia dunha rede social e familiar apropiada, a participación social e a restrición a métodos letais de suicidio¹⁶ (táboa 3).

Táboa 3. Factores protectores.

Internos ou persoais	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades na resolución de conflitos ou problemas. • Confianza nun mesmo. • Habilidade para as relacións sociais e interpersoais. • Capacidade de adaptación fronte a situacións adversas
Externos ou sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio familiar e social, non só a existencia do apoio senón a súa forza e calidade. • Integración social. • Posuír crenzas e prácticas relixiosas, espirituais ou valores positivos. • Accesibilidade aos dispositivos de saúde.

Fonte: Modificado de Grupo de Trabajo Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012¹⁰.

2.4. Factores precipitantes

Existen unha serie de eventos ou situacións que poden provocar unha tensión intensa nun determinado momento dunha persoa e precipitar un acto suicida. Algúns son comúns aos distintos grupos de idade e outros son máis frecuentes nunhas etapas da vida que noutras¹⁷.

Na adolescencia as malas relacións familiares e os conflitos co grupo de iguais poden ser un factor precipitante comúns¹⁸.

Nas persoas adultas adoitan estar relacionados coa perda do benestar económico e social¹⁹, e nas persoas maiores principalmente adoitan asociarse á soidade e aos cambios negativos no estado físico

e de saúde²⁰. A táboa 4 inclúe algúns destes factores precipitantes segundo a etapa vital.

Táboa 4. Factores precipitantes frecuentes segundo a etapa vital.

Comúns en todas as idades	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico recente dunha enfermidade grave, tanto na persoa como na contorna, ou exacerbación ou agravamento dun problema previamente diagnosticado. • Síndromes dolorosos non controlados. • Desastres naturais. • Perda de seres queridos (incluídos animais de compañía). • Existencia de contorno suicida (por exemplo: suicidio próximo recente). • Experiencias e vivencias traumáticas: agresións e malos tratos, acosos e humillacións, abusos sexuais etc. • Aumento ou consumo de tóxicos. • Estado de embriaguez ou intoxicación. • Imputacións ou condenas xudiciais. • Disputas e conflitos con familiares ou persoas próximas. • Embarazo non desexado ou aborto. • Cambios vitais bruscos non desexados. • Alta por hospitalización psiquiátrica (primeira semana).
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Descubrimento ou non aceptación (propia ou allea) da homosexualidade. • Fracaso escolar. • <i>Bullying</i>, acoso, humillacións, malos tratos. • Abuso sexual, violacións. • Separación ou perda de amigos ou compañeiros. • Cambios habituais de residencia e de contorno social. • Desengano amoroso. • Morte dun ser querido. • Problemas disciplinarios escolares, presión escolar, períodos de exames. • Contorno suicida, contorno para cometer suicidio. • Embarazo prematuro. • Separación dos pais ou graves conflitos conxugais, con instrumentalización do fillo.
Adultos	<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso profesional. • Perda de emprego (primeiro ano) ou dificultades económicas. • Perda de status ou prestixio social. • Ruptura conxugal, desengano amoroso. • Xubilación.
Vellez	<ul style="list-style-type: none"> • Empeoramento de enfermidades, aumento da dor, fracaso, desafiuzamento, ou fastío terapéutico, aumento da dependencia. Perda de funcións físicas ou psicolóxicas básicas. • Institucionalización. • Malos tratos. • Cambio periódico de domicilio. • Viuvez (primeiro ano). • Perda de interese pola vida, debut depresivo. • Perda da fe.

Fonte: Anseán A, 2014¹⁷.

2.5. Sinais de alerta

Moitas persoas con ideación suicida poden evidenciar unha serie de signos e síntomas (sinais de alerta), cuxa identificación pode axudar na detección dun posible risco suicida. Estes sinais poden ser verbais e/ou non verbais (a través do seu comportamento)²¹. Os sinais de alerta máis frecuentemente identificados inclúen pensamentos de suicidio ou autolesións, obsesións coa morte, cambios repentinos nos patróns de personalidade e comportamento, cambios na

alimentación ou o sono, sentimentos de culpa e diminución do rendemento académico ou no traballo²².

A existencia destas non leva necesariamente risco suicida, pero son de utilidade como indicios naqueles casos nos que a súa presentación é inusual ou numerosa¹⁷.

Tamén hai que ter en conta que a non presenza destes sinais non implica que non exista risco ou non poida presentarse a conduta suicida.

A táboa 5 resume algúns sinais de alerta máis frecuentes que deben ser considerados.

Táboa 5. Sinais de alerta.

Verbais	<p>Sobre si mesma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De culpabilidade. • De odio cara a si mesmo. • De vergoña. • De impotencia. • De inutilidade. • Medo a 'perder a cabeza'. • Temor a danar a outros. <p>Exemplos: <i>"Non vallo para nada", "Esta vida é un noxo", "A miña vida non ten sentido", "Estariades mellor sen min", "Son unha carga para todo o mundo", "Toda a miña vida foi inútil", "Estou cansado de loitar".</i></p> <hr/> <p>Sobre o seu futuro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De cansazo vital. • De insatisfacción, frustración ou fracaso. • De dor. • De infelicidade. • De sufrimento. • De anhedonia. • De desinterese. • De soidade. • De malestar. • De desesperanza. - De desesperación. <p>Exemplos: <i>"O meu non ten solución", "Quero terminar con todo", "As cousas non van mellorar nunca".</i></p> <hr/> <p>Sobre a súa morte ou suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De fuxida. • De liberación. • De ter as ideas claras. • De ter a forma para resolvelo todo. • De deixar de sufrir. • De agradecemento. • De despedida. <p>Exemplos: <i>"Gustaríame desaparecer", "Quero descansar", "Non desexo seguir vivindo", "Pregúntome como sería a vida se estivese morto", "Quero quitarme a vida, pero non sei como", "Ninguén me quere e é preferible morrer", "Non merece a pena seguir vivindo", "Despois de pensar moito xa sei como quitarme do medio", "Quero que saibas que en todo este tempo me axudaches moito", "non quero ser unha carga", "as voces din que me mate".</i></p>
Non verbais	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de humor. Estes cambios poden presentarse como: <ul style="list-style-type: none"> - aparición de irascibilidade e comportamento desafiante, temerario ou agresivo, - aparición de alegría repentina e inustificada, ou - actitude de calma e tranquilidade inusual. • Cambios de horarios nos seus hábitos e forma de vida. • Illamento social e familiar. • Anhedonia, desinterese xeneralizado. • Consumo repentino de tóxicos ou alcol ou aumento da frecuencia ou cantidade habitual. • Acciones temerarias, asunción de riscos innecesarios. • Infracción de normas ou leis. • Discusións e pelexas. • Indiferenza a eloxios e reforzos. • Autocrítica, autohumillación. • Agasallo de pertenzas, obxectos apreciados ou valiosos. • Cesión de mascotas. • Redacción de testamento. • Visitas inesperadas a familiares ou persoas próximas. • Acumulación de fármacos. • Sospeitas de autolesións leves (por exemplo: laceracións). • Compra de armas. • Perda de sono, ou durmir moito. • Despreocupación pola hixiene ou imaxe persoal. • Posta en orde de cousas ou xestiós. • Desinterese cara ao seu traballo, os seus achegados ou as súas afeccións. • Falta de concentración na escola ou o traballo. • Gasto de diñeiro inustificado ou desproporcionado. • Falta de apetito sexual. • Redacción de notas de despedida. • Elaboración de plans suicidas. • Agravamento de síntomas de trastornos mentais que poida sufrir.

Fonte: Anseán A, 2014¹⁷.

2.6. Mitos e prexuízos

O suicidio segue envolvido en mitos ou concepcións erróneas sen veracidade científica baseados en crenzas e xuízos de valor equivocados. Estes mitos son ás veces referenciados nos medios de comunicación, podendo isto provocar prexuízos ante a conduta suicida.

Na táboa 6 preséntanse algúns dos mitos máis estendidos sobre o suicidio e que foron recollidos pola OMS⁹, así como os feitos que os desmenten.

Táboa 6. Mitos da conduta suicida.

Mito	Realidade
“Quen fala de suicidio non ten a intención de cometelo”.	<ul style="list-style-type: none"> “Quen fala de suicidio pode estar a pedir así axuda ou apoio. Un número significativo de persoas que contemplan o suicidio presentan ansiedade, depresión e desesperanza e poden considerar que carecen doutra opción”.
“A maioría dos suicidios suceden repentinamente, sen advertencia previa”.	<ul style="list-style-type: none"> “Desde logo, algúns suicidios cométese sen advertencia previa. Pero a maioría dos suicidios foron precedidos de signos de advertencia verbal ou de conduta. Por iso é importante coñecer os signos de advertencia e telos presentes”.
“O suicida está decidido a morrer”.	<ul style="list-style-type: none"> “Pola contra, os suicidas adoitan ser ambivalentes acerca da vida ou a morte. O acceso ao apoio emocional no momento propicio pode previr o suicidio”.
“Quen foi suicida algunha vez, nunca deixará de selo”.	<ul style="list-style-type: none"> “O maior risco de suicidio adoita ser de curto prazo e específico segundo a situación. Aínda que os pensamentos suicidas poden regresar, non son permanentes, e quen tivese pensamentos e intentos suicidas pode levar despois unha longa vida”.
“Só as persoas con trastornos mentais son suicidas”.	<ul style="list-style-type: none"> “O comportamento suicida indica unha infelicidade profunda, pero non necesariamente un trastorno mental. Moitas persoas que viven con trastornos mentais non son afectadas polo comportamento suicida, e non todas as persoas que se quitan a vida teñen un trastorno mental”.
“Falar do suicidio é unha mala idea e pode interpretarse como estímulo”.	<ul style="list-style-type: none"> “Dado o estigma xeneralizado ao redor do suicidio, a maioría das persoas que contemplan o suicidio non saben con quen falar. En lugar de fomentar o comportamento suicida, falar abertamente pode darlle a unha persoa outras opcións ou tempo para reflexionar sobre a súa decisión, e previr así o suicidio”.

Fonte: Organización Mundial de la Salud, 2014⁹.

2.7. Estigma e tabú

A Organización Mundial da Saúde destaca que o estigma, particularmente ao redor dos trastornos mentais e o suicidio, disuade de buscar axuda a moitas persoas que pensan en quitarse a vida ou trataron de facelo e, polo tanto, non reciben a axuda que necesitan. A prevención do suicidio non se abordou apropiadamente debido á falta de

sensibilización respecto do suicidio como problema de saúde pública principal e o tabú existente en moitas sociedades para examinalo abertamente. É importante aumentar a sensibilidade da comunidade e superar o tabú para avanzar na prevención do suicidio.

2.8. Etioloxía da conduta suicida. Modelos explicativos

A conduta suicida é complexa e inclúe un gran número de factores de risco que poden ser desencadeamentos. Estes factores poden ser integrados en modelos explicativos para axudar a comprender e facilitar a avaliación do risco de suicidio^{10,23}.

O modelo de diátese-estrés elaborado por Mann²⁴ é o máis comunmente utilizado para entender o risco de conduta suicida. Consta de dous compoñentes: a) o compoñente de diátese (predisposición xenética, abusos, agresión e/ou impulsividade, pesimismo, desesperanza, incapacidade de resolver problemas ou rixidez

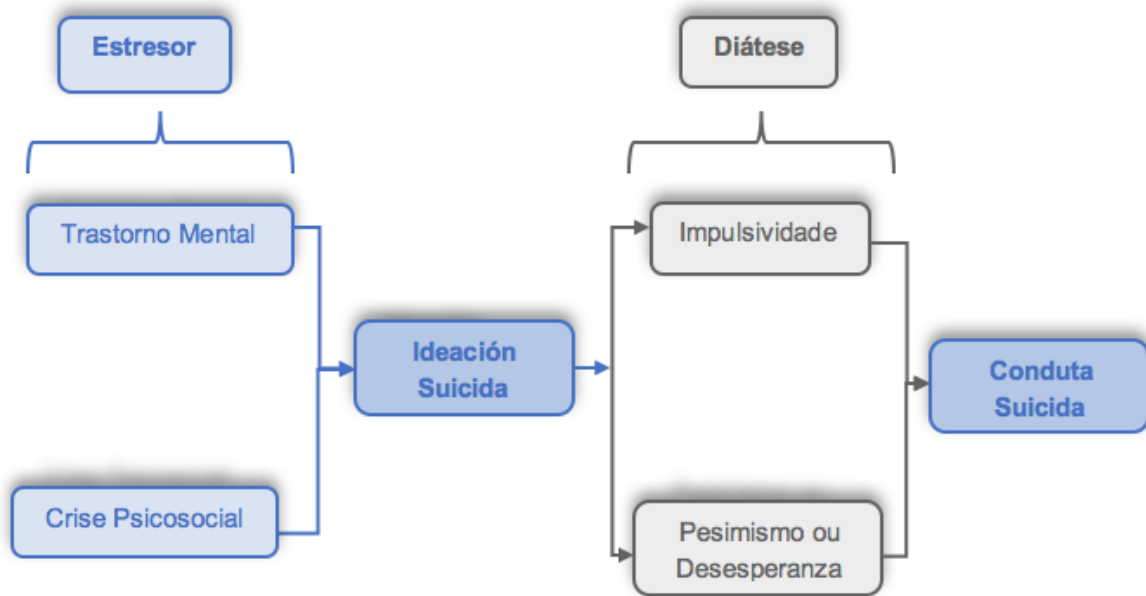
cognitiva)²⁵ e b) o compoñente de tensión (crises psicosociais e trastornos psiquiátricos)²⁶. A combinación de ambos os compoñentes é máis importante para determinar o risco de conduta suicida que a mera acumulación de factores de risco (ilustración 3).

A predisposición xenética, as alteracións neuroanatómicas, fisiolóxicas e xenómicas²⁷, a serotonina e outros neurotransmisores, parecen correlacionarse con compoñentes da diátese; evidenciados nos cambios estruturais e funcionais no cerebro dos individuos con antecedentes de conduta suicida²⁸.

Recentes estudos suxiren que a diátese do comportamento suicida é continua. O suicidio frecuentemente é precedido de intentos suicidas

non fatais, que adoitan repetirse cun crecente grao na letalidade do método e a gravidade médica²⁹. Cada vez que a conduta suicida se activa, faise máis accesible na memoria e require menos estímulos desencadeantes para que se active a próxima vez³⁰. No compoñente estresor, é difícil separar as crises psicosociais dos trastornos psiquiátricos, estes últimos poden xerar a perda de emprego ou o fracaso para establecer relacións sociais. Xuntas poden combinarse para aumentar a presión sobre unha persoa. A exposición repetida aos factores de tensións pode diminuír gradualmente a capacidade de resiliencia, polo que factores estresores de gravidade relativamente menor poden conducir ao aumento da intención suicida.

Ilustración 3. Modelo Explicativo dos Risco Suicida.



Fonte: Modificado de Mann, 2005³¹.

PARTE 3. ANÁLISE DE SITUACIÓN

3.1. Epidemioloxía

3.1.1. Mortalidade por suicidio no ámbito internacional

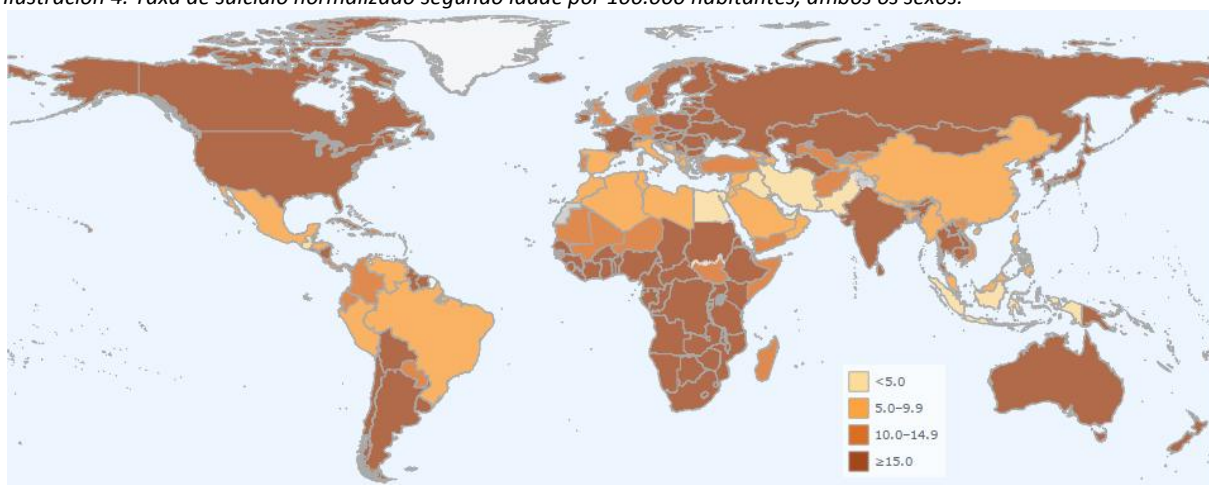
La OMS recoñece a prevención do suicidio como unha prioridade de saúde pública. No ano 2012 o suicidio representou o 1,4% do total de defuncións mundial e situouse entre as quince primeiras causas de morte no mundo⁹.

Nos últimos 60 anos, o número de suicidios aumentou un 50% e estímase que en 2020 se supere o millón e medio de mortes. Con todo, os diferentes procedementos de rexistro, así como os valores sociais e as prácticas culturais de cada país probablemente teñen efecto no rexistro de defuncións e poden conducir a erros na cuantificación do suicidio¹⁰.

Existen diferenzas segundo o xénero, a taxa dos homes no ámbito mundial case duplica a das mulleres (15 comparado con 8 para as mulleres por 100.000 habitantes) e a proporción de suicidio é maior nos países con ingresos altos (1,7%) (ilustración 4).

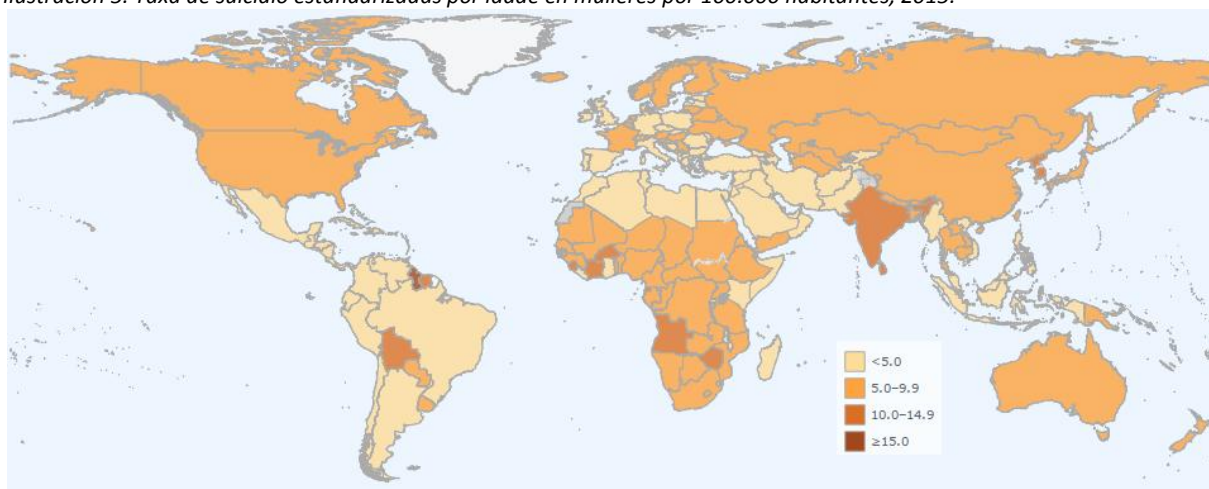
Ao considerar a idade, as taxas de suicidio son máis altas tanto en homes como en mulleres entre as persoas de maior idade. Entre os mozos de 15 a 29 anos de idade, o suicidio representa o 8,5% das mortes a nivel mundial, sendo a segunda causa de morte despois dos accidentes de tráfico⁹.

Ilustración 4. Taxa de suicidio normalizado segundo idade por 100.000 habitantes, ambos os sexos.



Fonte: OMS, 2017.

Ilustración 5. Taxa de suicidio estandarizadas por idade en mulleres por 100.000 habitantes, 2015.



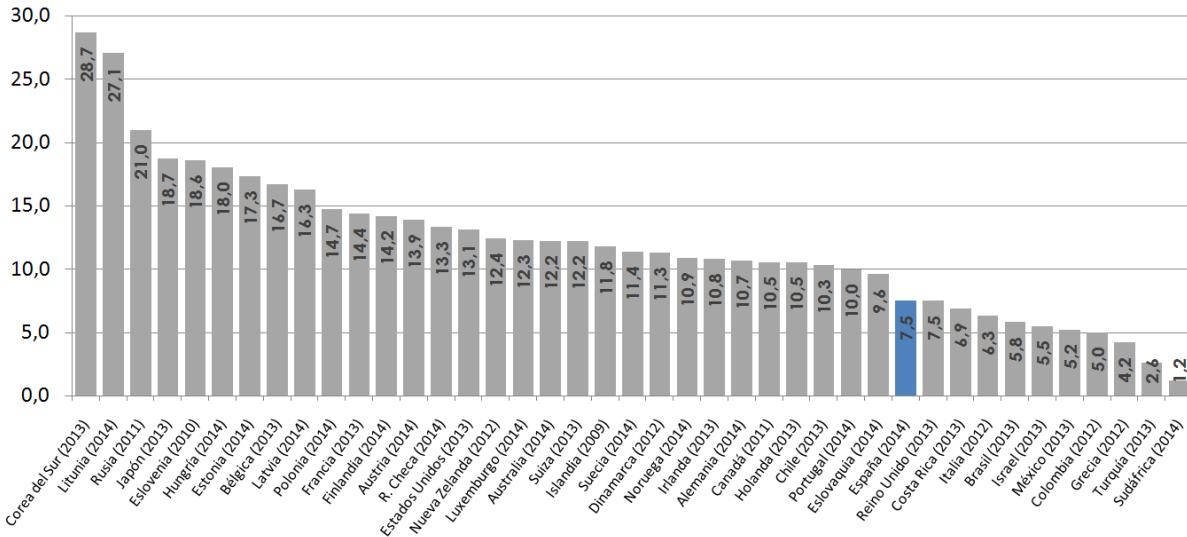
Fonte: OMS, 2017.

Respecto dos métodos, nos países de ingresos altos o aforcamento é o método utilizado no 50% dos suicidios e as armas de fogo son o segundo método máis frecuente, xa que se utiliza no 18% dos suicidios. Este último úsase principalmente nos EE.UU.

Noutros países de ingresos altos, as armas de fogo son só utilizadas no 4,5% dos suicidios⁹.

Ao considerar o suicidio nos países da Organización para a Cooperación e o Desenvolvemento Económico (OCDE), este constitúe unha causa significativa de morte en moitos países membros. En 2015, rexistráronse valores máximos en países como Lituania, Corea do Sur, Rusia, Hungría e Xapón, con 18 mortes ou máis por cada 100.000 habitantes. Pola contra, os valores mínimos rexistráronse en Grecia, Italia, España e Reino Unido, con taxas de 7 mortes ou menos por cada 100.000 habitantes (gráfico 1).

Gráfico 1. Taxas de suicidios por 100.000 habitantes nalgúns países da OCDE.



Fonte: OCDE, 2015³².

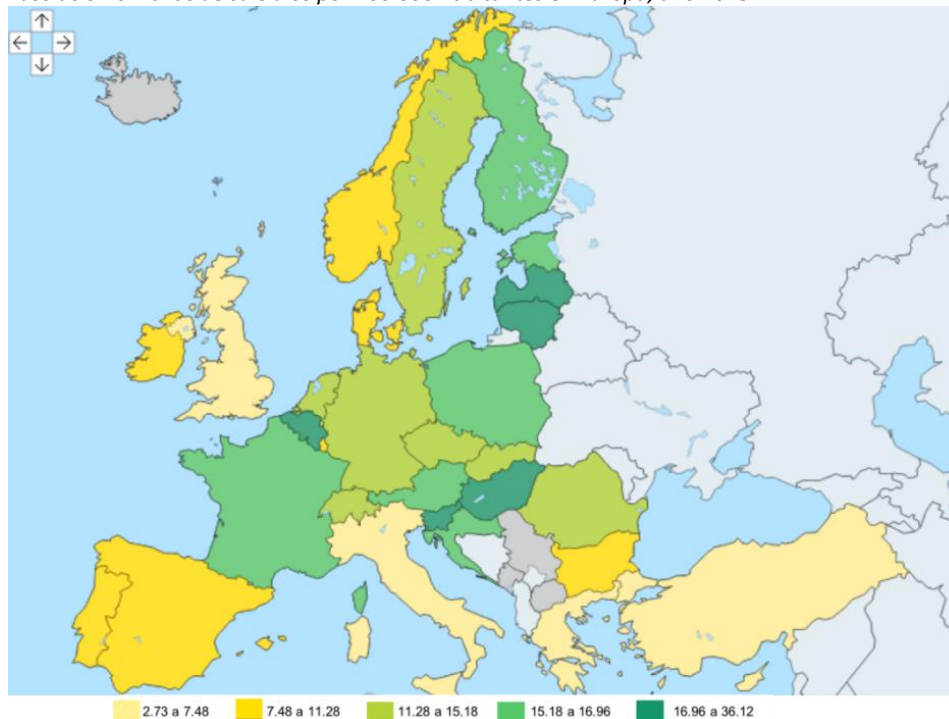
Desde 1980, a taxa de suicidio descendeu notablemente (descensos do 40%) en países da OCDE como Dinamarca, Alemaña e Suíza. En contraste, estas taxas en España mantéñense constantes, aínda que en niveis relativamente baixos³³.

Ao analizar só os países da Unión Europea, o suicidio é considerado un dos maiores problemas de saúde pública, e estímase que a media da taxa de prevalencia é aproximadamente un 13.9 por

100.000 habitantes¹¹. En xeral, os países do sur, como Italia, Grecia, Chipre e España, mostran as taxas máis baixas (ilustración 5)³⁴.

Aínda que as taxas de suicidio son maiores en idades máis adultas, o suicidio converteuse na principal causa de morte entre os mozos europeos. España está por baixo da media europea en suicidios en mozos (que se sitúa en 4,5), e rexistrou en 2013 unha taxa de 2,5 por 100.000 habitantes³⁴.

Ilustración 6. Taxas de suicidios por 100.000 habitantes en Europa, ano 2013.



Fonte: Eurostat, 2013³⁴.

Se os suicidios consumados representan ao redor dun millón de casos ao ano, os intentos de suicidio poderían ser 10 ou 20 veces máis numerosos, o que traducido a tempo equivale a unha tentativa suicida cada tres segundos e un suicidio consumado cada corenta segundos. Respecto da idade e ao sexo existen importantes diferenzas entre o suicidio consumado e os intentos de suicidio. Así, mentres o primeiro adoita producirse en homes, os intentos son máis habituais entre as mulleres novas¹⁰.

3.1.2. Mortalidade por suicidio en España

En 2015 producíronse 3602 suicidios en España (2.680 homes e 922 mulleres) un 7,9% menos que en 2014 manténdose como a primeira causa de morte externa, a continuación sitúanse as caídas accidentais (con 2.783 mortes), o ahogamiento, sumersión e sufocación accidentais (con 2.672 falecidos) e mortes por accidente de tráfico, 1.880 persoas (450 mulleres e 1.430 homes)³⁵.

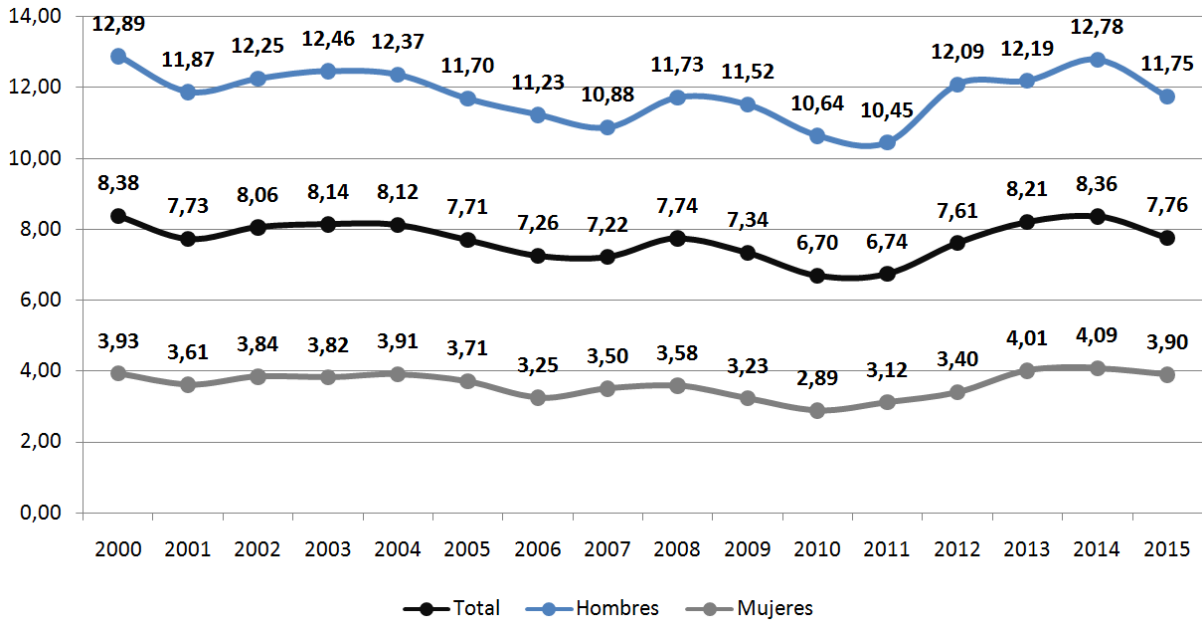
Segundo estas cifras as mortes por suicidio continúan duplicando o número de falecidos en accidentes de tráfico.

No gráfico 2 represéntanse as taxas brutas de suicidio por 100.000 habitantes en España desde o ano 2000 ao 2015. Atendendo ao sexo e para este período a maior taxa en homes alcanzouse no ano 2000 (12,89 falecementos por 100.000 habitantes) seguida da do ano 2014 (12,78 defuncións por 100.000 habitantes), e no grupo de mulleres a maior taxa foi no ano 2014 no que a taxa alcanza o valor de 4,09.

No ano 2015, a taxa bruta de suicidio descendeu tanto de forma global (7,76 falecementos por suicidio por 100.000 habitantes) como desagregada por sexo (11,75 e 3,90 falecementos por 100.000 habitantes homes e mulleres, respectivamente).

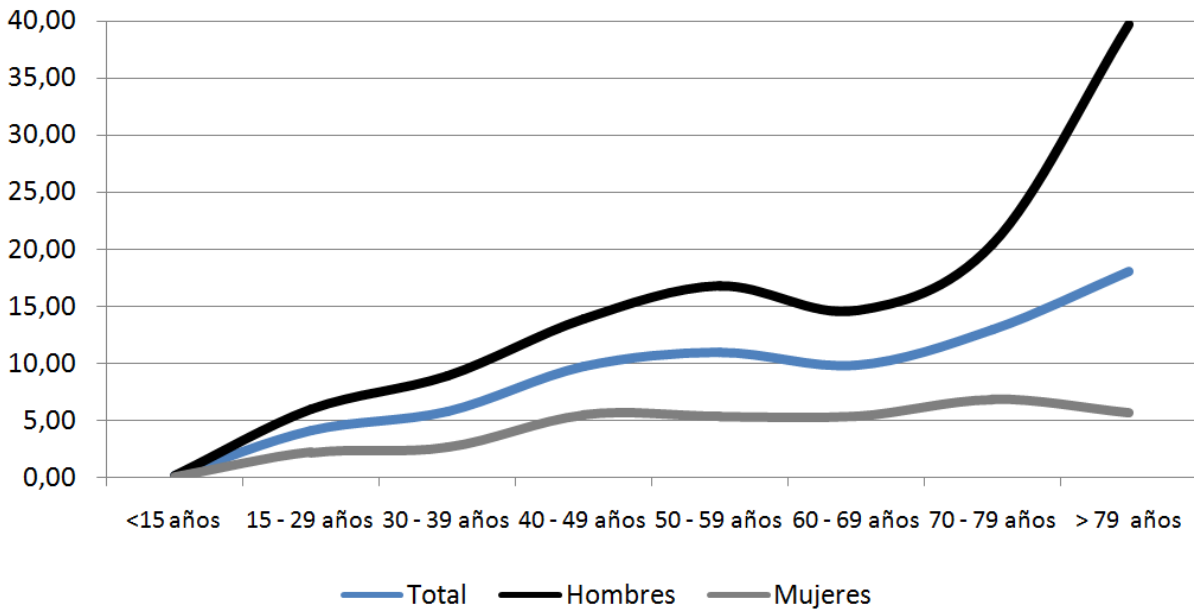
O risco de suicidio aumenta coa idade, sobre todo en varóns, chegando a cuadruplicarse respecto de as idades máis tempranas (gráfico 3).

Gráfico 2. Taxas de suicidios / 100.000 habitantes por sexos en España, 2000-2015.



Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 3. Taxa suicidio por 100.000 habitantes, por idade e sexo en España, ano 2015.



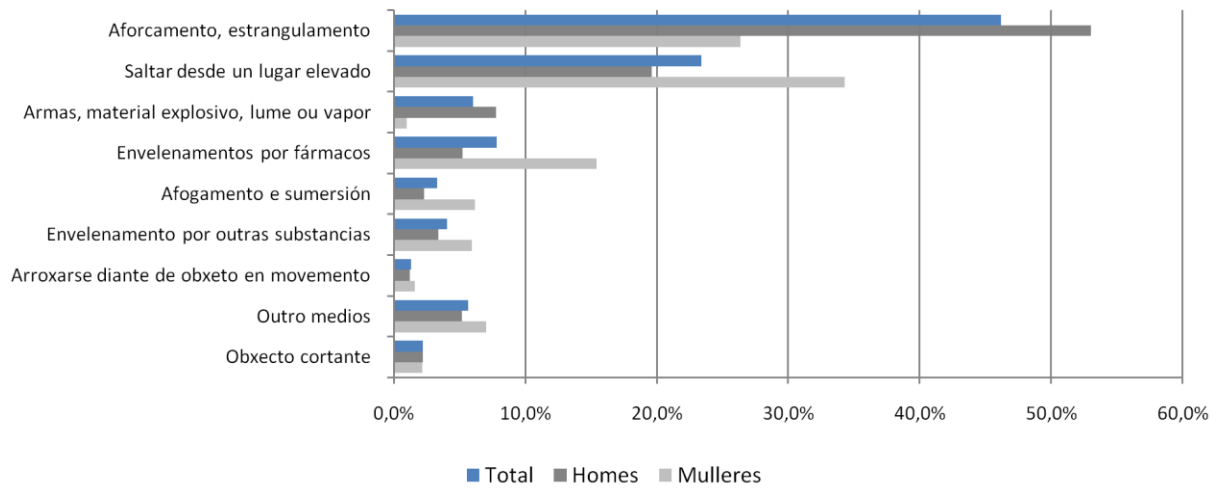
Fonte: Observatorio do Suicidio en España, 2017³⁶.

O aforcamento é o medio utilizado na metade dos suicidios, os homes elixeno máis que as mulleres, cuxo método principal é saltar desde un lugar elevado. Outras diferenzas na elección do método segundo o sexo son que a inxestión de fármacos e envelenamentos son máis usados polas mulleres, mentres que as armas de fogo o son polos homes (gráfico 4).

Co fin de poder comparar os datos por comunidades autónomas, calculáronse as taxas

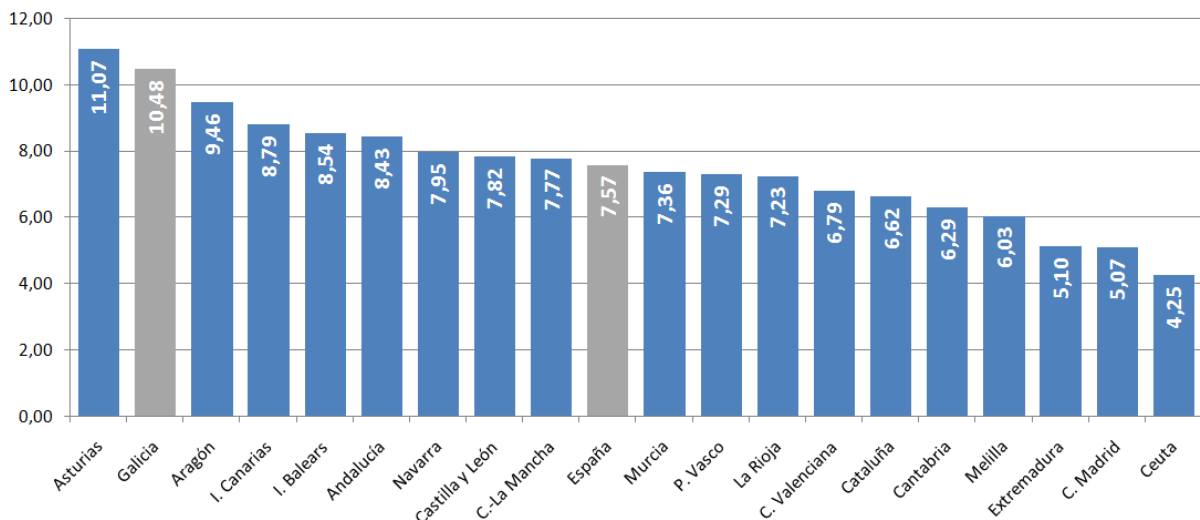
estandarizadas por idade e axustadas á poboación europea, que permiten efectuar comparacións entre poboacións que teñen estruturas de idade diferentes. Analizando estes datos, as que presentan maiores taxas estandarizadas son Asturias e Galicia, con 11,07 e 10,48 respectivamente, mentres que Ceuta, Madrid e Extremadura presentan as taxas máis baixas (4,25, 5,07 e 5,10) (gráfico 5)

Gráfico 4. Porcentaxe de mortes por causas externas en España, 2015.



Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 5. Taxa de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015 estandarizada a poboación europea de 2011.

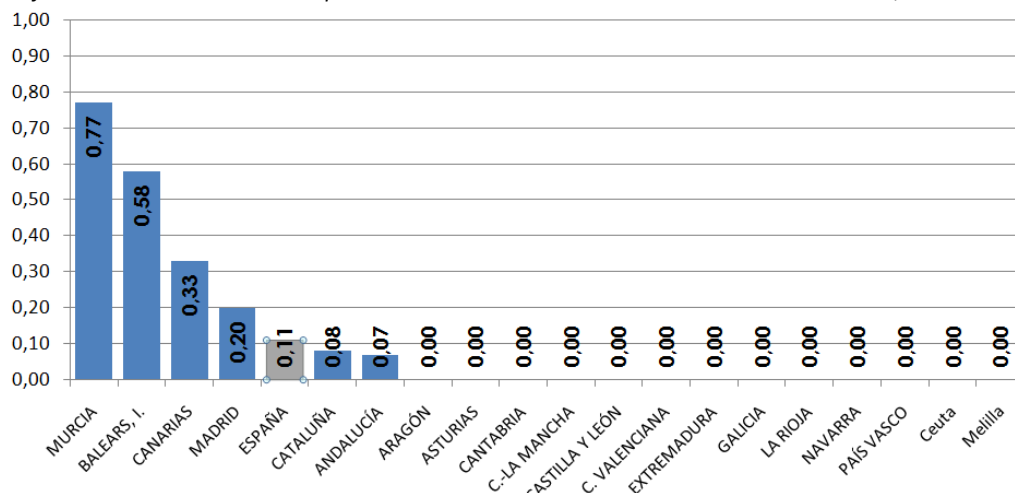


Fonte: Estadísticas INEbase, 2017³⁵.

Con todo, unha análise das taxas por rangos etarios mostra un comportamento diferente nunha mesma comunidade autónoma.

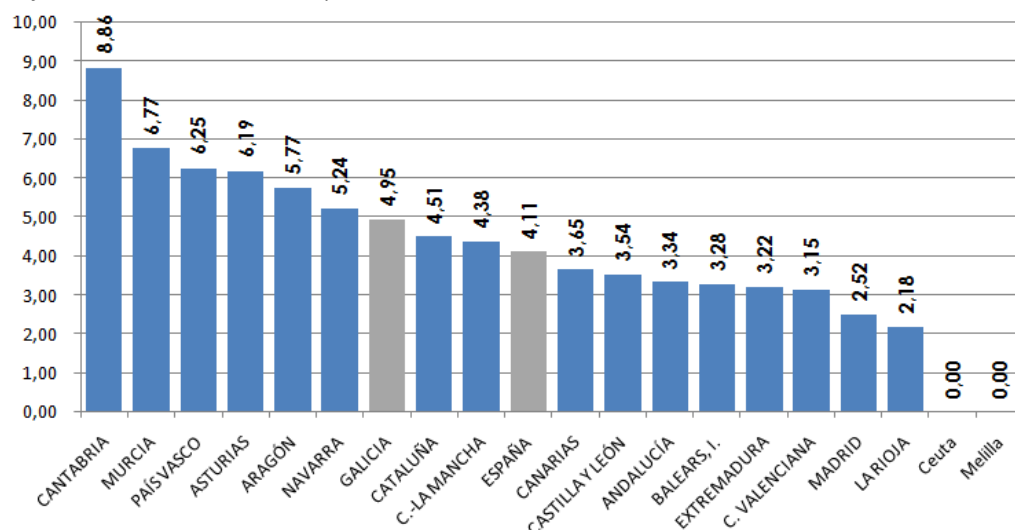
Así, Galicia, sitúase entre a 3ª e a 6ª en idades adultas, é a 7ª comunidade autónoma nas cifras de suicidio xuvenil (15-29 anos) e a 12ª en maiores de 84 anos. Os gráficos 6 a 18 o ilustran.

Gráfico 6. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. Menores de 15 años, ambos sexos.



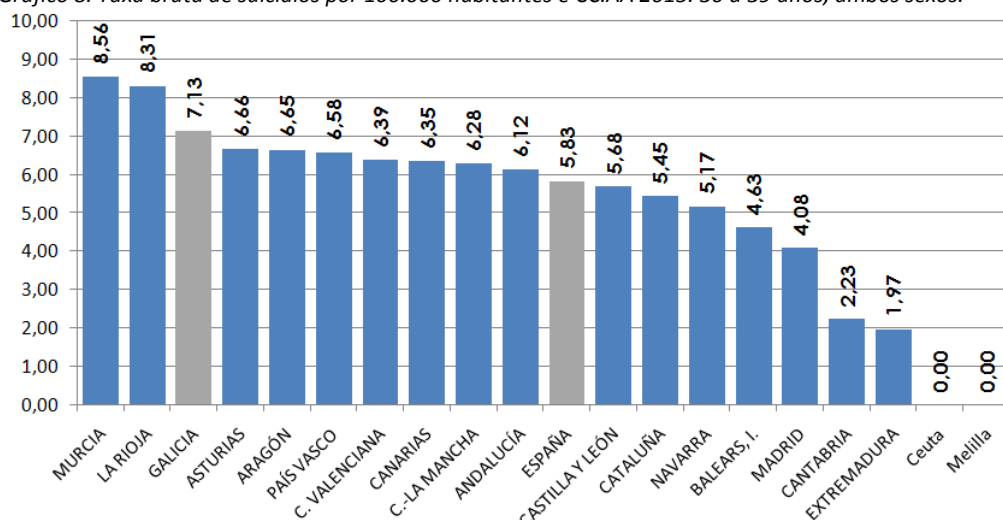
Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 7. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. 15 a 29 anos, ambos sexos.



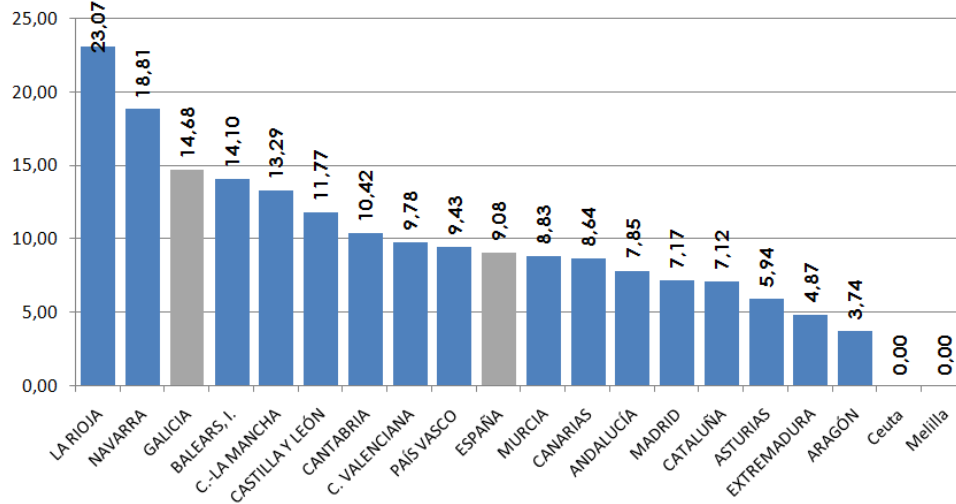
Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 8. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. 30 a 39 anos, ambos sexos.



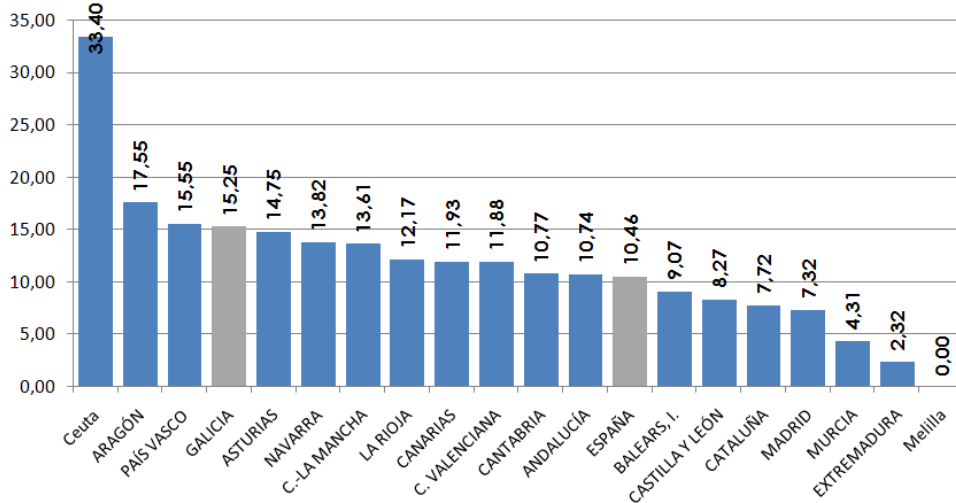
Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 9. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. 40 a 44 anos, ambos sexos.



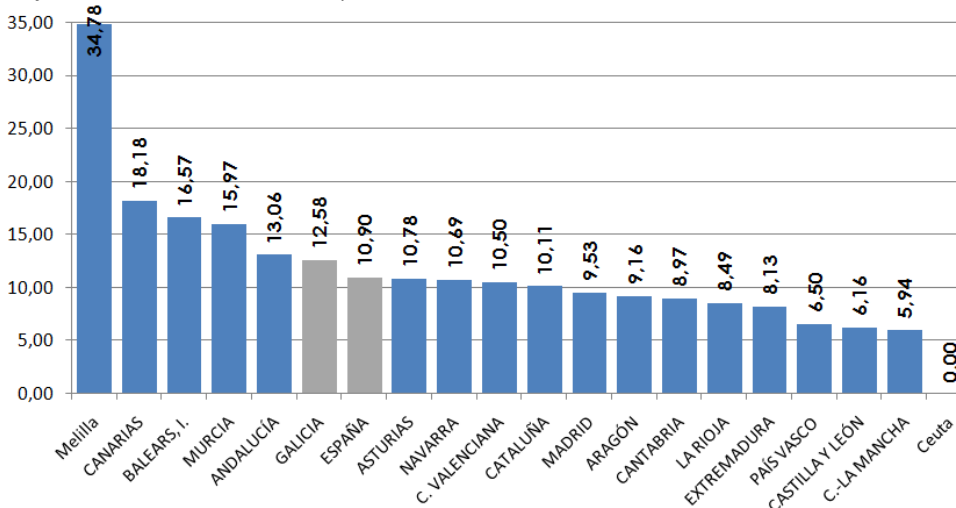
Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 10. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. 45 a 49 anos, ambos sexos.



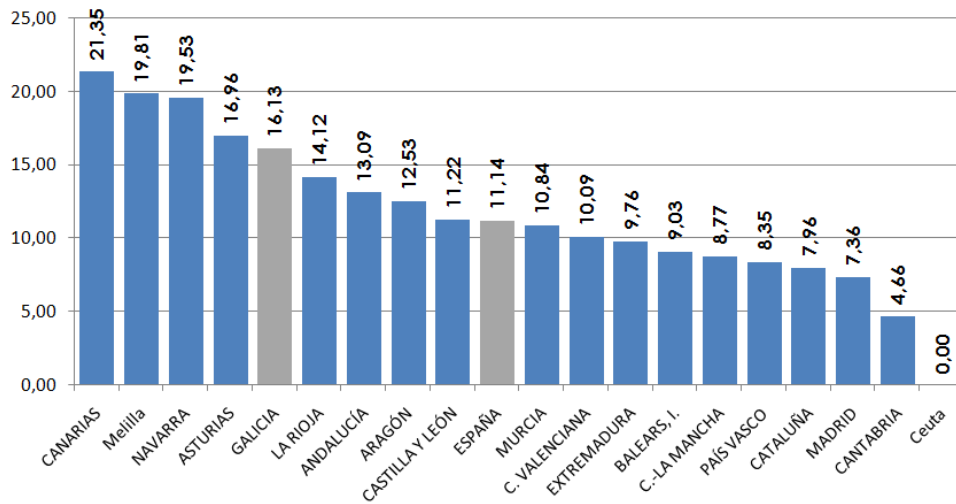
Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 11. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. 50 a 54 anos, ambos sexos.



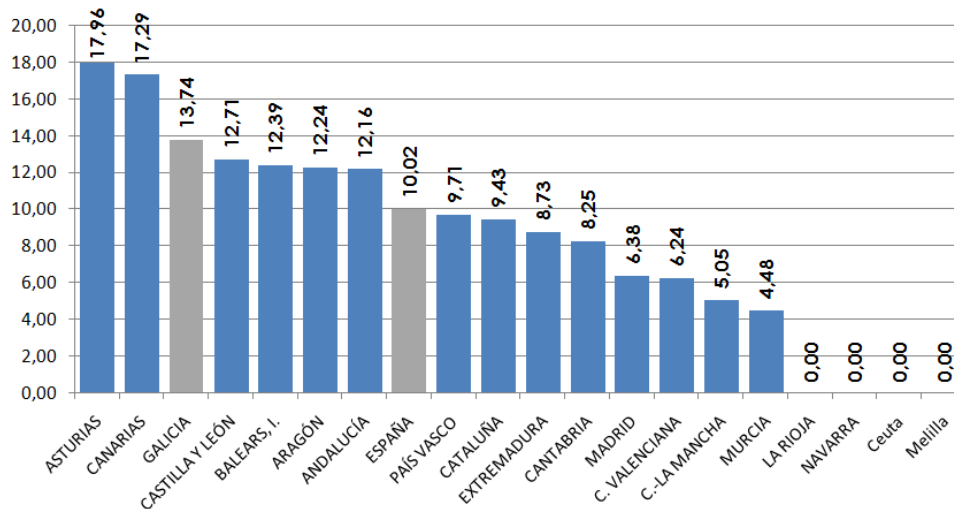
Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 12. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. 55 a 59 anos, ambos sexos.



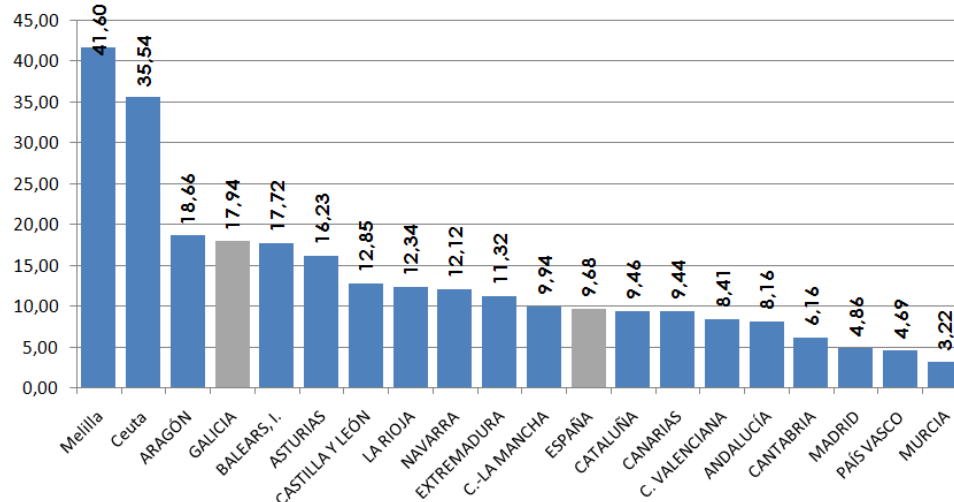
Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 13. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. 60 a 64 anos, ambos sexos.



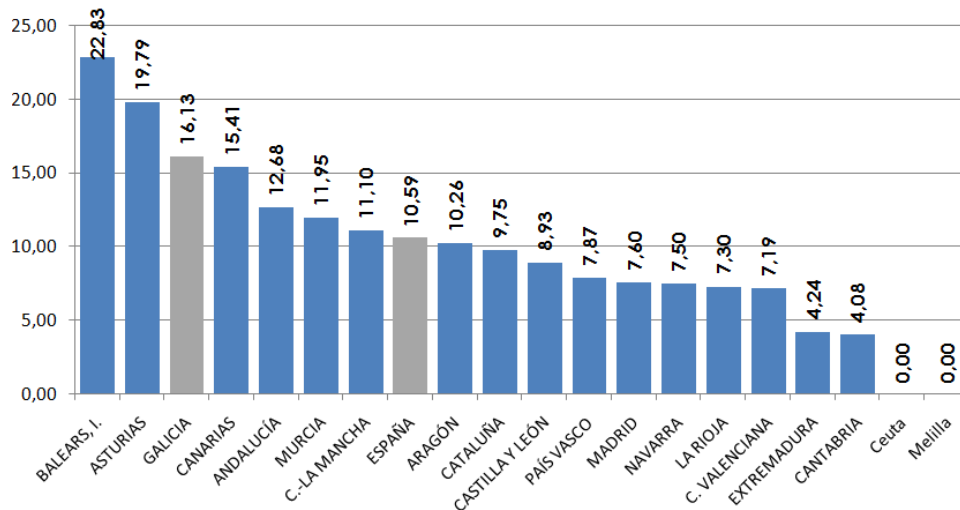
Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 14. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. 65 a 69 anos, ambos sexos.



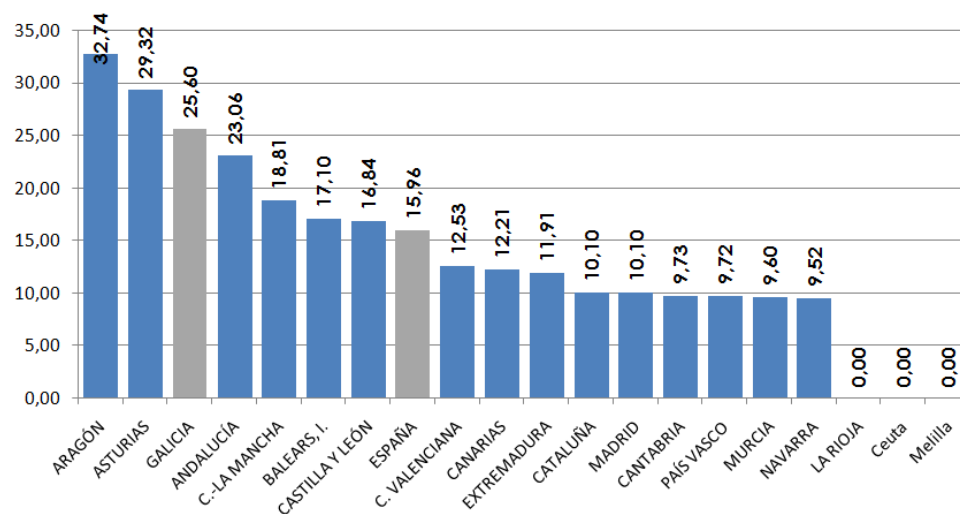
Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 15. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. 70 a 74 anos, ambos sexos.



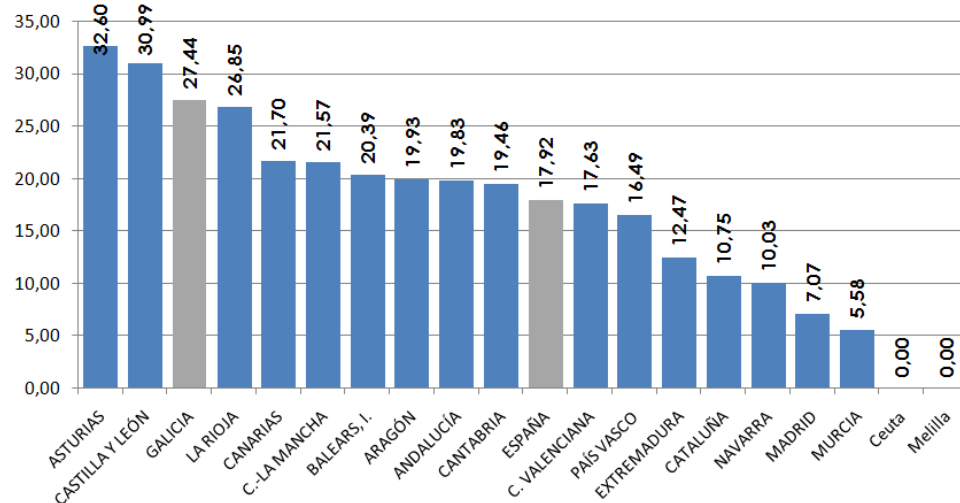
Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 16. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. 75 a 79 anos, ambos sexos.



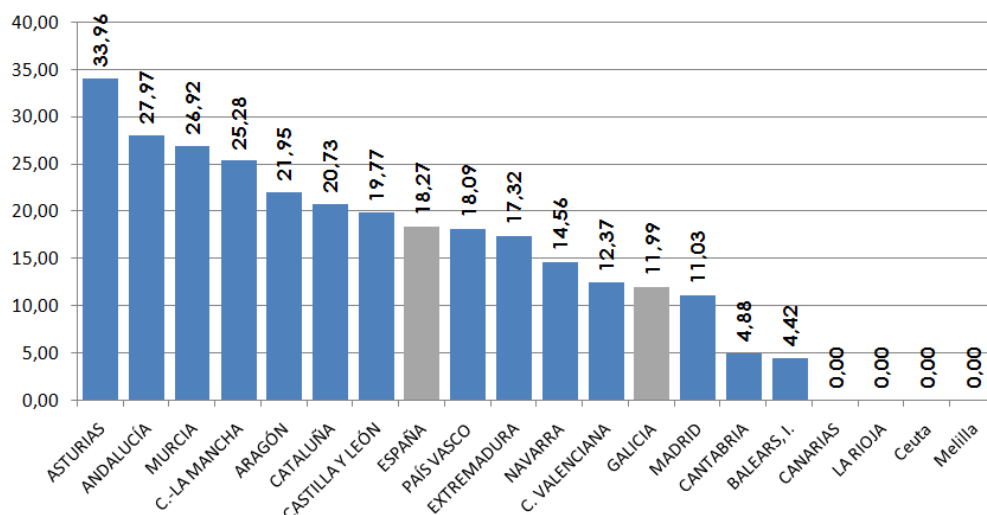
Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 17. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. 80 a 84 anos, ambos sexos.



Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 18. Taxa bruta de suicidios por 100.000 habitantes e CC.AA 2015. Maires de 84 anos, ambos sexos.



Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Ao analizar os intentos de suicidio, en España cífranse entre 50-90 por 100.000 habitantes/ano³⁷, aínda que as cifras reais son difíciles de estimar por dificultade da recollida de datos¹⁰. O método máis frecuente é a intoxicación medicamentosa, cunha incidencia anual de intoxicacións agudas no medio extrahospitalario de 28/100.000 habitantes³⁸ e de 170/100.000 habitantes no medio hospitalario³⁹.

Os datos recollidos polo INE mostran que o comportamento suicida en España superponse o do resto da poboación mundial, sendo a maioría das mortes ocorridas en varóns e aumentando as taxas na poboación de maior idade¹⁰.

Son factores de risco para realizar novas tentativas suicidas o ser novo, estar diagnosticado de trastorno de personalidade ou padecer un trastorno por consumo de alcohol⁴⁰.

3.1.3. Mortalidade por suicidio en Galicia

Segundo os últimos datos dispoñibles do INE, no ano 2015 producíronse en Galicia 318 falecementos por suicidio, o que representa unha diminución do 14,3% (-17,9% en varóns e -3,3% en mulleres) con respecto ao ano 2014.

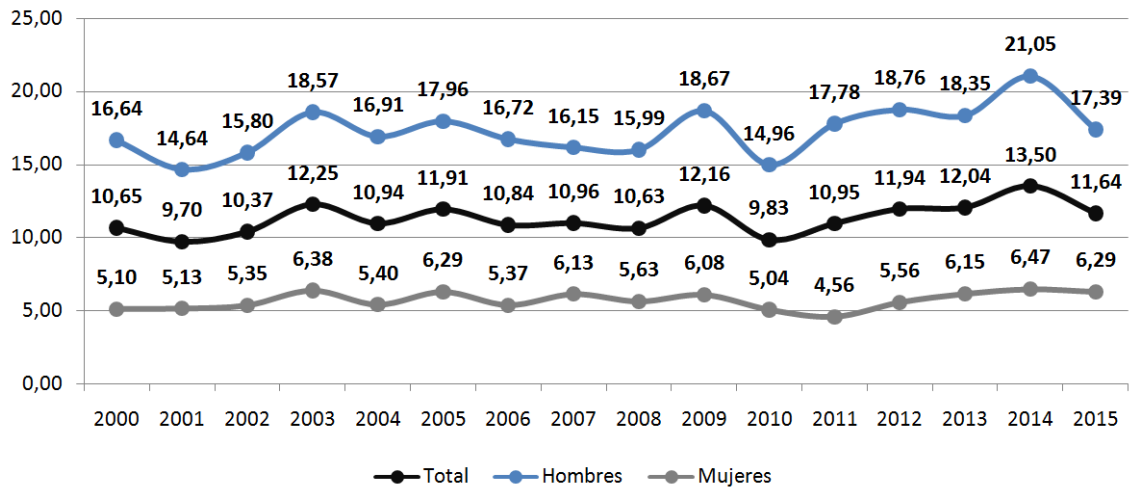
Segundo estes mesmos datos e tomando o censo a 1 de xaneiro de 2015 (gráfico 19), a taxa de suicidios por 100.000 habitantes en Galicia no ano 2015 foi de 11,64 (17,39 en homes e 6,9 en mulleres).

Galicia é a quinta comunidade autónoma en número de suicidios, co 8,8% dos 3.602 suicidios rexistrados en España durante 2015 (gráfico 20).

En 2015, en Galicia o maior número de suicidios (50) produciuse entre os 40 e 49 anos, en homes e entre os 70 e 79 anos en mulleres (18). O risco de suicidio aumenta coa idade (gráfico 21).

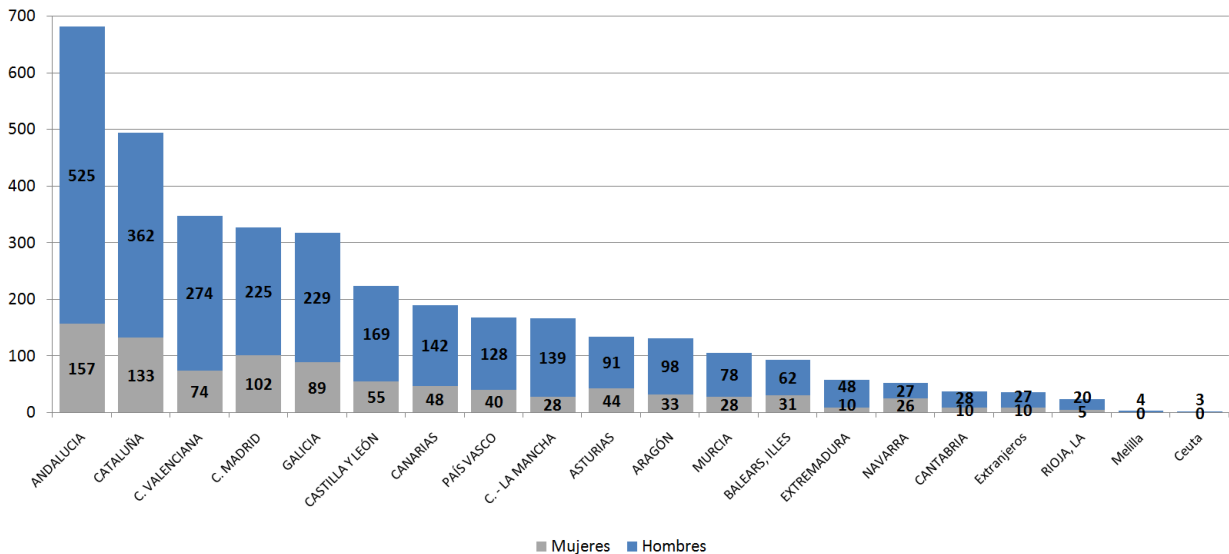
Os métodos tamén coinciden cos datos nacionais, sendo o aforcamento o medio utilizado en máis da metade dos casos, seguido por la precipitación.

Gráfico 19. *Taxas de suicidios por 100.000 habitantes por sexo en Galicia, 2000-2015.*



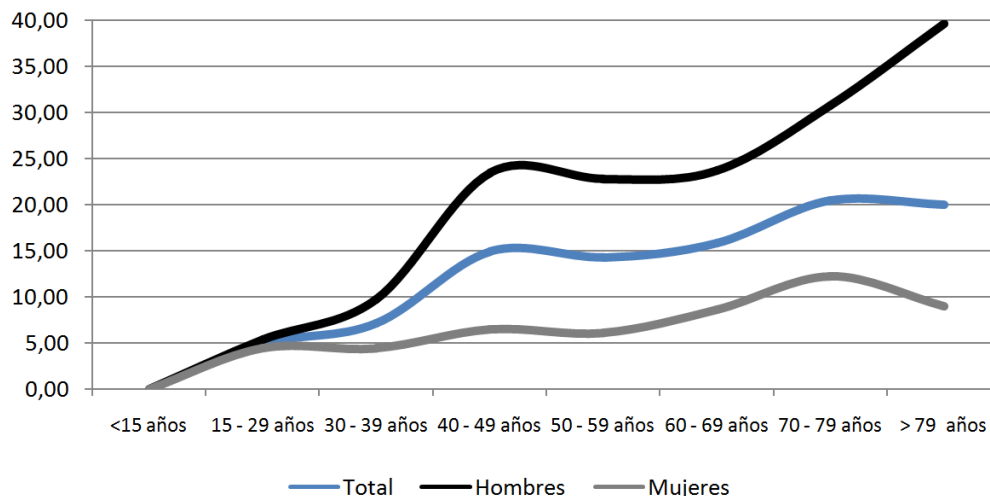
Fonte: Observatorio do Suicidio en España, 2017³⁶.

Gráfico 20. *Número de suicidios por sexo e comunidade autónoma, 2015.*



Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Gráfico 21. *Taxas de suicidios por 100.000 habitantes, por idades e sexo en Galicia, 2015.*

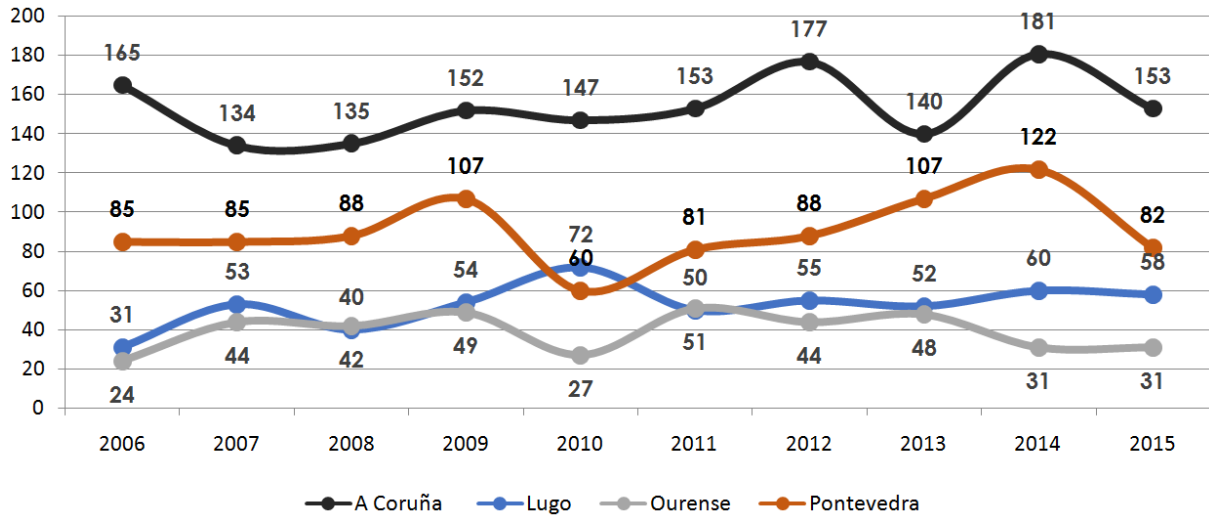


Fonte: Estadísticas de defunción por causa de morte. INEbase, 2017³⁵.

Tendo en conta os datos do Instituto de Medicina Legal de Galicia (Imelga) de 2006 a 2015, obsérvase como neste último ano se produce un descenso do número de suicidios en todas as provincias con respecto ao ano 2014, excepto en Ourense, que se mantén o número, continuando sendo a provincia con menor número de suicidios (gráfico 22).

Obsérvase unha discrepancia entre os datos do IMELGA e o INE, do mesmo xeito que noutras rexións españolas, xa que o proceso administrativo de adscripción dunha defunción xudicial a unha causa é complexo e implica a varias administracións, non estando libre de problemas metodolóxicos^{41,42}.

Gráfico 22. Número de suicidios en Galicia, por provincia, 2006-2015.

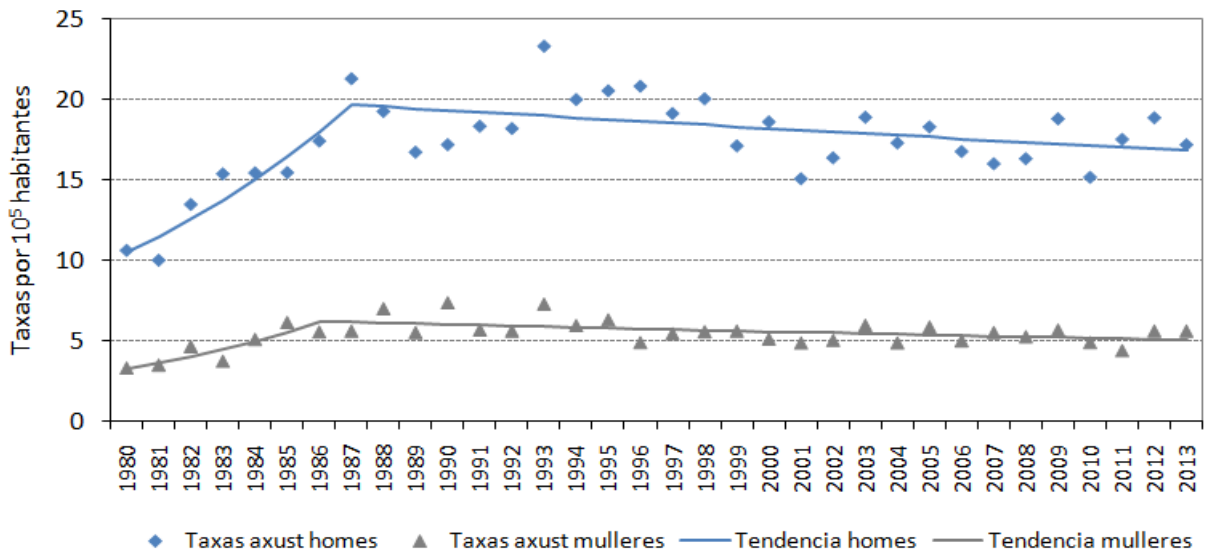


Fonte: Instituto de Medicina Legal de Galicia (Imelga)⁴³.

Segundo os datos da Dirección Xeral de Saúde Pública en Galicia a tendencia do suicidio de 1980 ata 1987 foi crecente e a partir de 1987 ata a actualidade foi levemente decrecente en ambos os sexos (gráfico 23 y táboa 7).

No gráfico 24 represéntanse as taxas brutas de suicidio por provincias no período 2006-2015, objetivándose unha diminución nas taxas das catro provincias no ano 2015.

Gráfico 23. Tendencia do suicidio en Galicia 1980-2013



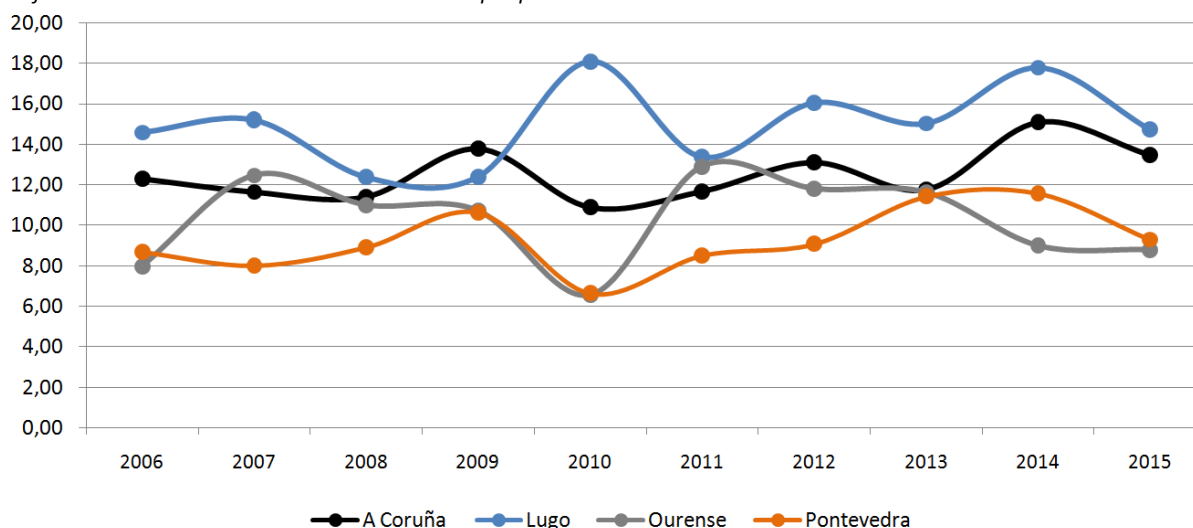
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia⁴⁴.

Táboa 7. Tendencia do suicidio en Galicia 1980-2013

Sexo	Puntos de cambio (IC 95%)	Período	PCA (IC 95%)		Interpretación
Homes	1987 (1985; 1989)	1980-1987	9,3	(5,4; 13,4)	Crecente
		1987-2013	-0,6	(-1,1; -0,1)	Levemente decrecente
Mulleres	1986 (1984; 1989)	1980-1986	11,1	(5,3; 17,2)	Crecente
		1986-2013	-0,7	(-1,3; -0,2)	Levemente decrecente
Total	1987 (1985; 1989)	1980-1987	9,3	(5,8; 12,8)	Crecente
		1987-2013	-0,6	(-1,1; -0,2)	Levemente decrecente

Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia⁴⁴.

Gráfico 24. Evolución das taxas brutas de suicidio por provincias en 2006-2015..



Fonte: Elaboración propia.

3.1.4. Suicidios e crise económica en Galicia

Desde o Servizo de Saúde Mental e Asistencia a Drogodependencias, pertencente á Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial promoveuse o estudo *"Suicide mortality trends in Galicia, Spain and their relationship with economic indicators"*, analizándose a tendencia do suicidio en Galicia por sexos e grupos de idade e a súa relación coa crise económica, atopándose unha tendencia negativa global da taxa de suicidios en Galicia desde o ano 1990, a excepción do grupo de varóns con idades comprendidas entre os 45 e 65 anos en situación de desemprego (nas que permanece estable ao longo do período estudado de 1975 a 2012).

Este estudo contou coa colaboración de expertos nacionais en suicidioloxía, psiquiatras e epidemiólogos para a súa elaboración, publicase en 2015 na revista *Epidemiology and Psychiatric Services*⁴⁵.

Con todo, os datos non son concluíntes xa que un estudo posterior realizado pola Universidade da Coruña (*"Crise, suicidio e perdas de produtividade laboral en España"*)⁴⁶ concluíu que o descenso no crecemento económico e o desemprego aumentaron na taxa de suicidio e que a crise económica que España experimentou nos últimos anos pode influír no aumento de taxas de suicidio.

En 2017 publícanse dous estudos onde se reflicte que existe unha asociación entre desemprego e suicidio⁴⁷ e que o PIB per cápita se relaciona inversamente coa taxa de suicidio en cada provincia española, intensificándose esta asociación na poboación de maior idade⁴¹.

A pesar destes datos os autores destacan que o desemprego se asocia co suicidio en momentos de estabilidade económica, pero non durante os períodos de crises. Concluíndo que o desemprego e o suicidio teñen unha relación complexa, modulada pola idade, o sexo e o ciclo económico.

3.2. Descripción dos programas de prevención

A continuación, detállanse os principais programas de prevención da conduta suicida desenvolvidos ata a data no ámbito internacional, europeo e nacional. Nesta análise identifícanse as medidas ou recomendacións que resultaron eficaces á hora de implantar programas ou plans de prevención do suicidio. Todas estas serán consideradas e adaptadas ao Plan de prevención do suicidio en Galicia.

3.2.1. Organización das Nacións Unidas

En 1996, a Organización das Nacións Unidas (ONU) publicou a súa primeira guía para desenvolver un plan nacional en prevención do suicidio⁴⁸, e identificou as accións primordiais na prevención do suicidio.

3.2.2. Programas de prevención do suicidio da OMS

O proxecto “Suicide Prevention” (SUPRE) é unha iniciativa posta en marcha pola OMS en 1999 onde se elaboraron unha serie de documentos dirixidos a profesionais e grupos sociais relevantes na prevención do suicidio, instrumentos que foron traducidos e amplamente difundidos, pero que requiren ser adaptados ás condicións locais⁴⁹.

Especificamente, os nove instrumentos son:

- Un instrumento para médicos xeneralistas⁵⁰.
- Un instrumento para profesionais dos medios de comunicación⁵¹.
- Un instrumento para docentes e demais persoal institucional⁵².
- Un instrumento para traballadores de atención primaria de saúde, que busca que estes profesionais estean informados e comprometidos a proporcionar atención⁵³.
- Prevención do suicidio en cárceres e prisións, dirixido aos administradores de correccionais⁵⁴.
- Un instrumento para establecer grupos de sobreviventes que brinda as ferramentas e pasos para a creación de grupos de apoio mutuo para sobreviventes dun suicidio⁵⁵.
- Un recurso para conselleiros, elaborado como guía informativa para a educación dos conselleiros sobre o risco e a prevención do suicidio⁵⁶.
- Un instrumento para bombeiros, policía e outros socorristas de primeira liña⁵⁷.

En 2005, a OMS recomenda a elaboración e aplicación de estratexias de prevención do suicidio cun enfoque multidisciplinar⁵⁸. Novamente a OMS, en 2012⁵⁹ publicou un documento que pretende servir como marco de referencia á hora de desenvolver unha estratexia nacional efectiva para a prevención do suicidio. Tamén en 2014⁹, a OMS publica o primeiro informe sobre o suicidio como un imperativo global. Neste documento reúne o que se coñece ata o momento do suicidio para poder tomar medidas inmediatas. O informe identifica os elementos clave que é preciso ter presentes á hora de establecer unha estratexia de prevención do suicidio.

3.2.3. Programas internacionais de prevención do suicidio

Diferentes países desenvolveron estratexias ou levaron a cabo distintas iniciativas para a prevención do suicidio. A táboa 8 resume as medidas/accións realizadas por algúns destes países.

En 2016 desenvolveuse unha revisión sistemática no ámbito internacional que analiza as estratexias de prevención do suicidio desenvolvidas durante os últimos 10 anos⁶⁰, nesta revisión inclúense unha serie de medidas que poderían ser efectivas e deberían incluírse nos plans nacionais de prevención do suicidio, entre as que destaca:

- A restrición do acceso a medios letais: existe unha forte vinculación entre esta medida e a diminución das taxas de suicidio.
- Sensibilización e educación: a evidencia demostra a importancia na redución dos intentos de suicidio dos programas de sensibilización que fan énfase na información sobre saúde mental e suicidio nas escolas.
- Formación e capacitación: as intervencións que inclúen programas de capacitación a médicos, figuras clave ou especialista de información etc., poderían asociarse coa diminución das taxas de suicidio.
- Tratamento farmacolóxico: nas persoas de idade avanzada con depresión hai un claro efecto beneficioso deste tratamento e a diminución do intento e risco de suicidio.
- Psicoterapia: os datos avalan a eficacia das psicoterapias (terapia cognitivo condutual, terapia dialéctica condutual etc.). É importante incluír e analizar outros compoñentes do tratamento, tales como o desenvolvemento de alianzas terapéuticas, o papel da xestión de casos e o papel e responsabilidade da comunidade no tratamento da conduta suicida.

- Medios de comunicación: estes deberían ser utilizados en colaboración cos xornalistas, como unha canle para educar, sensibilizar e informar de forma apropiada o público en xeral.
- Internet e liñas de axuda: os estudos mostran un efecto positivo do uso do teléfono e internet, xa sexa de forma directa ou indirecta na ideación suicida (mediante unha chamada persoal ou a través de SMS ou chat), e especialmente en persoas con antecedentes de intentos repetidos de suicidio.

3.2.4. Outros programas de prevención na Unión Europea

Ao longo destes últimos anos realizáronse diversos programas de prevención da conduta suicida en Europa.

Algunhas comunidades autónomas participaron, tal como se relaciona na táboa 9.

3.2.5. Programas de prevención do suicidio no Sistema Nacional de Saúde

A situación da prevención do suicidio nas diferentes comunidades autónomas é, como noutros ámbitos, moi variable. Resúmese na táboa 10.

Táboa 8. Medida/acción para a prevención da conduta suicida no ámbito internacional.

País	Medida/acción para a prevención da conduta suicida.
Arxentina ⁶¹	<p>LEI NACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilitación dunha liña telefónica de escoita. • Asistencia: provisión dun equipo multidisciplinar; vixilancia epidemiolóxica na comunidade.
Australia ⁶²	<p>PLAN MARCO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia da investigación e a evidencia, así como de compartir o coñecemento e boas prácticas en prevención de suicidios. • Integración local, rexional e nacional de servizos relacionados coa atención ao suicidio. Leva a creación de ferramentas tecnolóxicas de compartir a información. • Políticas de promoción da saúde e do benestar mediante estratexias educativas e apoio a institucións que fomenten as relacións emocionais e os ámbitos familiares.
Canadá ⁶³	<p>ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN DO SUICIDIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción dunha linguaxe que reduza a estigmatización. • Importancia da integración e o acceso para a prevención: elaboración de guías, protocolos e plans de coidado. • Avaliación dos programas postos en marcha. • Asegurar fondos a organizacións que promovan a prevención do suicidio. • Campaña “O suicidio é un problema de todos”. <p>OUTROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre for Suicide Prevention: Webinars educativos. • Lifeline app: guías, axuda e liña telefónica. • Campaña: Stopsayingcommit# (para a eliminación da linguaxe que causa estigma).
Chile ⁶⁴	<p>PROGRAMA NACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de estudo de casos: rexistro de intentos de suicidio. <p>OUTROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campaña nacional “SOS: Prevención del Suicidio”, creada pola Xefatura de Homicidios.
China ⁶⁵	<p>OUTROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proxecto STOP. “A depresión trátase e o suicidio prevese”.

EE.UU. ⁶⁶	<p>ESTRATEGIA NACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvemento de programas que fomenten o benestar e preveñan o suicidio. • Vixilancia, investigación e avaliación. <p>OUTROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvemento de programas específicos (forzas armadas, comunidades indíxenas, veteranos, suicidio adolescente, subvencións etc.). Programa Zero Suicides. • SAMSHA: Liña de axuda telefónica nacional que conecta todas as liñas locais. • Centros de investigación e promoción (recollida de datos a modo de observatorio, implantación da Estratexia Nacional, Rede de ONG da área).
Finlandia ⁶⁷	<p>ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN DO SUICIDIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de 40 subprogramas desde unha perspectiva de cooperación e networking. <p>OUTROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autopsia psicolóxica: revisión do proceso previo ao suicidio.
Francia ⁶⁸	<p>PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DO SUICIDIO 2011-2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control da información sobre o suicidio en internet. • Prevención do suicidio no ámbito laboral. <p>OUTROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infosucide France: envío boletíns informativos. • Observatorio Nacional: avaliación de políticas de prevención do suicidio, elaboración dun informe anual e recomendacións. • Help: liña telefónica de axuda ao estranxeiro (en inglés).
Inglaterra ⁶⁹	<p>ESTRATEGIA NACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guías para grupos e institucións específicos. • Fomento da investigación, a recompilación de datos e a avaliación. <p>OUTROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campaña nacional “Campaignagainstleavingmiserably: CALM” que busca reducir a taxa de suicidio masculina en UK. • Centros para a investigación e a promoción (SBSP).
Noruega	<p>PLAN NACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Xeración de coñecemento mediante a investigación sistemática. • Información e avaliación: medir a utilidade do plan a través de avaliacións externas e internas. <p>OUTROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • National Centre for Suicide Research and Prevention NSSF. Un centro nacional de investigación e 5 rexionais. • Revista Nacional sobre Suicidioloxía.
Suecia	<p>PROGRAMA NACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mellorar as condicións de vida dos grupos máis desfavorecidos. • Reducir o consumo de alcol en xeral e nos grupos de risco. • Diseminar o coñecemento baseado en evidencia de prácticas relacionadas coa prevención do suicidio. • Apoio a Ong. • Guías para a prevención do suicidio. <p>OUTROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NASP: National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental III –Health.
Uruguay ⁷⁰	<p>PLAN NACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa educativo para o fortalecemento da autoestima, manexo adecuado dos conflitos, desenvolvemento de habilidades para a vida etc. • Programa de alcance nacional de Promoción e Prevención da Saúde no ámbito escolar, focalizado en habilidades para a vida, impulsando o fortalecemento dos factores protectores psicosociais e a autoestima. • Desenvolvemento e implantación do Sistema Nacional de Información en IAE e suicidios.

Táboa 9. Medida/acción para a prevención da conduta suicida no ámbito europeo.

Programa	Descrición
EAAD (European Alliance Against Depression)	<ul style="list-style-type: none"> A Alianza Europea contra a Depresión (EAAD) é un proxecto que propón afrontar a depresión mediante un programa de intervención en diferentes grupos sociais: poboación xeral, médicos de familia e centros sociais⁷¹. En España a súa aplicación centrouse inicialmente no distrito barcelonés da Dreta de l'Eixample, pero realizáronse programas de prevención baseados no modelo da EAAD en Barcelona, Sabadell e Guipúscoa.
PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU) e Programa iFightDepression.	<ul style="list-style-type: none"> PREDI-NU é sinónimo de "Prevención da depresión e mellora da sensibilidade a través das redes na UE". Este programa enmárcase dentro do Plan de Acción de e-Health 2012-2020 e seguirá manténdose e desenvolvéndose a través da EAAD. Nel participou o Hospital Santa Creu e Sant Pau de Barcelona e o Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell⁷². O proxecto busca a promoción da saúde mental e a prevención da depresión e as tendencias suicidas a través das tecnoloxías da información e a comunicación (TIC). Para isto desenvolveu unha ferramenta en internet de autoxestión para a depresión leve a moderada⁷³. O proxecto tamén desenvolveu o programa iFightDepression, un programa en liña de autoaxuda para persoas con depresión leve-moderada, baseado na terapia cognitivo-condutual e con soporte de profesionais da saúde.
EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide).	<ul style="list-style-type: none"> Liderados pola Universidade de Verona (Italia), 15 socios (3 deles españois) de 9 países europeos uníronse para atopar as mellores prácticas en prevención do suicidio e elaborar documentación que sirvan para contribuír á prevención de pensamentos e condutas suicidas en Europa, a través do desenvolvemento e a implantación de estratexias para a prevención do suicidio no ámbito rexional, que posteriormente poidan ser utilizadas na Unión Europea como exemplo de boas prácticas⁷⁴. Para cumprir os obxectivos específicos desenvolvéronse unha serie de paquetes de traballo (WP) que, sen dúbida, son das mellores achegas para a prevención institucional da conduta suicida⁷⁵.
SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe).	<ul style="list-style-type: none"> SEYLE é un programa de promoción da saúde para os adolescentes implantado nas escolas europeas. O proxecto levouse a cabo en 12 países europeos entre xaneiro de 2009 e decembro de 2011. España participou a través da Universidade de Oviedo⁷⁶. A análise lonxitudinal identificou melloras seguindo as intervencións de SEYLE⁷⁷.
MONSUE (European Multicentre Study on Suicidal Behavior and Suicide Prevention).	<ul style="list-style-type: none"> No proxecto MONSUE interviñeron 23 países (entre eles España a través da Universidade de Oviedo). Este estudo comparou os datos de suicidio e intentos de suicidio nunha mostra de 4683 suxeitos⁷⁸, e propuxo con base nos seus resultados varias liñas estratéxicas para a prevención do suicidio en Europa.
SUPREME (Suicide Prevention through Internet and Media Based Mental Health Promotion)	<ul style="list-style-type: none"> O proxecto SUPREME é un programa multicéntrico europeo no ámbito da saúde mental⁷⁹, comezado en setembro de 2010, de duración de tres anos e coa intervención de 11 países. España participou por medio do IMIM (Instituto Hospital do Mar de Investigacións Médicas) de Barcelona. O proxecto buscaba previr o suicidio e problemas de saúde mental en mozas de entre 14 e 24 anos mediante a creación dunha páxina web interactiva. O deseño do sitio web baseouse nas preferencias dos mozos, coñecidas a través de grupos focais e entrevistas⁷⁹.
MASTERMIND (Management of Mental Health Disorder through Advanced Technology and Services-Telehealth for the MIND)	<ul style="list-style-type: none"> No seo da UE nace o proxecto Mastermind co obxectivo de ampliar a accesibilidade ao tratamento para a depresión mediante o emprego das novas tecnoloxías da información e a comunicación TIC. No proxecto participan 11 países da Unión Europea, entre eles España (Servizo Galego de Saúde, Servizo Aragonés de Saúde, Servís Assistenciais Badalona e Osakidetza). Mastermind implanta dous proxectos ao longo de Europa: unha Intervención Terapéutica Cognitiva Condutual Computerizada e un Servizo de Atención Colaborativa en Saúde Mental por Videoconferencia.

Táboa 10. Medida/acción para a prevención da conduta suicida o SNS.

C. Autónoma	Situación
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro do seu II Plan integral de saúde mental (PISMA) (2008-2012) desenvóléronse varias accións para contribuír á prevención do suicidio. Unha das principais é a participación no Proxecto Europeo Euregenas (2012-2014). No III PISMA (2016-2020)⁸⁰ a prevención do suicidio expónse como unha liña transversal.
Asturias	<ul style="list-style-type: none"> • En Asturias están a desenvolverse accións específicas a través da Universidade de Oviedo. Esta universidade participou nos programas europeos SEYLE e MONSUE e desenvolveu o programa para a prevención da recorrencia do comportamento suicida baseado no manexo de casos (PSyMAC)^{81,82}, un programa de prevención do suicidio en persoas que acudiran no período do 1 de xaneiro de 2011 ao 30 de xuño de 2013 ao servizo de urxencias do Hospital Universitario Central de Asturias por realizar unha tentativa suicida.
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> • Participou no Proxecto Europeo Euregenas. Ademais, en 2013 realizou no Hospital Clínico de Valladolid un estudo dos intentos de suicidio atendidos en urxencias e realizouse un estudo cualitativo de atención a familiares de persoas falecidas por suicidio. Nesta comunidade autónoma dispoñen dun protocolo de intervención acordado entre os centros de saúde e de saúde mental.
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> • Cataluña foi unha comunidade pioneira na prevención do suicidio, implantando o Programa de Prevención da Conduta Suicida no distrito da Dreta de l'Eixample de Barcelona⁸³ e o Programa de Prevención en Sabadell⁸⁴. Recentemente creou o Programa Codi Risc Suicidi (CRS), no ámbito autonómico⁸⁵, no que os pacientes se inclúen no programa segundo unha clasificación con base ao risco suicida avaliado segundo a escala MINI.
C. de Madrid	<ul style="list-style-type: none"> • A Comunidade de Madrid desenvolveu varios programas piloto (pilotaxe do proceso integrado de ansiedade e depresión con atención primaria ou pilotaxe dun programa de prevención baseado no modelo EAAD e que se desenvolve no Hospital 12 de Octubre e a Fundación Jiménez Díaz). • Implantouse un programa de seguimento intensivo de pacientes que intentaron suicidarse (Programa Código 100)⁸⁶, desenvolvido desde a Fundación Jiménez Díaz e o SAMUR-Protección Civil de Madrid. • Nesta mesma liña, implantouse, a través do código ARSUIC (Atención ao Risco Suicida) un procedemento de consulta en saúde mental no prazo máximo dunha semana tras a alta en urxencias por intento suicida. • Editou e distribuíu tamén varias guías para pacientes, familiares e profesionais.
A Ríoxa	<ul style="list-style-type: none"> • A Ríoxa atópase en fase final de elaboración do III Plan de saúde mental 2016-2020⁸⁷, no que se lle dá importancia á prevención e abordaxe da conduta suicida. Esta comunidade ten previsto elaborar posteriormente un Plan específico de prevención do suicidio.
Rexión de Murcia	<ul style="list-style-type: none"> • Desde o ano 2015, o Servizo Murciano de Saúde (SMS) conta cun grupo de traballo na Subdirección de Programas de Saúde Mental para a valoración do risco suicida desde os servizos de urxencias dos principais hospitais xerais. Igualmente, conta cunha páxina web de divulgación sobre a conduta suicida e a súa prevención (http://www.murciasalud.es/). • Ten previsto desenvolver un proxecto piloto de prevención da conduta suicida tras a alta hospitalaria na área de Saúde IV-Noroeste.
Navarra	<ul style="list-style-type: none"> • En 2014, o Goberno de Navarra creou o protocolo de colaboración institucional de prevención e actuación ante condutas suicidas. Este outórgalle especial importancia á prevención da conduta suicida en adolescentes e maiores a través da coordinación <i>ad hoc</i> entre servizos sanitarios, sociais e educativos. • Nesta comunidade foral tamén se ten previsto implantar un perfil de risco no seu sistema de información sanitaria que permita identificar e realizar un mellor seguimento destes pacientes. • No ámbito investigador, levouse a cabo un estudo que analiza en detalle o intento e a conduta suicida entre os anos 2010 e 2014⁸⁸.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> • A Rede de Saúde Mental de Áraha, o Hospital Universitario de Áraha e o Instituto Vasco de Medicina Legal están a traballar nunha comisión para o estudo e prevención do comportamento suicida e apoio a profesionais. • A Rede de Saúde Mental de Biscaia, xunto co hospital de Cruces e San Eloy están a levar a cabo un proxecto piloto de detección e seguimento de pacientes en risco suicida a través da identificación por medio dun código diagnóstico único para a tentativa de suicidio, a atención por

C. Autónoma	Situación
	<p>parte do servizo de psiquiatría da totalidade das tentativas atendidas nos servizos de urxencias, a concertación de cita preferente (menos de sete días) no centro de saúde mental nos casos nos que non se produce ingreso hospitalario e, no caso de ingreso, a activación dunha alerta de risco por parte do psiquiatra do seu CSM en Osabide (sistema de información sanitaria de Osakidetza).</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Rede de Saúde Mental de Guipúscoa durante 2013 e 2014 desenvolveu en dúas das súas organizacións sanitarias integradas (OSI) un programa de prevención, no marco da EAAD. • En colaboración co Instituto de Medicamento Legal, a Rede de Saúde Mental de Gipuzkoa tamén está a elaborar un mapa de suicidios e tentativas e impartir talleres para os medios de comunicación e facilitadores sociais.
C. Valenciana	<ul style="list-style-type: none"> • A Generalitat Valenciana presentou en maio de 2017 o 'Plan de prevención do suicidio e manexo da conduta suicida', que prevé accións concretas para previr, mellorar a detección precoz do risco de suicidio e formar os profesionais ademais de reforzar a coordinación entre o ámbito sanitario e o resto dos axentes implicados na prevención do suicidio.

3.3. Descrición da abordaxe actual da conduta suicida en Galicia

Nos apartados seguintes inclúense diferentes actuacións que se realizan en Galicia para abordar e previr a conduta suicida.

3.3.1. Estrutura de Xestión Integrada da Coruña

O Servizo de Psiquiatría da Coruña dispón dun **protocolo de actuación da conduta suicida** desde xaneiro de 2012 en coordinación co Servizo de Urxencias do Hospital Universitario da Coruña, realizado por un grupo de consenso con facultativos de ambos servizos aprobado pola dirección do centro, nel se explicitan as pautas de actuación clínica no manexo dos pacientes que, acudindo ao Servizo de Urxencias, presentan risco ou tentativa autolítica.

Este protocolo complementábase coa **Guía de Intervención do Servizo de Psiquiatría na Actividade Urxente do 2010**, onde se articula a coordinación con atención primaria, servizos especializados, atención a urxencias e urxencias, no relativo á asistencia en urxencias psiquiátrica e, dentro dela, remárcase a conduta suicida e axitada.

Desde o ano 2014 dispón dunha vía de consulta rápida para pacientes con risco de conduta suicida que acoden ao Servizo de Urxencias, ofrecendo un estreito seguimento destes pacientes evitando ingresos hospitalarios e facilitando a transición á atención ambulatoria co seu psiquiatra de referencia. É o denominado **Programa de alta resolución en Psiquiatría (2015)**

que garante a visita nunha semana e permite un seguimento de seis meses.

Así mesmo e desde 2014, dispón do que denominamos **UCEP (Unidade de Curta Estancia Psiquiátrica)** que parte das recomendacións efectuadas por un comité de expertos do Servizo de Psiquiatría e Urxencias da nosa área, onde se suscitan as condicións de localización e asistencia no servizo de urxencias dos pacientes de risco medio que implica as familias, permitindo un período de observación de 12, 24 e 48 horas.

Deste xeito, o programa de actuación ante a conduta suicida establécese en dous lugares, o Servizo de Urxencias e a UHP (Unidade de Hospitalización Psiquiátrica) de Agudos, onde se dispón do **Programa de curta estancia**, que consta de dúas camas para os casos máis graves que precisan polo menos ingreso de 24-48 e 72 horas, tralos mesmos efectuarase o paso á consulta ou ao ingreso no sistema xeral da UHP.

O Servizo de Psiquiatría da EOXI da Coruña realizou teses doutorais e publicacións sobre a conduta suicida, os factores de risco, a epidemioloxía e a influencia da crise económica. Na actualidade ten dúas teses en elaboración sobre este tema.

En xuño 2015 implantouse o Protocolo para pacientes ingresados con risco de suicidio nas Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, que inclúe escalas de valoración de risco e exploración, tanto ao paciente como a familiares.

3.3.2. Estrutura de Xestión Integrada de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

O Programa de Intervención Intensiva (PII) en conduta suicida do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO) está en funcionamento desde o ano 2009.

Os seus obxectivos son:

- Previr intentos de suicidio en pacientes con ideas ou intentos de suicidio recentes.
- Mellorar a asistencia e ofrecer o mellor tratamento dispoñible con base na evidencia científica, e garantir ademais que sexan atendidos no menor tempo posible.
- Incrementar a detección de pacientes de risco subsidiarios de recibir asistencia específica.

Os pacientes son derivados ao PII desde o servizo de urxencias de psiquiatría, a unidade de hospitalización psiquiátrica, a interconsulta hospitalaria ou os médicos de familia.

Inclúense pacientes que presentan ideación autolítica ou que realizaron intentos ou xestos de suicidio e valórase a derivación en casos de ideas de morte ou sospeita de risco.

A duración do tratamento é de seis meses, cunha consulta de seguimento ao ano de inicio deste. Hai dous tipos de consultas, as presenciais con psiquiatría, psicoloxía clínica e enfermería e consultas telefónicas realizadas por enfermería entre as sesións presenciais. Así mesmo, realízase un seguimento mediante chamadas telefónicas aos pacientes que non acoden a consulta, co obxectivo de aumentar a adherencia e minimizar abandonos.

O PII conta cun teléfono de apoio aos profesionais de atención primaria para a avaliación de risco de suicidio, así como o seu manexo inicial. O paciente dispón dun teléfono directo para chamar, de luns a venres pola mañá; en caso de urxencia fóra deste período, os pacientes poden acudir aos servizos de urxencias do CHUO.

Previamente ao comezo do programa realizouse formación en prevención e intervención precoz na conduta suicida a profesionais de atención primaria, formación que se está retomando actualmente.

En relación coa conduta suicida, realizáronse diversos traballos de investigación:

- Avaliación do Programa de intervención intensiva de conduta suicida⁸⁹.
- Satisfacción e utilidade percibidas polos pacientes e familiares acerca da información sobre prevención do suicidio⁹⁰.
- Autopsia psicolóxica⁹¹.
- Análise de notas de suicidio⁹².

O PII colabora con outros organismos tales como o Instituto de Medicamento Legal de Galicia IMELGA, participa na reunión intersectorial de violencia de xénero e colaborou no grupo de traballo da Guía de práctica clínica de prevención e tratamento da conduta suicida.

3.3.3. Estrutura de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés

No área de Pontevedra existe un protocolo de atención preferente para os pacientes con risco de suicidio nas Unidades de Saúde Mental, cun período de atención non superior ás 48 horas trala detección do risco de suicidio por parte dos profesionais sanitarios. Así mesmo, existe un protocolo específico de prevención de condutas suicidas na Unidade Hospitalaria de Psiquiatría de usual manexo polo equipo da unidade e formouse un grupo de traballo para incorporar ferramentas de valoración de risco de suicidio no historial clínico electrónico co fin de mellorar as habilidades dos profesionais para avaliar o risco de suicidio e evitar a variabilidade clínica na súa avaliación.

3.3.4. Estrutura de Xestión Integrada de Santiago de Compostela

Existe un protocolo para a atención ao paciente con intento de suicidio no que se recollen, entre outras medidas, a atención do paciente dentro dos 5 días posteriores á tentativa e a inclusión en terapia grupal en caso de reiterarse.

A necesidade de cita preferente documéntase no hospital deixándose constancia do prazo desexable da cita, o profesional ao que vai referido (psiquiatra, psicólogo), a identificación do paciente e a firma do psiquiatra de urxencias solicitante. Os pacientes que acoden novamente a urxencias por tentativa autolítica, a pesar da atención en cita preferente e dentro dun prazo de 3 meses, derivarase a unha intervención grupal de pacientes con risco de suicidio.

3.3.5. Estrutura de Xestión Integrada de Ferrol

A área Sanitaria de Ferrol vén articulando de forma asistencial e investigadora un Programa de prevención de conduta suicida adscrito á Área de Hospitalización en coordinación co Programa de urxencias psiquiátricas.

No ámbito asistencial no programa leva a cabo a avaliación de risco suicida e intervención en crise, asegurando a valoración, tratamento e seguimento de pacientes con risco autolítico mediante:

- A avaliación psiquiátrica e as intervencións terapéuticas individuais e/ou familiares e o tratamento psicofarmacolóxico, se se precisa.
- A avaliación psicolóxica e o tratamento psicolóxico individual ou de grupo, se estivese indicado.

O programa neste ámbito estableceu os criterios de actuación no servizo de urxencias hospitalario no caso de detección de pacientes con conduta e/ou ideación suicida, as vías de derivación ao programa de prevención, as intervencións por parte do psiquiatra e psicoterapeuta, a forma de rexistro dos pacientes incluídos no programa. Descríbense tamén os profesionais que interveñen, os criterios e a forma de transferencia asistencial do paciente á unidade de saúde mental correspondente.

No ámbito investigador ten como obxectivo tratar de coñecer, contextual e evolutivamente, a realidade sociodemográfica e clínica dos pacientes con risco de suicidio, así como facilitar a valoración da eficacia/ineficacia dos tratamentos e estratexias seguidas polo programa de prevención, co fin de mellorar a calidade asistencial que se lles ofrece aos pacientes.

O Servizo de Psiquiatría da EOXI de Ferrol mantén desde 2009 tres liñas de investigación neste ámbito: a) epidemioloxía da conduta suicida, b) xenética da conduta suicida e c) características dos suicidios consumados, contando coa autopsia psicolóxica, en colaboración o Instituto de Medicina Legal de Galicia (Imelga).

3.3.6. Estrutura de Xestión Integrada de Vigo

Na área Sanitaria de Vigo desenvólvese un protocolo de actuación para estandarizar o manexo e o tratamento urxente de pacientes con

posible patoloxía psiquiátrica no Servizo de Urxencias do Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo⁹³.

O protocolo ten como obxectivos:

- Aplicar pautas de actuación clínica no manexo de pacientes cunha posible patoloxía psiquiátrica que acoden ao Servizo de Urxencias para a mellora da calidade asistencial.
- Facilitarlles aos profesionais do Servizo de Urxencias e Servizo de Psiquiatría, o acceso a recomendacións baseadas na evidencia dispoñible para axudar á toma de decisións sobre a atención sanitaria máis apropiada a pacientes con posible patoloxía psiquiátrica.

Cando a situación de urxencia é motivada pola presenza de ideación ou conduta suicida, o protocolo define conceptos, inclúe posibles factores de riscos e contempla as actuacións que se deben seguir e a avaliación do risco suicida.

3.3.7. Estrutura de Xestión Integrada de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

No servizo de psiquiatría de Lugo, en colaboración co IMELGA, está a levarse a cabo un estudo sobre o suicidio consumado que inclúe todos os casos de suicidio da provincia de Lugo desde o ano 2007. O obxectivo deste estudo é coñecer os factores precipitantes para adaptar as medidas de prevención e tratamento da conduta suicida á nosa poboación.

No ámbito asistencial, a atención psiquiátrica e psicolóxica aos pacientes que presentan risco de suicidio lévase a cabo no servizo de urxencias e nas unidades de saúde mental, coa posibilidade da derivación urxente (atención no mesmo día) desde atención primaria. Na unidade de hospitalización psiquiátrica do HULA e nas unidades de rehabilitación existe un protocolo de actuación para os casos que presentan risco de suicidio. Estes protocolos describen pautas de actuación para todo o persoal das unidades e implican a monitorización dos pacientes e a evolución do risco de suicidio de forma constante.

3.3.8. Fundación Pública Urxencias Sanitarias 061

O 061 é o número ao que calquera usuario da Comunidade Autónoma de Galicia pode chamar ante calquera problema de saúde urxente. Supón a porta de entrada ao sistema, especialmente en situacións de emerxencia e de urxencia.

Na nosa comunidade autónoma, as bases para a actuación ante as situacións de urxencia psiquiátrica no ámbito extrahospitalario veñen definidas no programa ACOUGO⁹⁴.

Nel, e mediante un documento realizado por profesionais cualificados do Programa de saúde mental e da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia 061, subscrito en 2012 pola Consellería de Sanidade, o Servizo Galego de Saúde, a Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, o Tribunal Superior de Xustiza de Galicia e a Delegación do Goberno en Galicia, inclúese un manual de procedementos e unha guía dos pasos que se deben seguir ante cada unha das urxencias psiquiátricas máis comúns, entre elas o risco de suicidio.

Neste manual dáse información de como abordar a relación co paciente, as diferentes vías de derivación en función do seu estado, orientación sinxela para unha entrevista e diagnóstico adecuado e mesmo o manexo farmacolóxico do caso. Incídese no respecto aos dereitos fundamentais das persoas afectadas, e defínese o lugar e as condicións das intervencións, tendo en conta os diferentes actores implicados.

3.3.9. Prevención do suicidio no ámbito educativo

A saúde mental do alumnado debe favorecerse desde a escola desenvolvendo un sentido positivo da autoestima e autonomía, adquirindo estratexias para a vida como a capacidade para xestionar os pensamentos, emocións, crear relacións sociais; saber tomar decisións e resolver conflitos. En definitiva, adquirir unha educación que os capacite para a participación activa na sociedade, desenvolvendo un proxecto vital con estilos de vida saudables que incrementen a resiliencia emocional.

A prevención do risco suicida nos centros educativos ten como obxectivos crear un clima de inclusión e convivencia positiva que favoreza o benestar e desenvolvemento integral dos alumnos, a detección precoz dos factores de risco e a intervención ante o risco suicida desde unha perspectiva interdisciplinar. Desenvólvese nos tres niveis de orientación educativa: titoría (prevención primaria con todo o alumnado), o departamento de orientación (prevención secundaria ante situacións de risco), e se se considera necesario, a colaboración do equipo de orientación específico (prevención terciaria ante as condutas de intento autolítico), sempre en

coordinación coa Dirección do Centro e a Inspección Educativa.

Este modelo de actuación fai necesaria unha abordaxe multifactorial e global, na cal se coordinen o sistema educativo cos dispositivos comunitarios de saúde mental, servizos sociais e outras institucións e asociacións, para complementar accións dirixidas ao apoio e benestar do alumnado.

Para facilitar esta intervención interinstitucional e intercambio de información, elaboráronse e estanse aplicando modelos de derivación e colaboración entre os servizos educativos e sociosanitarios para a atención interdisciplinar do alumnado con necesidades educativas específicas.

Así mesmo, véñense celebrando reunións de coordinación dos Equipos de Orientación Específicos (EOE) coas Unidades de Saúde Mental Infanto-Xuvenil (USM-IX) de referencia⁹⁵.

Neste contexto elabórase o “Protocolo de prevención, detección e intervención do risco suicida no ámbito educativo”, onde se describen e sistematizan as actuacións preventivas do profesorado para favorecer unha escola inclusiva e saudable, avaliando os factores protectores e de risco do alumnado; a intervención do departamento de orientación ante situacións de risco, coa realización da avaliación psicopedagóxica e coordinación cos servizos sociosanitarios e, de consideralo necesario, a colaboración do Equipo de Orientación Específico de ámbito provincial.

Deséñanse as estratexias de prevención en todos os ámbitos (alumnado, familia, profesorado, equipo directivo, administración educativa), descríbese o proceso de intervención ante as situacións de risco e o intento autolítico, así como a elaboración do proceso de dolo nos centros educativos en caso de suicidio consumado (posvención).

Este protocolo inclúe tres modelos de intercambio de información e colaboración entre os servizos educativos e sociosanitarios, sempre co consentimento da familia. O primeiro de derivación dos servizos educativos aos servizos sociosanitarios, o segundo de seguimento dos servizos educativos cos sistemas de saúde mental e servizos sociais e o terceiro de devolución da información dos servizos de saúde mental e servizos sociais aos servizos educativos.

3.3.10. Prevención do suicidio no ámbito penal

Dado que lle corresponde á institución penal “velar pola vida, a integridade e a saúde dos internos e internas” (artigo 3.4 da Lei orgánica xeral penal) a Administración penal española, desde hai anos vén desenvolvendo en todos os seus establecementos penais programas individualizados de detección e prevención da conduta suicida.

Os obxectivos de programa son:

- Aplicarlles sistematicamente pautas de intervención aos grupos de risco definidos.
- Evitar o desenlace negativo dos internos incluídos no protocolo de intervención.
- Determinar claramente o proceso e pautas de intervención por parte dos distintos profesionais de vixilancia, tratamento e sanidade.

3.3.11. Prevención do suicidio nos centros de menores

Os adolescentes internados en centros de menores (tanto de protección como de reeducación) teñen un risco de suicidio 4,6 veces maior que a dos seus pares na poboación xeral.

En Galicia os seguintes centros de reeducación constan de protocolos de prevención de suicidio:

Centro de Reeducación Avelino Montero (Pontevedra)

Consta de información sobre a conduta suicida, a identificación de menores en risco, a intervención e a prevención.

A inclusión no protocolo e a súa desactivación correspóndelle ao equipo educativo (educadores, psicólogo, director e subdirector). Descríbese o procedemento para seguir distinguindo entre risco medio e alto, e as actuacións concretas cos tempos dos educadores, o servizo de seguridade e os servizos. O protocolo consta de anexos onde se reflicten diagramas de actuación ante tentativas de distinta gravidade e ante un suicidio consumado. Especificanse tamén as escalas de valoración de risco suicida: Escala de desesperanza de Beck e Escala de intencionalidade suicida de Beck.

Centro de Reeducación Monteledo (Ourense) e Centro de Atención Específica de Montefiz

O seu protocolo consta de xustificación, obxectivos xerais e específicos, metodoloxía, intervención e avaliación. Todo o persoal do centro debe estar involucrado nas tarefas de detección de risco e no seguimento e deben informar a dirección do centro ou o equipo educativo para que poidan adoptar medidas provisionais previas á instauración do PPS (Programa Prevención de Suicidio), como designación de acompañante e comunicación ao persoal de especial observación. O equipo socioeducativo encárgase de aplicar as medidas definitivas do PPS, estas medidas distínguense se o risco é alto, baixo ou medio, fundamentalmente na frecuencia na que o menor é avaliado polo equipo sanitario (médico/psicólogo): unha vez á semana, dúas veces por semana, unha diaria, e a derivación a dispositivos especializados externos. O equipo sanitario é o que propón á dirección a baixa do PPS.

No protocolo especificanse aspectos da avaliación do risco, e detállanse escalas de valoración: Inventario de Beck (BDI), Escala de ideación suicida de Beck, SUPRE da OMS. E destaca a realización dos informes e o rexistro da documentación relacionada co PPS para a súa posterior avaliación. Consta tamén de bibliografía.

Centro C. Arenal (A Coruña) Fundación Camiña Social

No seu protocolo consta información sobre a conduta suicida e sobre os factores de risco específicos en menores ingresados nos centros, descríbese o fundamento legislativo no que se basea o protocolo e o esquema de intervención en caso de risco suicida con avaliación médica e psicolóxica antes de 24 horas e derivación a urxencias, se se require. Especificanse medidas preventivas xerais e especiais, estas últimas expoñen a derivación a centros especializados externos. Descríbese a avaliación do risco suicida e detállanse os seguintes instrumentos de medición: cuestionario de indicadores de risco (CIR), Escala de risco suicida de Plutchick, escala de desesperanza de Beck e escala de ideación suicida de Beck.

PARTE 4 LIÑAS ESTRATÉXICAS

4.1. Liñas e medidas

O Plan de prevención do suicidio en Galicia consta de 7 liñas estratéxicas permanentes pero revisables, nas que se articulan unha serie de medidas que abarcan a integridade da conduta suicida e dos axentes implicados nela. Estas medidas poden ir variando ao longo do tempo segundo se perciban as necesidades particulares de cada momento. Estas liñas son:

- **Liña estratéxica 1:** Coordinación Interinstitucional ante a conduta suicida.
- **Liña estratéxica 2:** Sensibilización, concienciación e diminución do estigma social asociado á conduta suicida.
- **Liña estratéxica 3:** Prevención e abordaxe da conduta suicida.
- **Liña estratéxica 4:** Limitación de acceso a medios letais.
- **Liña estratéxica 5:** Formación de profesionais en prevención e intervención da conduta suicida.
- **Liña estratéxica 6:** Posvención en sobreviventes.
- **Liña estratéxica 7:** Investigación e alerta epidemiolóxica sobre a conduta suicida.

Liña estratéxica 1: **COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL ANTE A CONDUCTA SUICIDA**

O problema da conduta suicida require para a súa correcta abordaxe a atención desde diversos ámbitos: sanitarios, sociais e educativos, entre outros. Polo tanto, é necesaria unha correcta colaboración e coordinación entre as distintas institucións implicadas.

Medida 1. Crear unha comisión interdepartamental que garanta a coordinación en materia de prevención da conduta suicida entre os diferentes sectores implicados.

O plan propón a creación dunha comisión interdepartamental que debe servir como órgano de coordinación das políticas e programas que se desenvolvan en Galicia en materia de prevención do suicidio e con representación das institucións implicadas. Entre as súas funcións estarán: servir de órgano de interlocución entre as administracións e as institucións en materia de prevención do suicidio, supervisar o desenvolvemento do Plan de prevención do suicidio de Galicia, elaborar propostas para a súa mellora e liderar iniciativas que sirvan para promover a prevención da conduta suicida en Galicia.

Medida 2. Elaborar protocolos e instrumentos de coordinación entre o sistema sanitario, o ámbito educativo, o ámbito social, a administración de xustiza, os medios de comunicación e las forzas e corpos de seguridade.

A resposta global e integral na prevención do suicidio require de actuacións coordinadas entre diversos sectores da sociedade. O desenvolvemento dos protocolos de coordinación debe servir como instrumentos e guía aos profesionais para abordar correctamente unha situación de risco de suicidio.

Medida 3. Difundir e formar na implantación do "Protocolo de prevención e intervención do risco suicida no ámbito educativo".

Este protocolo de prevención, detección e abordaxe do risco suicida no ámbito educativo, integrarase na Estratexia galega de convivencia escolar 2015-2020 (Educonvives.gal), baixo o seguimento do Consello para a Convivencia Escolar da Comunidade Autónoma de Galicia. A súa implementación, obrigatoria para todos os centros da comunidade, facilitarase mediante

todas as accións informativas e formativas orientadas á difusión da estratexia, con especial incidencia naquelas persoas que levan a cabo funcións directivas e orientadoras, tanto en accións formativas específicas como noutras de carácter xeneralista nas que se inclúa como un módulo máis, en toda a rede de formación permanente do profesorado e con especial incidencia na formación en centros.

Medida 4. Mellorar e crear programas de detección e intervención do risco de suicidio no ámbito social (comunitario e especializado).

As taxas de suicidio aumentan coa idade, en Galicia en 2015 as taxas foron de 17,94 por 100.000 habitantes en persoas entre os 65 a 69 anos e aumentaron ata 27,44 por 100.000 habitantes en maiores de 79 anos (INE). Ao analizar as condutas suicidas en centros sociosanitarios, a maioría son realizadas por persoas cunha idade media de 75 anos, viúvas (44,9%) e con frecuencia soas (40,9%)⁹⁶. No 57,2% dos casos o método utilizado foi a sobredose con benzodiazepinas e hipnóticos e na gran maioría non houbo intentos previos

Liña estratéxica 2: SENSIBILIZACIÓN, CONCIENCIACIÓN E DIMINUCIÓN DO ESTIGMA SOCIAL ASOCIADO Á CONDUCTA SUICIDA.

Historicamente, as persoas que se suicidan son vistas de modo negativo, a conduta suicida tende a predispoñer á imputación de estigmas, que lles afectan non soamente ao suxeito, senón a todos os familiares⁹⁷. Tamén os estigmas poden contribuír negativamente á evolución da intervención terapéutica nos intentos de suicidio e isto podería asociarse directamente con novos intentos⁹⁸. De igual forma, os sentimentos de discriminación e marxinalización poden influír noutras comorbilidades, como a predisposición ao uso de substancias psicotrópicas, ou na dificultade de iniciar un proceso de busca de axuda⁹⁹.

Medida 5. Editar unha guía de estilo sobre conduta suicida para medios de comunicación.

As prácticas inapropiadas dos medios de difusión ao publicar, por exemplo, suicidios de celebridades, informar sobre métodos infrecuentes de suicidio ou referirse ao suicidio como unha resposta aceptable á crise ou á adversidade, poden chegar a exaltar o suicidio e aumentar o

(66,4%). A tentativa de suicidio é maior nas mulleres, pero o suicidio consumado é case o dobre en homes. A principal enfermidade asociada na depresión (43,7%). Por todo iso, os profesionais do ámbito social deben estar capacitados para realizar un labor de detección e intervención de casos de risco suicida.

Existe unha gran sensibilidade ante os suicidios producidos en centros de menores, levando unha alta repercusión mediática, a pesar disto non existen investigacións específicas neste ámbito. Con todo, si que se dispón de protocolos de prevención da conduta de suicidio en centros deste tipo nalgúns comunidades, coma a nosa.

A discapacidade física considérase como un factor de risco de suicidio, sobre todo si é adquirido como consecuencia dunha enfermidade grave ou crónica¹⁰⁰. A evidencia científica actual conclúe que a relación existente entre discapacidade física e conduta suicida precisa unha avaliación psicopatolóxica e recoméndase instaurar programas de prevención para os propios pacientes como tamén formación para os facultativos que os atenden.

risco de suicidio por imitación nas persoas vulnerables¹⁰⁰.

Con todo, o trato responsable da información sobre suicidios nos medios tamén demostrou unha redución nas taxas de suicidio. Ademais da formación dos seus profesionais, a distribución de guías rápidas de estilo mostrouse eficaz para mellorar o modo en que se informa sobre a conduta suicida. O desenvolvemento de guías de estilo axuda a diminuír as noticias sensacionalistas nos xornais¹⁰¹.

Ademais, nalgúns casos, despois da introdución destas guías, informouse dunha diminución no número de suicidios¹⁰². Os principais aspectos que se deberían abordar na guía de estilo son: evitar as descrições detalladas das condutas suicidas, evitar o sensacionalismo, utilizar unha linguaxe responsable, informar o público en xeral sobre o suicidio, os tratamentos e os recursos dispoñibles para quen necesite axuda⁵¹.

Medida 6. Realizar campañas de concienciación social sobre o problema da conduta suicida.

As campañas de concienciación pretenden reducir o estigma relacionado co suicidio, potenciar a procura de axuda e aumentar o acceso á atención. Este tipo de campañas principalmente demostran o seu efecto positivo no cambio de actitude sobre este tema na sociedade. As revisións das campañas realizadas demostran que estas melloran o coñecemento do público en xeral sobre o suicidio e contribúen moderadamente a unha mellor aceptación social das persoas con depresión e outras enfermidades mentais¹⁰³.

Medida 7. Conmemorar anualmente (10 de setembro) o Día Mundial para a prevención do suicidio.

O día mundial para a prevención do suicidio celébrase cada ano o día 10 de setembro. Este día foi designado pola Organización Mundial da Saúde (OMS) xunto coa Asociación Internacional para a Prevención do Suicidio (IASP) para dar a coñecer e promover medidas e accións para previr o suicidio. Como elemento identificativo creouse un símbolo que consiste nunha cinta de cor amarela en forma de lazo.

Durante este día deberían promoverse eventos en recordo das persoas que morreron por suicidio, á vez que debería servir como evento divulgativo e de concienciación dos grandes avances e estudos relacionados con este tema.

Medida 8. Promover a divulgación e sensibilización sobre a conduta suicida e a forma de identificar e intervir sobre ela na web e redes sociais institucionais do Sergas/Consellería de Sanidade e doutras institucións e organizacións.

O desenvolvemento dunha páxina web promove os comportamentos de procura de axuda. Ademais, este tipo de páxinas demostrou ser unha ferramenta eficaz e servir como paso previo nas persoas con ideación suicida para posteriormente acceder aos servizos de saúde mental^{104,105}.

O carácter anónimo da comunicación e a facilidade de acceso a internet parece favorecer, nun principio, o contacto con grupos de alto risco e rompe as barreiras (principalmente relacionadas co estigma) para acceder posteriormente aos servizos profesionais¹⁰⁶.

Á hora de desenvolver a web debería ter en conta: a calidade da información incluída que debería estar baseada na evidencia e estar adaptada claramente diferenciando os grupos aos que irá dirixida¹⁰⁷. Así mesmo, débese valorar o enfoque preventivo, se se dirixe a un individuo ou á formación dun grupo de apoio. Definir os medios de contacto (a través de correo electrónico, chat, foro en liña etc.). Aínda que o uso de chat e/ou foros debería estar supervisado por persoas capacitadas¹⁰⁸, pola contra demostraron ser prexudiciais¹⁰⁹.

Medida 9. Supervisar e alertar sobre contidos prosuicidas en webs, blogs e foros.

Unha inmensa cantidade de información sobre o tema do suicidio está dispoñible na internet e a través das redes sociais. Ao facer unha busca por un motor da internet, nas primeiras páxinas adóitase atopar información xeral sobre o suicidio (31%), prevención (29%) e información prosuicidas (11%)¹¹⁰.

Existe unha evidencia crecente de que as redes sociais poden influír nos comportamentos prosuicidas. A aparición de novos medios e formas que alentan os comportamentos suicidas pode chegar a ser un risco potencial para moitas persoas vulnerables¹¹¹.

Unha forma de previr a conduta suicida orixinada neste medio é mediante a supervisión das entidades e persoas con responsabilidade na produción, almacenamento e distribución de contidos, asegurando que non se aloxe nin difunda contidos prosuicidas, trasladando aqueles casos que puidesen ser constitutivos de delito ou nos que houbera dúbidas aos corpos e forzas de seguridade do Estado.

Liña estratéxica 3: **PREVENCIÓN E ABORDAXE DA CONDUTA SUICIDA**

Medida 10. Introducir no sistema de información sanitaria un código de identificación de pacientes en risco de suicidio.

Un dos maiores problemas á hora de identificar un paciente en risco suicida é a inexistencia de códigos diagnósticos específicos para a conduta suicida. Desta maneira, pacientes atendidos en urxencias son dados de alta con diagnósticos diferentes que non permiten a correcta filiación do paciente, nin o seu adecuado seguimento no resto de ámbitos de asistencia sanitaria. Faise, polo tanto, necesaria a implantación dun tipo de código, que pode ser complementario a outros, que permita asociar o acto sanitario coa conduta suicida dentro do sistema de información sanitaria. Este código deberase acordar entre os expertos e a administración sanitaria e servirá de base para a identificación, control e seguimento posterior do paciente ao que estea asociado.

Medida 11. Establecer un código de activación que inicie o proceso asistencial do paciente con risco de suicidio.

Independentemente da existencia dun código asociado á presenza de conduta suicida nun paciente, os distintos procesos de actuación ante a conduta suicida poderán ser activados a través dun sistema de identificación. Nestes procesos definirase a forma e os profesionais responsables da súa activación, seguimento e, se é o caso, a desactivación. Este sistema de identificación será integrado tamén nos sistemas de información sanitaria.

Medida 12. Asegurar unha resposta rápida e eficaz para a atención de pacientes con risco de suicidio en saúde mental.

Unha das claves para a adecuada abordaxe da conduta suicida é proporcionar unha resposta rápida e eficaz por parte dos seus servizos sanitarios, para tal fin, hai que identificar o tempo de resposta máximo nas derivacións entre os distintos niveis asistenciais. Máis concretamente o tempo de derivación entre:

- Atención primaria e saúde mental,
- Urxencias e saúde mental,
- Alta na unidade de hospitalización e saúde mental.

Os tempos de resposta deben ser significativamente menores en caso de nenos e adolescentes.

Medida 13. Avaliar de forma sistemática o risco de suicidio na poboación de risco, en atención primaria, servizos hospitalarios e en saúde mental.

Se existe un ámbito asistencial clave na detección e abordaxe precoz da conduta suicida, é o de atención primaria. A presenza da conduta suicida neste nivel de atención é moito máis alta do que puidese parecer. De feito, estas persoas realizan o triplo de visitas a estes servizos que a poboación xeral. Dependendo do método de avaliación utilizado, as taxas de ideación suicida mostráronse maiores, por exemplo, en adultos maiores en centros de atención primaria, con estimacións que van desde o 1% ao 10%, comparado coa poboación xeral¹¹². Arredor do 75% das persoas que consuman o suicidio contactaron cos servizos de atención primaria no ano previo á súa morte (hai estudos que rexistran mesmo o 100% se a paciente é muller), o 45% no último mes e ata o 18% o mesmo día¹¹³.

A entrevista clínica é o instrumento esencial na valoración de risco de suicidio, con todo o uso de instrumentos psicométricos demostrou ser útil para aumentar a exhaustividade clínica e mellorar a forma na que se documenta a información.

Existen diferentes instrumentos de avaliación recomendados para cada nivel asistencial. Entre eles destácanse:

- Atención primaria:
 - Escala SAD PERSONS, Escala IS PATH WARM, escala MINI.
- Urxencias:
 - Cuestionario de Risco de Suicidio de Horowitz (RSQ).
- Saúde mental:
 - Escala de Valoración da gravidade da conduta suicida de Columbia (C-SSRS).
 - Escala de Intencionalidade Suicida de Beck (SIS).
 - Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).

Para facilitar o seu uso e o seguimento da evolución deste risco, estas escalas poderán estar dispoñibles dentro do sistema de información sanitaria.

Estas escalas tamén permiten obter información para o seu uso investigador e epidemiolóxico.

Medida 14. Mellorar a detección precoz e a atención dos trastornos afectivos e os trastornos por consumo de alcohol.

A depresión maior é o trastorno mental que de forma máis común asóciase á conduta suicida, supoñendo un risco de suicidio 20 veces maior respecto de a poboación xeral¹⁰.

O abuso de alcohol exerce un papel moi significativo no risco suicidio xa que un de cada catro suicidios presenta abuso de alcohol. Non só é un factor de risco, senón tamén un precipitante, existindo unha asociación estatisticamente significativa coa conduta suicida¹⁰.

A colaboración entre atención primaria e saúde mental é fundamental para unha adecuada prestación sanitaria, as consultas conxuntas, os protocolos comúns, a creación de vías de comunicación efectivas, enriquecen e comprometen aos profesionais para unha mellora da atención á saúde mental, e en concreto aos pacientes con trastornos depresivos e risco de suicidio.

Medida 15. Elaborar e implantar guías de práctica clínica, protocolos de detección, abordaxe e derivación da conduta suicida en todos os ámbitos:

- Atención primaria.
- Urgencias extrahospitalarias.
- Urgencias hospitalarias.
- Unidades de hospitalización.
- Centros de saúde mental.
- Ámbito educativo
- Ámbito social (comunitario e especializado)

Os protocolos de atención proporcionan unha maior seguridade, continuidade, eficiencia e calidade na asistencia dos pacientes que presentan conduta suicida. Por iso, desenvolveranse procedementos e protocolos nos ámbitos de urgencias sanitarias, de atención primaria e de especializada, tanto de tipo ambulatorio como hospitalario. Estes protocolos estarán relacionados entre si e, nun ámbito máis interinstitucional, con outros procesos ou protocolos doutros ámbitos non sanitarios (ámbito social, educativo, forzas de seguridade etc.).

Medida 16. Garantir a continuidade asistencial dos pacientes con risco de suicidio.

A realización de intervencións breves post- alta, asegurar o contacto e a continuidade asistencial, é unha estratexia que demostrou un efecto estatisticamente significativo na redución da conduta suicida¹¹⁴.

O seguimento é especialmente importante xa que o 70% dos pacientes que realizaron un intento de suicidio nunca asisten á súa primeira cita ou manteñen o tratamento só algunhas sesións¹¹⁵. Aínda que o risco de suicidio é máis alto na primeira semana despois da alta de hospitalización do paciente. Este risco é 102 veces maior en homes e 246 veces maior nas mulleres, se compara coa poboación xeral¹¹⁶.

O seguimento pode implicar métodos como visitas a domicilio, cartas, chamadas telefónicas, correos electrónicos ou mensaxe de textos, deseñados para comprobar e avaliar o estado de benestar e o nivel de risco de persoas que recentemente levaron a cabo unha conduta suicida. Xeralmente, o seguimento realízase por medio de chamadas telefónicas e prodúcese entre 24 e 48 horas despois do primeiro contacto¹¹⁷.

Os estudos indican que o seguimento de pacientes dados de alta dun servizo de urgencias ou do ámbito hospitalario ten resultados positivos na prevención do suicidio. O uso de equipos anti crise 24 horas e programas de 7 días de seguimento mostran unha redución significativa dos intentos de suicidio nos 3 meses posteriores á alta do paciente hospitalizado¹¹⁸. O seguimento dos pacientes por teléfono dentro do primeiro mes da alta do servizo de urgencias reduce significativamente a probabilidade de que unha persoa volva a levar a cabo un intento de suicidio¹¹⁹. O seguimento telefónico podería considerarse unha estratexia útil para atrasar máis intentos de suicidio e na redución da taxa de reintentos no primeiro ano¹²⁰. Os pacientes que reciben seguimento teñen unha taxa de suicidio significativamente menor nos dous primeiros anos despois da alta¹²¹.

A través desta medida, inclúese o seguimento proactivo dos pacientes con risco suicida (tanto os dados de alta nos servizos de urgencia e nas unidades de hospitalización como o que deben acudir ás consultas de atención primaria e de saúde mental) por parte dos servizos sanitarios na forma establecida nos protocolos de actuación.

Medida 17. Mellorar a seguridade de pacientes hospitalizados con risco de suicidio.

Nas unidades de hospitalización prodúcese o 1% dos suicidios consumados. Este dato orienta á necesidade de realizar intervencións preventivas durante a hospitalización, e establecen medidas concretas descritas no protocolo de hospitalización de tipo estrutural, organizativas, de vixilancia e terapéuticas.

Dentro destas medidas preventivas débense incluír: a) a eliminación de obxectos potencialmente perigosos, onde é útil dispoñer dunha lista de verificación de obxectos (pode incluír cintos, medias, cordóns, bolsas, cables, medicamentos, obxectos punzantes ou cortantes, fármacos). É importante valorar a realización de rexistros periódicos das pertenzas dos pacientes (útiles de aseo, armarios etc.) e informar os familiares con instrucións específicas para evitar que se acceda a algún obxecto pola súa intermediación; b) restrinxir o acceso a espazos de risco mediante sistemas de bloqueo, logo da identificación e valoración dos riscos ambientais; c) establecer un nivel de vixilancia: as persoas con ideación, intención ou plans suicidas requiren unha vixilancia continuada, establecendo tempos e momentos, lugar e responsable da vixilancia; d) toma controlada de medicación: verificar a inxestión adecuada de medicamentos.

Medida 18. Implantar intervencións terapéuticas específicas, individuais e grupais, para pacientes con risco de suicidio.

A abordaxe psicoterapéutica en pacientes con risco suicida está recomendada na GPC do SNS¹⁰. En pacientes adultos recoméndanse sesións individuais e contémpanse as sesións grupais como complemento, en pacientes adolescentes a recomendación é de terapias en formato grupal e específicas (terapia dialéctico condutual en trastorno límite de personalidade e terapia cognitivo condutual en depresión maior) e en maiores de 60 anos recoméndase a terapia interpersonal.

Medida 19. Implantar o plan de seguridade como ferramenta de prevención da conduta suicida.

Un plan de seguridade é unha ferramenta moi útil para a prevención xa que pode ser utilizada polos pacientes no caso de que aparezan ideas

suicidas ou condutas suicidas no futuro¹²². O plan de seguridade, realizado entre o profesional e o paciente, debería incluír: a) recoñecemento de sinais de alerta, describindo os signos que preceden a un posible intento de suicidio, b) estratexias de afrontamento, onde se lles explica aos pacientes o que deben e poden facer para deter a ideación suicida, c) estratexias para a distracción e soporte, que enumera unha lista de posibles actividades que o paciente pode facer para suprimir as condutas suicidas, d) contactos sociais, que inclúe unha lista de contactos sociais (familiares e amigos) que poidan servir de soporte se a ideación suicida é moi forte para afrontala só, e) contactos profesionais, composta por unha lista de profesionais capacitados cos que pode contactar para solicitar axuda, f) limitación de medios, que aborda a forma de reducir a dispoñibilidade de medios letais.

Medida 20. Introducir as novas tecnoloxías (webs, apps e weblines) como instrumento na abordaxe da conduta suicida.

Na actualidade, as intervencións en prevención do suicidio e novas tecnoloxías están a realizarse en tres ámbitos¹²³: a) internet: esta ferramenta pode ser utilizada para identificar posibles persoas en risco de suicidio e axudar na redirección destas persoas a recursos de axuda (tradicionalis ou a programas en liña¹²⁴, b) aplicacións web (tanto guiadas e non guiadas) que se desenvolveron para proporcionar intervencións psicolóxicas e axudar a reducir a conduta e a ideación suicida. As intervencións guiadas implican a presenza dun terapeuta que axuda o usuario xa sexa a través de correo electrónico ou por teléfono. As intervencións non guiadas son programas de autoaxuda que son utilizados directamente polas persoas interesadas¹²⁵, e c) apps-redes sociais, que son utilizadas con persoas que se consideran no alto risco de suicidio e que son utilizadas para monitorizar unha persoa en tempo real¹²⁶.

Medida 21. Editar e divulgar guías de orientación para pacientes e achegados.

A edición e divulgación de documentos informativos e orientativos para pacientes e achegados busca sensibilizar acerca da transcendencia do suicidio e brinda información sobre cuestións acerca do suicidio, mitos e ideas erróneas, sinais de alerta e sucesos ou circunstancias que poderían precipitar a conduta suicida. Estas guías teñen como meta

favorecer a prevención do suicidio mediante a mellor comprensión da conduta suicida por parte das persoas que a padecen e os seus achegados.

Medida 22. Realizar guías de consulta rápida para profesionais.

A edición e divulgación de documentos con recomendacións baseadas na evidencia dispoñible son fundamentais para orientar a

toma de decisións dos profesionais, unificar os criterios de atención e diminuír a variación na práctica clínica.

As guías de consulta rápida, en especial, no ámbito de atención primaria, facilita a accesibilidade a estas recomendacións e a súa aplicación na práctica diaria.

Liña estratéxica 4: LIMITACIÓN DE ACCESO A MEDIOS LETAIS.

A limitación ou restrición do acceso a medios altamente letais, pode axudar a atrasar un intento de suicidio, principalmente nos períodos de alto risco de actuación. Igualmente, ao reducir o acceso a estes métodos, mesmo se prodúcese unha substitución por outro método menos letal, é probable que se incremente a porcentaxe de persoas que sobreviven a un intento de suicidio¹²⁷. A proporción de intentos con resultado de morte (cociente de letalidade) varía dramaticamente dependendo do método, desde un máximo de 85%-90% ao utilizar armas de fogo, a un mínimo de 1%-2% para os métodos máis comunmente utilizados (sobredoses de medicación e feridas cun obxecto cortante)¹²⁸.

Medida 23. Identificar os puntos negros arquitectónicos e xeográficos de suicidio e crear barreiras de acceso.

Saltar desde un lugar elevado é o segundo método máis utilizado en Galicia (50 mortes en 2014, INE). Aínda que as características arquitectónicas das cidades fan que haxa moitos sitios potenciais para saltar, existen certos lugares que tenden a gañar notoriedade como puntos negros de suicidio. A instalación de barreiras de acceso demostrou ser eficiente á hora de reducir as taxas de suicidio nestes puntos¹²⁹. Aínda que o número de incidentes nestes lugares non desaparece, as barreiras serven para gañar tempo de resposta e posible intervención¹³⁰. Por outra banda, pode haber un risco baixo de substitución, xa que moitas veces o intento de suicidio por este método, está relacionado co simbolismo asociado a un sitio específico¹³¹.

Esta medida persegue identificar estes puntos negros en Galicia e, en colaboración con deputacións e concellos, limitar o acceso ao seu uso como medio de suicidio.

Medida 24. Aumentar o control de prescrición, dispensación, tomas e provisión de fármacos.

En Galicia o envelenamento por fármacos é a terceira causa de suicidios (24 suicidios en 2014, INE). A limitación do acceso a fármacos mostrou a súa eficacia á hora de diminuír o número de suicidios por este método. Os envelenamentos con fármacos convencionais (por exemplo, paracetamol e salicilatos) mostraron unha redución significativa nos países onde se limitaron os tamaños dos envases de medicamentos¹³².

Medida 25. Controlar o acceso a pesticidas e outros tóxicos letais.

O envelenamento con certos pesticidas de uso común é o medio máis habitual de suicidio en moitos países¹³³. Tres de cada catro persoas utilizan pesticidas dispoñibles no seu fogar¹³⁴. En Galicia é o sexto método máis utilizado (7 suicidios en 2014, INE). A limitación de acceso aos pesticidas aplicouse con éxito en varios países e xerou unha diminución no número de suicidios por este método despois de limitar a súa dispoñibilidade, con todo, observouse un aumento na taxa de suicidio por outros métodos¹³⁵. O uso de pesticidas debería estar regulado, por exemplo, controlando a cantidade de residuos permitidos nun cultivo dado.

Liña estratéxica 5: **FORMACIÓN DE PROFESIONAIS EN PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DA CONDUTA SUICIDA.**

Promover a creación de programas integrais de formación de profesionais sanitarios e non sanitarios para proveelos de ferramentas que lles permitan identificar a poboación vulnerable e lles faciliten as intervencións que deben realizar, así como axudarlles a aumentar a confianza á hora de tomar decisións nunha situación de risco inminente.

Medida 26. Capacitar os profesionais sanitarios, sociais e educativos na detección, abordaxe e seguimento de persoas en risco de suicidio.

Diversos estudos demostraron que a formación dos profesionais mellora a adherencia dos profesionais aos protocolos e guías específicos sobre suicidio, axudan a clarificar o rol do profesional fronte á atención que require un paciente suicida e aumentan a confianza na toma de decisións¹³⁶. Os programas de formación e capacitación desenvolvidos ata a data buscan aumentar o coñecemento e recoñecemento dos sinais de alerta, mellorar a adherencia ao tratamento de prácticas e intervencións validadas¹³⁷ e cambiar as posibles actitudes negativas dos profesionais cara ao suicidio¹³⁸.

Medida 27. Capacitar os profesionais das forzas e corpos de seguridade e de primeira intervención en manexo de risco de suicidio e primeiros auxilios psicolóxicos.

Os axentes de policía local e nacional, bombeiros e outro persoal de primeira liña de intervención son os primeiros en responder ante unha emerxencia por risco de suicidio, polo que as súas habilidades e capacidades son fundamentais para determinar o curso e resultado destas situacións⁵⁷. É necesario, polo tanto, capacitar estes profesionais en diferentes tarefas e crear estratexias e protocolos para o manexo de situacións de risco⁴⁸. Esta capacitación debería estar orientada ao coñecemento das posibles canles de actuación e derivación, eliminación ao acceso a medios letais e recoñecemento de sinais de alerta en situacións que poden derivar nun potencial suicidio¹⁰.

Medida 28. Impartir talleres para medios de comunicación sobre o tratamento informativo da conduta suicida.

O modo de informar sobre o suicidio pode ter unha influencia directa na percepción cara ao suicidio e aos problemas de saúde mental relacionados^{51,139}. O impacto do tratamento informativo nas condutas suicidas é especialmente alto cando se fai unha narración detallada dos feitos (especificase o método de suicidio e a forma de acceder ao método letal), e é aínda máis directo e significativo cando se publican detalles do suicidio (por exemplo, fotografías, titulares sensacionalistas e se informa repetidamente do suceso)¹⁴⁰. Pola contra, a información sobre o suicidio axuda na prevención cando se cumpre as seguintes características: presentar o suicidio como un feito e non como un logro, resaltar as alternativas ao suicidio, proporcionar información sobre as liñas de axuda ou aportar información sobre factores de risco e sinais de alarma.

Medida 29. Capacitar outros axentes sociais (asociacións, empresas, sindicatos e outros) na identificación de factores de risco, precipitantes e sinais de alerta de risco de suicidio.

Os programas integrais de prevención do suicidio adaptados á cultura do ámbito laboral poden ser eficaces para mellorar as actitudes, coñecementos e comportamentos e poden reducir significativamente as taxas de suicidio¹⁴¹. Existen moitos factores de risco de suicidio que se producen no ámbito do traballo, aínda que na comunidade se descoñecen datos fiables (en EEUU, por exemplo, entre 2003 e 2010 rexistráronse un total de 1719 suicidios no lugar de traballo)¹⁴².

A OMS recomenda que a formación de axentes clave debería estar dirixida a aumentar as habilidades de comunicación sobre cuestións relativas ao suicidio, mellorar a capacidade para identificar síntomas depresivos e conduta suicida e aumentar o coñecemento sobre os recursos dispoñibles⁵².

Liña estratéxica 6: POSVENCIÓN EN SOBREVIVENTES

O falecemento por mor dun suicidio supón unha situación de grande impacto vital nos seus familiares e achegados. O dó tras unha situación de suicidio pode chegar a ser máis complicado debido aos estigmas e implicacións emocionais que poden derivarse (sentimentos de culpa, procura de explicacións etc.)¹⁴⁰. Estas posibles características confiren un maior risco de aparición de trastornos como a depresión, trastorno por tensión postraumática e un posible risco de suicidio de entre dúas e dez veces maior comparado coa poboación xeral^{143,144}.

Medida 30. Fomentar o asociacionismo e a axuda mutua entre sobreviventes ao suicidio.

O asociacionismo e o apoio mutuo entre iguais é moi útil como vía de intercambio de experiencias, consellos, creación de relacións e desenvolvemento de estratexias que axudan a validar as reaccións e emocións entre sobreviventes. Fundaméntase nun sistema de dar e recibir axuda baseada nos principios fundamentais de respecto, responsabilidade compartida e acordo mutuo^{145,146}.

Estas intervencións son un compoñente importante do sistema de soporte. Varios estudos sinalan que axudan a reducir o illamento, provén unha maior sensación de aceptación, favorecen a normalización das experiencias e permiten unha mellor racionalización destas^{147,148}. Os grupos de autoaxuda mostraron ser moi beneficiosos en casos de dó complicado^{143,149}. En moitos casos, os sobreviventes tras a participación nestas intervencións foron capaces de desenvolver novos comportamentos máis positivos, o que contribuíu a previr estes dós complicados¹⁵⁰.

A través desta medida preténdese promover e facilitar a formación de grupos de sobreviventes e fomentar a súa actividade como recurso de axuda mutua.

Medida 31. Proporcionar atención específica para sobreviventes.

O dó complicado descríbese como aquel que está marcado pola angustia persistente, deterioración no funcionamento diario e unha incapacidade para renovar o funcionamento cotián¹⁵¹.

Algúns estudos suxiren que entre un 10% a un 20% dos sobreviventes poden chegar a desenvolver un dó complicado¹⁵².

A pesar de que non existe un gran número de estudos¹⁵³, os resultados coinciden en que o papel da farmacoterapia e a psicoterapia son fundamentais naqueles casos que mostran alto risco de problemas de saúde mental. Por iso, é conveniente dispoñer dunha atención específica a este grupo de risco a través de intervencións preventivas e terapéuticas.

Medida 32. Implantar técnicas de briefing e debriefing entre profesionais.

As reaccións dos profesionais sobreviventes ao suicidio de pacientes inclúen unha ampla gama de emocións como: culpa, tristeza, depresión, desmoralización, ira, shock, negación, dor e nalgúns casos poden derivar en inseguridade profesional^{154,155}.

Algúns estudos sinalaron a importancia de proporcionarlles aos profesionais ferramentas ou técnicas para reducir o impacto persoal e profesional dun suicidio¹⁵⁶. Algunhas experiencias sinalan a eficacia das técnicas de *defriefing* para diminuír os efectos e emocións negativas, nalgúns casos axudan a que estes sexan procesados máis rapidamente¹⁵⁷.

Os equipos de xestión de incidentes críticos (Critical Incident Stress Management “CISM”) utilizáronse como equipos de soporte e atención tras un evento crítico. Estes grupos utilizan técnicas de intervención psicolóxica onde se axuda os profesionais nun “peche psicolóxico” despois dun evento traumático e, se é necesario, facilítase a referencia a un profesional especializado¹⁵⁸.

Liña estratéxica 7: INVESTIGACIÓN E ALERTA EPIDEMIOLÓXICA SOBRE A CONDUCTA SUICIDA

A investigación e alerta epidemiolóxica supoñen unha ferramenta importante na prevención do suicidio, xa que non só permiten a recollida de datos, análises e avaliación destes, senón que, pola súa vez, axudan a tomar decisións baseadas na

evidencia que logo poden ser implantadas e executadas nos diversos programas de prevención da conduta suicida.

Medida 33. Rexistrar e analizar os intentos suicidas nos servizos sanitarios.

O intento de suicidio é unha das principais causas de demanda de atención nos servizos de atención psiquiátrica. Os intentos de suicidio rexistrados nos hospitais estímase en 11 altas por 100.000 habitantes e presentan unha elevada variabilidade entre as comunidades autónomas². Estudos de poboación xeral en España cifran unha prevalencia de 1,5% de tentativas de suicidio, máis frecuentes en mulleres novas e con nivel educativo baixo¹⁵⁹. As cifras actualmente rexistradas nos servizos sanitarios inducen a pensar nun “infra rexistro” nas historias clínicas e/ou “infra codificación” destes, e a posible presenza de diferentes criterios á hora do seu rexistro e codificación¹⁶⁰. É fundamental establecer criterios de codificación e rexistro homoxéneos en toda a comunidade que garantan unha correcta identificación e contabilización dos casos para a súa posterior análise e prevención.

Medida 34. Mellorar os procedementos de tramitación estatística das defuncións por suicidio en Galicia.

Actualmente o rexistro das mortes por suicidio non está libre de problemas metodolóxicos^{12,42}. O proceso administrativo de adscrición dunha defunción xudicial a unha causa ou a outra é complexo e implica a varias administracións. A mellora deste proceso leva unha información máis exacta do número de suicidios en Galicia.

Medida 35. Fomentar a realización de autopsias psicolóxicas.

A autopsia psicolóxica é considerada como o método máis directo para estudar a relación entre os diversos factores explicativos e o suicidio consumado¹⁶¹. Con todo, á hora de levala a cabo é importante evitar as desviacións na recollida e análise da información.

Revisións recentes sinalan que este método debería ser realizado mediante varias entrevistas cualitativas a un gran número de sobreviventes relacionados coa persoa que se suicidou, permitíndolles a cada un deles contar a súa versión¹⁶². Esta información recollida debería posteriormente ser analizada sistematicamente en termos da relación entre o informante e o falecido (non só considerando o parentesco). Desta forma, preténdese alcanzar unha comprensión xeral do suicidio e especificamente analizando os contextos

particulares de cada persoa que se suicidou, e contribuír así a identificar elementos comúns que na práctica poidan ser usados na prevención do suicidio.

Con todo, a realización de autopsias psicolóxicas non é práctica habitual ao producirse un suicidio. A información que estas autopsias proporcionan é de gran valor para comprender o acto por parte dos seus sobreviventes e para previr outros suicidios en Galicia.

Medida 36. Crear o Observatorio Galego do Suicidio, que analice e difunda a información sobre conduta suicida e as boas prácticas sobre prevención e abordaxe.

O Observatorio Galego do Suicidio quérese crear co obxectivo de potenciar a investigación e a prevención da conduta suicida en Galicia. A través del, preténdese garantir a promoción, produción e divulgación da investigación e do coñecemento científico xerado nesta materia. Ademais, servirá de soporte para a planificación de novas accións de investigación e a actualización dos coñecementos e capacidades dos profesionais.

Medida 37. Priorizar a investigación na conduta suicida nos programas e convocatorias de investigación institucionais.

Como unha forma para impulsar e apoiar proxectos de investigación en Galicia sobre a conduta suicida, priorizarase a inclusión de liñas de investigación en suicidio nas convocatorias autonómicas. Segundo as recomendacións da GPC de Prevención e Tratamento da Conduta Suicida no SNS¹⁰ entre as liñas de investigación prioritarias destacan:

- Analizar a epidemioloxía dos intentos de suicidio en Galicia
- Mellorar a recollida de datos dos suicidios consumados.
- Identificar grupos de especial risco de suicidio para mellorar a identificación e orientación das intervencións preventivas nestes grupos.
- Valorar a efectividade dos factores de protección específicos en relación coa conduta suicida.
- Valorar a validez predictiva das escalas de avaliación do risco suicida.
- Adaptación e validación ao contexto da comunidade de escalas que demostrasen adecuadas propiedades psicométricas para a valoración do risco suicida.

Ilustración 7. Liñas estratéxicas e medidas de actuación.

LIÑAS ESTRATÉXICAS E MEDIDAS DE ACTUACIÓN



4.2. Indicadores

Liña estratéxica 1: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL ANTE A CONDUTA SUICIDA

Medidas	Indicadores
1. Crear unha comisión interdepartamental que garanta a coordinación en materia de prevención da conduta suicida entre os diferentes sectores implicados.	<ul style="list-style-type: none"> • Creación da comisión interdepartamental. • % de cumprimento das reunións realizadas sobre as establecidas na orde de creación da comisión.
2. Elaborar protocolos e instrumentos de coordinación entre o sistema sanitario, o ámbito educativo, o ámbito social, a administración de xustiza, os medios de comunicación e as forzas e corpos de seguridade.	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de instrumentos de coordinación entre o sistema sanitario, o ámbito educativo, o ámbito social, a administración de xustiza, os medios de comunicación e as forzas e corpos de seguridade. • % de centros e servizos sanitarios, sociais e educativos adheridos aos protocolos de derivación de persoas en risco de suicidio.
3. Difundir e formar na implementación do “Protocolo de prevención, detección e intervención do risco suicida no ámbito educativo”.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actividades formativas realizadas. • Nº de profesores, orientadores e equipos directivos que participen nestas actividades formativas.
4. Mellorar e crear programas de detección e intervención do risco de suicidio no ámbito social (comunitarios e especializados).	<ul style="list-style-type: none"> • Creación e/ou mellora de programas de detección e intervención do risco de suicidio nos servizos sociais (comunitarios e especializados). • % de centros e servizos sociais con programas implantados. • Poboación alcanzada. • Nº de actividades formativas realizadas. • Nº de profesionais que participaron nestas actividades formativas.

Liña estratéxica 2: SENSIBILIZACIÓN, CONCIENCIACIÓN E DIMINUCCIÓN DO ESTIGMA SOCIAL ASOCIADO Á CONDUTA SUICIDA

Medidas	Indicadores
5. Editar unha guía de estilo sobre conduta suicida para medios de comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de medios de comunicación que se adheriron á guía de estilo sobre conduta suicida. • Nº de actividades relacionadas coa prevención de suicidio neste ámbito.
6. Realizar campañas de concienciación social sobre o problema da conduta suicida.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de campañas de concienciación social realizadas.
7. Conmemorar anualmente o Día Mundial para a prevención do suicidio (10 de setembro).	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades realizadas no Día Mundial para a prevención do suicidio. • Organizacións implicadas na conmemoración.
8. Promover a divulgación e sensibilización sobre a conduta suicida e a forma de identificar e intervir sobre ela na web e redes sociais institucionais do Sergas/Consellería de Sanidade e doutras institucións e organizacións.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de noticias, documentos, etc., divulgados a través das páxinas web institucionais e redes sociais. • Nº de usuarios e de Nº de visitas rexistradas na web de divulgación e sensibilización.
9. Supervisar e alertar sobre contidos prosuicidas en webs, blogs e foros.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de webs, blogs e foros con contidos prosuicidas identificados.

Liña estratéxica 3: **PREVENCIÓN E ABORDAXE SANITARIO DA CONDUTA SUICIDA**

Medidas	Indicadores
<p>10. Introducir no sistema de información sanitaria un código de identificación de pacientes en risco de suicidio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existencia do código de identificación no sistema de información sanitaria. Nº de pacientes identificados co código. % de pacientes con código de identificación en risco suicida respecto ao total de pacientes.
<p>11. Establecer un código de activación que inicie o proceso asistencial do paciente con risco de suicidio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existencia dun código de activación no sistema de información sanitaria. Nº e % de casos activados mediante o código de activación de risco de suicidio.
<p>12. Asegurar unha resposta rápida e eficaz para a atención de pacientes con risco de suicidio en saúde mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tempo medio de espera para a atención de pacientes con intento de suicidio <7 días. % de pacientes con código de activación aos que se aplica o proceso asistencial.
<p>13. Avaliar de forma sistemática o risco de suicidio na poboación de risco, en atención primaria, servizos hospitalarios e en saúde mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de escalas de avaliación dispoñibles no sistema de información sanitaria. Nº de avaliacións do risco de suicidio rexistradas na historia clínica.
<p>14. Mellorar a detección precoz e a atención dos trastornos afectivos e os trastornos por consumo de alcohol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de programas de sensibilización en Atención Primaria para o diagnóstico precoz da depresión e os trastornos por consumo de alcohol.
<p>15. Elaborar e implantar guías de práctica clínica, protocolos de detección, abordaxe e derivación da conduta suicida en todos os ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención primaria - Urxencias extrahospitalarias - Urxencias hospitalarias - Unidades de hospitalización - Centros de saúde mental - Ámbito educativo - Ámbito social (comunitario e especializado) 	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de Guías de Práctica Clínica de manexo e prevención da conduta suicida. Existencia de protocolos de detección, abordaxe e derivación da conduta suicida existentes en todos os ámbitos. Número de centros nos que se ha implantado o protocolo.
<p>16. Garantir a continuidade asistencial dos pacientes con risco de suicidio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> % de centros e servizos co protocolo asistencial implantado. Avaliación do cumprimento do protocolo asistencial.
<p>17. Mellorar a seguridade de pacientes hospitalizados con risco de suicidio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existencia protocolos de seguridade. Número de centros informados e nos que se ha implantado o protocolo de seguridade. Avaliación do cumprimento do protocolo de seguridade.
<p>18. Implantar intervencións psicoterapéuticas, individuais e grupais, para pacientes con risco de suicidio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> % de centros e servizos con programas de tratamento psicolóxico para a conduta suicida.
<p>19. Implantar o Plan de Seguridade como ferramenta de prevención da conduta suicida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de documento sobre o Plan de Seguridade.
<p>20. Introducir as novas tecnoloxías (webs, apps e weblines) como instrumento na abordaxe da conduta suicida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Número de intervencións neste ámbito
<p>21. Editar e divulgar guías de orientación para pacientes e achegados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existencia e divulgación das guías de orientación para pacientes e achegados.
<p>22. Realizar guías de consulta rápida para profesionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existencia e divulgación das guías de orientación para profesionais.

Liña estratéxica 4. **LIMITACIÓN DE ACCESO A MEDIOS LETAIS.**

Medidas	Indicadores
23. Identificar os puntos negros arquitectónicos e xeográficos de suicidio e crear barreiras de acceso.	<ul style="list-style-type: none"> • Puntos negros identificados. • Puntos negros con acceso limitado.
24. Aumentar o control de prescrición, dispensación, tomas e provisión de fármacos.	<ul style="list-style-type: none"> • Accións desenvolvidas para aumentar o control de prescrición, dispensación, tomas e provisión de fármacos potencialmente letais en caso de sobredoses.
25. Controlar o acceso a pesticidas e outros tóxicos letais.	<ul style="list-style-type: none"> • Accións realizadas para a limitación do uso de pesticidas e outros tóxicos como medio de suicidio.

Liña estratéxica 5: **FORMACIÓN DE PROFESIONAIS EN PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DA CONDUTA SUICIDA.**

Medidas	Indicadores
26. Capacitar aos profesionais sanitarios, sociais e educativos na detección, abordaxe e seguimento de persoas en risco de suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actuacións formativas para profesionais sanitarios, profesionais sociais e educadores realizados. • Nº de profesionais sanitarios, sociais e educativos incluídos na formación. • Avaliación das actuacións formativas.
27. Capacitar a profesionais de corpos de seguridade e de primeira intervención en manexo de risco de suicidio e primeiros auxilios psicolóxicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de cursos para profesionais de corpos de seguridade e de primeira intervención realizados. • Nº de profesionais de corpos de seguridade e de primeira intervención formados. • Avaliación das actividades formativas.
28. Impartir talleres para medios de comunicación sobre o tratamento informativo da conduta suicida.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de talleres para medios de comunicación sobre o tratamento informativo da conduta suicida realizados. • Nº de profesionais de medios de comunicación formados. • Avaliación das actividades formativas.
29. Capacitar a outros axentes sociais (asociacións, empresas, sindicatos e outros) na identificación de factores de risco, precipitantes e sinais de alerta de risco de suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de cursos para outros axentes sociais realizados. • Nº de axentes sociais formados. • Avaliación das actividades formativas.

Liña estratéxica 6: **POSVENCIÓN EN SOBREVIVENTES**

Medidas	Indicadores
30. Fomentar o asociacionismo e a axuda mutua entre sobreviventes ao suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de asociacións que inclúan grupos de sobreviventes.
31. Proporcionar atención específica para sobreviventes ao suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de centros, servizos e profesionais que realizan intervencións específicas para sobreviventes ao suicidio. • Nº de sobreviventes atendidos.
32. Implantar técnicas de briefing e debriefing entre profesionais.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de centros e servizos que realizan actividades de briefing e debriefing. • Nº de profesionais participantes nas actividades.

**Liña estratéxica 7: INVESTIGACIÓN E ALERTA EPIDEMIOLÓXICA
SOBRE A CONDUTA SUICIDA**

Medidas	Indicadores
33. Rexistrar e analizar os intentos suicidas nos servizos sanitarios.	<ul style="list-style-type: none">• Existencia do documento do protocolo de rexistro.• Nº de intentos de suicidio rexistrados.
34. Mellorar os procedementos de tramitación estatística das defuncións por suicidio en Galicia.	<ul style="list-style-type: none">• Existencia de documento co proxecto epidemiolóxico.• Cambios realizados no proceso de adscrición das defuncións por suicidio.• Nº de defuncións cuxa causa de adscrición por suicidio víronse afectadas.
35. Fomentar a realización de autopsias psicolóxicas.	<ul style="list-style-type: none">• Existencia de documentos do proxecto de autopsia psicolóxica.• Nº de autopsias psicolóxicas realizadas.• Porcentaxe de suicidios con autopsia psicolóxica.
36. Crear o Observatorio Galego do Suicidio, que analice e difunda a información sobre conduta suicida e as boas prácticas sobre prevención e abordaxe.	<ul style="list-style-type: none">• Existencia do Observatorio Galego do Suicidio.• Memoria de actividade do Observatorio.• Avaliación da calidade do rexistro.
37. Priorizar a investigación sobre a conduta suicida nos programas e convocatorias autonómicas de investigación institucionais.	<ul style="list-style-type: none">• Nº de convocatorias nas que se prioriza a investigación en conduta suicida.• Nº de investigacións financiadas.

PARTE 5. AVALIACIÓN E SEGUIMENTO DO PLAN

Para o seguimento e avaliación do Plan prevención do suicidio en Galicia prevese a creación da Comisión Interdepartamental de coordinación para a prevención e atención das condutas suicidas.

Esta comisión estará formada por representantes das entidades con responsabilidade na prevención do suicidio na comunidade autónoma, e velará polo adecuado cumprimento do Plan de prevención do suicidio en Galicia e a correcta coordinación entre todas as entidades implicadas no seu desenvolvemento. A comisión estará dotada de estrutura orgánica e funcional suficiente a través da correspondente normativa que regule a súa organización, composición e funcións.

As funcións desta comisión inclúen a proposta anual ante as respectivas institucións das accións para levar a cabo na prevención e actuación ante condutas suicidas, e supervisará a evolución das medidas, actuacións e compromisos que se establecen no plan.

Garantirase unha avaliación continua e seguimento das medidas estratéxicas do plan e dos seus respectivos indicadores, así como do cumprimento e revisión periódica dos protocolos e as accións de coordinación desenvolvidas para a prevención e actuación ante condutas suicidas.

Para iso incorporárase un instrumento para a autoavaliación das organizacións involucradas en relación co grao de implantación das medidas do plan, que permitiría a avaliación en ámbitos macro (formulación de políticas e estratexias), meso (xestión de centros e programas asistenciais) e micro (actividade clínica entre profesionais e pacientes).

Da mesma forma, emitirá informes anuais que inclúan datos dispoñibles referidos a condutas suicidas, actividades levadas a cabo, información de seguimento e avaliación do plan, e elaboración de propostas de actividades para o seguinte ano.

O Observatorio Galego do Suicidio dependerá da Comisión Interdepartamental para a prevención e atención das condutas suicidas.

REFERENCIAS

- ¹ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: 2007.
- ² Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- ³ Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Plan Estratéxico de Saúde Mental Galicia 2006-2011. Santiago de Compostela: 2007.
- ⁴ Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Revisión do Plan de Prioridades Sanitarias: 2014-2016. Santiago de Compostela. 2014.
- ⁵ Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. Estrategia Sergas 2014. La sanidad pública al servicio del paciente. Santiago de Compostela; 2014.
- ⁶ Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. Estrategia Sergas 2020. Santiago de Compostela.
- ⁷ Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):248-63.
- ⁸ Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):264-77.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del Suicidio: un imperativo global. Washington: 2014.
- ¹⁰ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.
- ¹¹ Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet.* 2009;373(9672):1372-81.
- ¹² Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* 2003; 33(3):395-405.
- ¹³ Institute of Medicine (US) Board on Neuroscience and Behavioural Health. Social and cultural factors in suicide risk. 2001. En: *Risk Factors for Suicide: Summary of a Workshop.* [Internet] Washington (DC).
- ¹⁴ McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, de Leo D, et al. Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study. *Psychol Med.* 2006; 36 (1), 45-55.
- ¹⁵ Bobes-García J, Giner-Ubago J, Saiz-Ruiz J, editores. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.
- ¹⁶ Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008; 86 (9), 703-709.
- ¹⁷ Anseán-Ramos A. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2ª Edición. Madrid: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio; 2014.
- ¹⁸ Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry.* 2007; 52(6 Suppl 1):215-335.
- ¹⁹ Almeida OP, Draper B, Snowdon J, Lautenschlager NT, Pirkis J, Byrne G, Sim M, Stocks N, Flicker L, Pfaff JJ. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *Br J Psychiatry.* 2012; 201:466-472.
- ²⁰ Rurup ML, Deeg DJ, Poppelaars JL, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis.* 2011; 32:204-216.
- ²¹ Rudd MD, Berman AL, Joiner TE Jr, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, Van Orden K, Witte T. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav.* 2006; 36 (3):255-62.
- ²² Hosansky, D. Youth suicide: Should government fund more prevention programs? *CQ Researcher.* 2004; 13 (2)127-147.
- ²³ van Heeringen K. The Neurobiological Basis of Suicide. En: Dwivedi Y, editor. *Stress-Diathesis Model of Suicidal Behavior.* Boca Raton (FL): CR Press/Taylor & Francis; 2012.
- ²⁴ Mann J.J, Arango V. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behaviour. *J Clin Psychopharmacol.* 1992;12 : S2-S7.

- ²⁵ Jollant F, Guillaume S, Jaussent I, Castelanu D, Malafosse A, Courtet P. Impaired decision making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *J Affect Disord*. 2007; 99:59–62
- ²⁶ Mann J. J. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003; 4:819–828.
- ²⁷ Mann J.J, Haghghi F. Genes and environment: Multiple pathways to psychopathology. *Biological Psychiatry*. 2010; 68:403–404.
- ²⁸ van Heeringen C, Bytтеbier S, Godfrin K. Suicidal brains: A systematic review of structural and functional brain studies in association with suicidal behaviour. *Neurosci and Biobehav Rev*. 2011a; 35:688–98.
- ²⁹ van Heeringen C, editor. *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. West Sussex; Wiley: 2001.
- ³⁰ Oquendo M.A, Galfalvy H, Russo S, Ellis S.P, Grunebaum M.F, Burke A, Mann J.J. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004; 61:1433–1441.
- ³¹ Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294 (16):2064-74
- ³² OECD. Indicadores de Tasa de Suicidio, 2015. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en <http://goo.gl/6wFb7V>.
- ³³ OECD. Health a Glance – OCDE Indicators 2007. OECD. Paris: 2007 [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/NCso0X>
- ³⁴ OECD/EU Health at a Glance: Europe 2014. OECD. Paris: 2014. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/NCso0X>
- ³⁵ Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte 2015 (publicadas el 27 de febrero de 2017). Madrid: Instituto Nacional Estadística.
- ³⁶ Fundación Salud Mental España. Observatorio del Suicidio. Datos de Suicidio 2016. [Internet] [citado el 11 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>
- ³⁷ Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20(1):25-31.
- ³⁸ Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2008; 20:32831
- ³⁹ Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusint Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. *AnMed Interna*. 2004;21(2):628.
- ⁴⁰ Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A, Oquendo MA, Palao-Vidal D. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*. 2017 May 4;17(1):163.
- ⁴¹ Santurtún M et al. Afecta el medio a los suicidios que se cometen en España? Análisis descriptivo del patrón temporoespacial. *Rev Psiq Salud Mental* 2017; online 7 junio).
- ⁴² Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *RevPsiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014;7(3):139-46. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002> .
- ⁴³ Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA). Memoria de actividades años 2006 a 2015. [Internet] [citado el 11 de marzo de 2017] Disponible en: <http://cpapx.xunta.gal/instituto-de-medicina-legal-de-galicia1>
- ⁴⁴ Xunta de Galicia. Dirección Xeral de Saúde Pública. [Internet] [citado el 11 de marzo de 2017] Disponible en: <http://dxsp.sergas.es>
- ⁴⁵ Fernández-Navarro P, Barrigón ML, Lopez-Castroman J, Sánchez-Alonso M, Páramo M et al. Suicide mortality trends in Galicia, Spain and their relationship with economic indicators. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Disponible en: CJO 2015. doi:10.1017/S2045796015000773
- ⁴⁶ Rivera B, Casal B, Currais L. Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *Eur J Health Econ*. 2017 Jan;18(1):83-96. doi: 10.1007/s10198-015-0760-3.
- ⁴⁷ Iglesias-García C, et al. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>
- ⁴⁸ Organización de las Naciones Unidas. *Prevención del Suicidio: directrices para la formulación y la aplicación de estrategias*. Washington: UN; 1996.
- ⁴⁹ Organización Mundial de la Salud. *Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE)* Ginebra: OMS; 2000.
- ⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. *Prevención del Suicidio. Un instrumento para médicos generalistas*. Ginebra: OMS; 2000.

-
- ⁵¹ Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para los medios de comunicación. Ginebra: OMS; 2000.
- ⁵² Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: OMS; 2001.
- ⁵³ Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 2000.
- ⁵⁴ Organización Mundial de la Salud, Asociación Internacional para la prevención del suicidio. Prevención del Suicidio en Cárceles y prisiones. Ginebra: OMS; 2007.
- ⁵⁵ Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra: OMS; 2000.
- ⁵⁶ Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Recursos para consejeros. Ginebra: OMS; 2006.
- ⁵⁷ Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento en el trabajo. Ginebra: OMS; 2006.
- ⁵⁸ Suicide prevention. WHO European Ministerial Conference on Mental Health; Helsinki: World Health Organization; 2005.
- ⁵⁹ World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework. Geneva: WHO; 2012.
- ⁶⁰ Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3 (7):646-59.
- ⁶¹ Ley Nacional de Prevención del Suicidio. Ley 27,130 de abril 6 de 2015. Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- ⁶² Australian Government. Department of Health and Ageing. Living is For Everyone Framework (2007). Commonwealth of Australia: 2008
- ⁶³ Canadian Association for Suicide Prevention. The CASP National Suicide Prevention Strategy 2009. CASP
- ⁶⁴ Ministerio de Salud. Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. Norma General Administrativa N° 027. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su Implementación. Chile: 2013
- ⁶⁵ Hendin H, Xiao S, Li X, Thanh Huong T, Wang H et al. Chapter 10: Suicide Prevention in Asia: Future Directions. [Internet]. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/ptSTS2>
- ⁶⁶ U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington, DC: HHS, September 2012.
- ⁶⁷ Mittendorfer. E, Wasserman D. The Who European monitoring surveys on national suicide preventive programmes and strategies. *Suicidologi*. 2004 ARG9. NR1.
- ⁶⁸ Martin G, Page A. National Suicide Prevention Strategies: a Comparison. The University of Queensland: 2009. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/GSqwso>
- ⁶⁹ HM Government. Preventing Suicide in England: a cross-government outcomes strategy to save lives. England: 2011.
- ⁷⁰ Ministerio de Salud Pública (MSP). Dirección General de la salud. Departamento de Programación Estratégica en Salud. Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Para Uruguay 2011-2015. "Un compromiso de Vida". Montevideo: 2011. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/lfo70p>
- ⁷¹ Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C et al. The European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(1):51-8.
- ⁷² Unión Europea. Programa de Salud-Consumidores, Sanidad y Agencia Ejecutiva de Alimentos. Proyecto PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU). UE; 2011
- ⁷³ Arensman E, Koburger N, Larkin C, et al. Depression Awareness and Self-Management Through the Internet: Protocol for an Internationally Standardized Approach. Eysenbach G, ed. *JMIR Research Protocols*. 2015;4(3) e99.
- ⁷⁴ Dumon E, Portzky G. General Guidelines on suicide prevention. Euregenas Workpackage 6. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: www.euregenas.eu .
- ⁷⁵ Euregenas: European Regions Enforcing Actions Against Suicide [Internet]. Unión Europea: Euregenas;2012. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.euregenas.eu/>
- ⁷⁶ Comisión Europea. (Saving and Empowering Young Lives in Europe). UE; 2009-2011. Documento N°: SEYLE UE-09-223091

- ⁷⁷ Wasserman C, W Hoven C, Wasserman D, Carli V, et al. 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*. 2012 Sep 12;1;1
- ⁷⁸ MONSUE. Monitoring Suicidal Behaviour in Europe Project. Final Report. On the Implementation of the Action. MONSUE; 2010.
- ⁷⁹ The SUPREME Project: Suicide Prevention through Internet and Media Based Mental Health Promotion [Internet]. EU: SUPREME Project.org; 2011. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.supreme-project.org/>
- ⁸⁰ Junta de Andalucía. Consejería de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Documento para validación, [No Publicado - de próxima aparición].
- ⁸¹ FSME: Fundación Salud Mental España [Internet]. Madrid: FSME; 2015. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/61T4LS>
- ⁸² Sáiza P, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, Patricia Burón P et al. Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2014; 7 (3).
- ⁸³ Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C et al. The European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(1):51-8.
- ⁸⁴ Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord*. 2013; 147(1-3):269-76.
- ⁸⁵ Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codirisc de suïcidi (CRS). Barcelona. CatSalud. Instrucció 10/2015. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/f8yj65>
- ⁸⁶ López-Castroman J, Méndez-Bustos P, Pérez-Fominaya M, Villoria-Borrego L, Zamorano-Ibarra MJ et al. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(3):142-8
- ⁸⁷ Gobierno de la Rioja. Consejería de Sanidad. III Plan de Salud Mental 2016-2020. [Documento Borrador].
- ⁸⁸ Gobierno de Navarra. Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas. Navarra: 2014.
- ⁸⁹ Reijas M T, Ferrer E, González A e Iglesias F. Evaluación de un Programa de Intervención en conducta suicida. *Actas Esp Psiquiatría*. 2013; 41 (5) 279-86.
- ⁹⁰ Triñanes Pego Y, Senra Rivera C, Seoane Pesqueira G, González García A, Alvarez Ariza M, De las Heras Liñero H, Atienza Merino G. Satisfacción y utilidad percibidas por pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención de suicidio. *Revista de calidad asistencial*, 2014 29 (1) :36-42
- ⁹¹ García-Caballero A y cols. Adaptación y Validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPA) en español. *Actas Esp. Psiquiatría*. 2010; 38 (6), 332-9.
- ⁹² Fernández-Cabana M, García-Caballero A, Alves-Pérez M T, García-García M J, and Mateos R. Linguistic analysis of suicide notes in Spain. *Eur. J. Psychiat*. 2015; 29 :(2) :145-55
- ⁹³ Servizo Galego de Saúde. Xerencia Estructura Xestión Integrada Vigo. Protocolo de Actuación Manejo de Urgencias Psiquiátricas en el Hospital Álvaro Cunqueiro. [Documento Interno].
- ⁹⁴ Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Protocolos de intervención en urxencias extrahospitalarias 061. [Documento Interno].
- ⁹⁵ Xunta de Galicia. Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria [Internet]. Galicia: Xunta de Galicia; 2015. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/reGrDi>
- ⁹⁶ De Leo D, Padoani W, Scocco P, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal Behaviour. *Int J GeriatrPsych*, 2001; 16:300-310.
- ⁹⁷ Santana da Silva T, BotelhoSougey E, Silva J. Estigma social en el comportamiento suicida: reflexiones bioéticas. *Rev. Bioét*. 20015; 223 (2): 427-34.
- ⁹⁸ Buus N, Caspersen J, Hansen R, Stenager E, Fleischer E. Being the parent of a son or daughter who has a emptied suicide: a qualitative focus group study. *J AdvNurs*. 2014;70(4):823-32.
- ⁹⁹ Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol*. 2014;49(2):231-39.
- ¹⁰⁰ Sisask M, Värnik A. Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9 (1):123-138.
- ¹⁰¹ Hawton K., Williams K. Influences of the media on suicide. *British Medical Journal*, 2002, 325 (7377):1374-1375.

- ¹⁰² Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2010
- ¹⁰³ Dumesnil H, Verger P. Public Awareness Campaigns About Depression and Suicide: A Review. *Psychiatr Serv.* 2009; 60:1203–13.
- ¹⁰⁴ Haas A, Koestner B, Rosenberg J, Moore D, Garlow SJ, Sedway J, et al. An interactive Web-based method of outreach to college students at risk for suicide. *J Am Coll Health.* 2008;57(1):15–22.
- ¹⁰⁵ Manning J, Vandeusen K. Suicide prevention in the dot com era: technological aspects of a university suicide prevention program. *J Am Coll Health.* 2011;59 (5):431–3.
- ¹⁰⁶ Barak A. Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in Human Behavior.* 2007;23(2):971–984.
- ¹⁰⁷ Lai MH, Maniam T, Chan LF, Ravindran AV. Caught in the Web: A Review of web-based suicide prevention. *J Med Internet Res.* 2014;16(1): e30.
- ¹⁰⁸ Greidanus E, Everall RD. Helper therapy in an online suicide prevention community. *Br J Guid Coun.* 2010; 38(2):191–204.
- ¹⁰⁹ Miller K. The potential role of the Internet in suicide prevention. *Counselling, Psychotherapy, and Health.* 2009;5(1):109–30.
- ¹¹⁰ Recupero R, Harmss E, Noble JM. Googling suicide: surfing for suicide information on the internet. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(6):878–88.
- ¹¹¹ Luxton DD, June JD, Fairall JM. Social Media and Suicide: A Public Health Perspective. *Am J Public Health.* 2012;102(Suppl 2): S195-S200.
- ¹¹² Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(9):466.
- ¹¹³ 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.
- ¹¹⁴ Riblet NBV et al. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* 2017 Apr 20.
- ¹¹⁵ National Suicide Prevention Lifeline. Crisis Center Guidance: Follow-up with Callers and Those Discharged from Emergency Department and Inpatient Settings [Internet]. [citado 11 marzo 2017]. EEUU: Suicide Prevention Line; 2012.
- ¹¹⁶ Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 ;62(4):427-32.
- ¹¹⁷ Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S. Suicide Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review. *Global Journal of Health Science.* 2016;8(5):145-53.
- ¹¹⁸ While D, Bickley H, Roscoe A, Windfur K, Rahman S, Shaw J, Kapur N. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet.* 2012;379(9820):1005-12.
- ¹¹⁹ Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ.* 2006;332 (7552):1241-45.
- ¹²⁰ Cebria AI, Pérez-Bonaventura I, Cuijpers P, Kerkhof A, Parra I, Escayola A, et al. Telephone Management Program for Patients Discharged from an Emergency Department After a Suicide Attempt: A 5-Year Follow-Up Study in a Spanish Population. *Crisis.* 2015;36(5):345-52.
- ¹²¹ Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv.* 2001 ;52(6):828-33.
- ¹²² Sher L, LaBode V. Teaching health care professionals about suicide safety planning. *Psychiatr Danub.* 2011; 23 (4):396-7.
- ¹²³ Christensen H, Batterham PJ, O’Dea B. E-Health Interventions for Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2014;11 (8):8193-212.
- ¹²⁴ Ybarra M.L., Eaton W.W. Internet-based mental health interventions. *Mental Health Serv. Res.* 2005; 7:75–87.
- ¹²⁵ Christensen H., Petrie K. Online mental health Programs — Promising tools for suicide prevention. *Med. Today.* 2014; 15:66–68
- ¹²⁶ Jashinsky J, Burton SH, Hanson CL, West J, Giraud-Carrier C, Barnes MD, Argyle T. Tracking suicide risk factors through twitter in the US. *Crisis.* 2014; 35:51–9.
- ¹²⁷ Hawton K. Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis.* 2007; 28:4–9.

- ¹²⁸ Barber CW, Miller MJ. Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. *Am J Prev Med.* 2014 Sep;47 (3 Suppl 2): S264-72.
- ¹²⁹ Lin JJ, Lu TH. Association between the accessibility to lethal methods and method-specific suicide rates: An ecological study in Taiwan. *J. Clin. Psychiatry.* 2006; 67:1074-79.
- ¹³⁰ Bennewith O, Nowers M, Gunnell D. Suicidal behaviour and suicide from the Clifton Suspension Bridge, Bristol and surrounding area in the UK: 1994-2003. *Eur. J. Public Health.* 2011; 21:204-8.
- ¹³¹ Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling Access to Suicide Means. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8(12):4550-62.
- ¹³² Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, Cooper J. Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self-poisoning in the United Kingdom: Before and after study. *BMJ.* 2001; 322:1203-7.
- ¹³³ Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health.* 2007 Dec; 7:357:1-357:15.
- ¹³⁴ Mohamed F, Manuweera G, Gunnell D, Azher S, Eddleston M, Dawson A, Konradsen F. Pattern of pesticide storage before pesticide self-poisoning in rural Sri Lanka. *BMC Public Health.* 2009; 9:405.
- ¹³⁵ Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonqvist J, Malone K, Marusic A, et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA.* 2005; 294:2064-74.
- ¹³⁶ Osteen PJ, Frey JJ, Ko J. Advancing training to identify, intervene, and follow-up with individuals at risk for suicide through research. *Am. J. Prev. Med.* 2014;47 (Suppl. 2): S216-S221.
- ¹³⁷ de Beurs DP, Bosmans JE, De Groot MH, De Keijser J, Van Duijn E, De Winter RF, Kerkhof AJ. Training mental health professionals in suicide practice guideline adherence: Cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *J. Affect. Disord.* 2015; 186:203-10.
- ¹³⁸ Ramberg IL, Di Lucca MA, Hadlaczy G. The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. *Int J of Environ Res and Public Health.* 2016;13 (2):195.
- ¹³⁹ Hawton K, Williams K. Influences of the media on suicide. *BMJ.* 2002; 325:1374-75.
- ¹⁴⁰ Pae C-U. Influence of media on suicide: proper coverage of media on suicide report. *J Korean Med Sci.* 2014;29(11):1583-4.
- ¹⁴¹ Centre for Mental Health in the Workplace. Suicide Prevention [Internet]. Manitoba: The Great-West Life Assurance Company; 2005-2016. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/jbSzhU>
- ¹⁴² Tiesman, HM, Konda S, Hartley D, Chaumont Menéndez C, Ridenour M, Hendricks S. Suicide in U.S Workplaces, 2003-2010: a comparison with non-workplace suicides. *Am J Prev Med.* 2015;48(6): 674-82.
- ¹⁴³ Sakinofsky I. The Aftermath of Suicide: Managing Survivors' Bereavement. *Can J Psychiatry.* 2007;52 (10S1):129S-36S
- ¹⁴⁴ Aguirre RTP, Slater H. Suicide postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the United States. *Death Studies.* 2010; 34:529-40.
- ¹⁴⁵ Mead S, MacNeil C. Peer support: What makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation.* 2006; 10 (2), 29-33.
- ¹⁴⁶ Solomon, P. Peer Support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J.* 2004; 27 (4), 392-401.
- ¹⁴⁷ Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. Sense-making, grief, and the experience of violent loss: toward a mediational model. *Death Studies.* 2006; 30 (5), 403-428.
- ¹⁴⁸ Beautrais AL. Suicide Postvention - Support for Families, Whānau and Significant Others after a Suicide: A literature review and synthesis of evidence. Christchurch: Christchurch School of Medicine & Health Services; 2004.
- ¹⁴⁹ Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, Zisook S. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012;14(2):177-86.
- ¹⁵⁰ Rawlinson D, Waegemakers J, Barlow S, Barlow C. New Scholarship in the Human Services. 2009; 8 (2).
- ¹⁵¹ LichtenthalWG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review.* 2004; 24 (6), 637-662.
- ¹⁵² Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged Grief Disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine.* 2009;6(8): e1000121.
- ¹⁵³ McDaid C, Trowman R., Golder S, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2008; 193:438-43.

¹⁵⁴ Bowers L, Simpson A, Eyres S, Nijman H, Hall C, Grange A, Phillips L. Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: The Tompkins Acute Ward study. *Int J Ment Health Nurs*. 2006; 15 (4), 226- 34.

¹⁵⁵ Takahashi C, Chida F, Nakamura H, Akasaka H, Yagi J, Koeda A. et al. The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC psychiatry*. 2011, 11(1): 38.

¹⁵⁶ Gulfi A, CastelliDransart DA, HeebJL, Gutjahr E. The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis*. 2010, 31 (4), 202-210.

¹⁵⁷ Ting L, Sanders S, Jacobson JM, Power JR. Dealing with the aftermath: a qualitative analysis of mental health social workers' reactions after a client suicide. *Soc Work*. 2006, 51 (4), 329-41.

¹⁵⁸ Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health. Evidence In-Sight: Staff psychological debriefing model following the death of a patient or a traumatic event. [Internet]. Ontario: Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health; 2013. [citado 11 marzo 2017]. Disponible en:

<https://goo.gl/wlSwPo>

¹⁵⁹ Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagu G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general. *Med Clin (Barcelona)* 2007;129(13):494-500.

¹⁶⁰ Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. [citado 11 marzo 2017]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.

¹⁶¹ Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003; 33(3):395-405.

¹⁶² Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AA. Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are they Methodologically Flawed? *Death Studies*. 2012; 36 (7):605-26.



galicia

Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria

5

Plan

C