

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Líneas y medidas

El Plan de Prevención del Suicidio en Galicia consta de 7 líneas estratégicas permanentes pero revisables, en las que se articulan una serie de medidas que abarcan la integridad de la conducta suicida y de los agentes implicados en ella. Estas medidas pueden ir variando a lo largo del tiempo según se perciban las necesidades particulares de cada momento. Estas líneas son:

- **Línea Estratégica 1:** Coordinación Interinstitucional ante la conducta suicida.
- **Línea Estratégica 2:** Sensibilización, concienciación y disminución del estigma social asociado a la conducta suicida.
- **Línea Estratégica 3:** Prevención y abordaje de la conducta suicida.
- **Línea Estratégica 4:** Limitación a medios letales.
- **Línea Estratégica 5:** Formación de profesionales en prevención e intervención en la conducta suicida.
- **Línea Estratégica 6:** Postvención en supervivientes.
- **Línea Estratégica 7:** Investigación y alerta epidemiológica sobre la conducta suicida.

Línea Estratégica 1: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL ANTE LA CONDUCTA SUICIDA

El problema de la conducta suicida requiere para su correcto abordaje la atención desde diversos ámbitos: sanitarios, sociales y educativos, entre otros. Por tanto, es necesaria una correcta colaboración y coordinación entre las distintas instituciones implicadas.

Medida 1. Crear una Comisión Interdepartamental que garantice la coordinación en materia de prevención de la conducta suicida entre los diferentes sectores implicados.

El plan propone la creación de una Comisión Interdepartamental que debe servir como órgano de coordinación de las políticas y programas que se desarrollen en Galicia en materia de prevención del suicidio y con representación de las instituciones implicadas. Entre sus funciones estarán: servir de órgano de interlocución entre las administraciones e instituciones en materia de prevención del suicidio, supervisar el desarrollo del Plan de Prevención del Suicidio en Galicia, elaborar propuestas para su mejora y liderar iniciativas que sirvan para promover la prevención de la conducta suicida en Galicia.

Medida 2. Elaborar protocolos e instrumentos de coordinación entre el Sistema Sanitario, el Ámbito Educativo, el Ámbito Social, la Administración de Justicia, los Medios de Comunicación y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

La respuesta global e integral en la prevención del suicidio requiere de actuaciones coordinadas entre diversos sectores de la sociedad. El desarrollo de protocolos de coordinación debe servir como instrumento y guía a los profesionales para abordar correctamente una situación de riesgo de suicidio.

Medida 3. Difundir y formar en la implementación del "Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo".

Este Protocolo, que aborda la prevención, detección y abordaje del riesgo suicida en el ámbito educativo, se integrará en la Estrategia Gallega de Convivencia Escolar 2015-2020 (Educonvives.gal), bajo el seguimiento del Consejo para la Convivencia Escolar de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Su implementación, obligatoria para todos los centros de la comunidad, se facilitará mediante todas las acciones informativas y formativas orientadas a la difusión de la estrategia, con especial incidencia en aquellas personas que llevan a cabo funciones directivas y orientadoras, tanto en acciones formativas específicas como en otras de carácter generalista en las que se incluya como un módulo más, en toda la red de formación permanente del profesorado y con especial incidencia en la formación en centros.

Medida 4. Mejorar y crear programas de detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito social (comunitario y especializado).

Las tasas de suicidio aumentan con la edad, en Galicia en 2015 las tasas fueron de 17,94 por 100.000 habitantes en personas entre los 65 a 69 años y aumentaron hasta 27,44 por 100.000 habitantes en mayores de 79 años (INE). Al analizar las conductas suicidas en centros sociosanitarios, la mayoría son cometidos por personas con una edad media de 75 años, viudas (44,9%) y con frecuencia solas (40,9)⁹⁷. En el 57,2% de los casos el método utilizado fue la sobredosis con benzodiazepinas e

hipnóticos y en la gran mayoría no hubo intentos previos (66,4%). La tentativa de suicidio es mayor en las mujeres, pero el suicidio consumado es casi el doble en hombres. La principal enfermedad asociada en la depresión (43,7%). Por todo ello, los profesionales del ámbito social deben estar capacitados para realizar una labor de detección e intervención de casos de riesgo suicida.

Existe una gran sensibilidad social ante los suicidios producidos en centros de menores, conllevando una alta repercusión mediática, a pesar de esto no existen investigaciones específicas en este ámbito. Sin embargo, sí que se dispone de protocolos de prevención de la conducta de suicidio en centros de este tipo en algunas comunidades autónomas, como la nuestra.

La discapacidad física se considera como un factor de riesgo de suicidio, sobre todo si es adquirido como consecuencia de una enfermedad grave o crónica¹¹. La evidencia científica actual concluye que la relación existente entre discapacidad física y conducta suicida precisa una evaluación psicopatológica y se recomienda instaurar programas de prevención sobre los propios pacientes como formación para los facultativos que los atienden.

Línea Estratégica 2: SENSIBILIZACIÓN, CONCIENCIACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL ESTIGMA SOCIAL ASOCIADO A LA CONDUCTA SUICIDA.

Históricamente, las personas que se suicidan son vistas de modo negativo, la conducta suicida tiende a predisponer a la imputación de estigmas, que afectan no solamente al sujeto, sino a todos los familiares⁹⁸. También los estigmas pueden contribuir negativamente a la evolución de la intervención terapéutica en los intentos de suicidio y esto podría asociarse directamente con nuevos intentos⁹⁹. De igual forma, los sentimientos de discriminación y marginalización pueden influir en otras comorbilidades, como la predisposición al uso de sustancias psicotrópicas, o en la dificultad de iniciar un proceso de búsqueda de ayuda¹⁰⁰.

Medida 5. Editar una guía de estilo sobre conducta suicida para medios de comunicación.

Las prácticas inapropiadas de los medios de difusión al publicar, por ejemplo, suicidios de celebridades, informar sobre métodos infrecuentes de suicidio o referirse al suicidio como una respuesta aceptable a la crisis o la adversidad,

pueden llegar a exaltar el suicidio y aumentar el riesgo de suicidio por imitación en las personas vulnerables¹⁰¹.

No obstante, el trato responsable de la información sobre suicidios en los medios también ha demostrado una reducción en las tasas de suicidio. Además de la formación de sus profesionales, la distribución de guías rápidas de estilo se ha mostrado eficaz para mejorar el modo en que se informa sobre la conducta suicida. El desarrollo de guías de estilo ayuda a disminuir las noticias sensacionalistas en los periódicos¹⁰². Además, en algunos casos, después de la introducción de estas guías, se ha informado de una disminución en el número de suicidios¹⁰³. Los principales aspectos que se deberían abordar en la guía de estilo son: evitar las descripciones detalladas de las conductas suicidas, evitar el sensacionalismo, utilizar un lenguaje responsable, informar al público en general sobre el suicidio, los tratamientos y los recursos disponibles para quien necesite ayuda⁵².

Medida 6. Realizar campañas de concienciación social sobre el problema de la conducta suicida.

Las campañas de concienciación pretenden reducir el estigma relacionado con el suicidio, potenciar la búsqueda de ayuda y aumentar el acceso a la atención.

Este tipo de campañas principalmente demuestran su efecto positivo en el cambio de actitud sobre este tema en la sociedad. Las revisiones de las campañas realizadas demuestran que estas mejoran el conocimiento del público en general sobre el suicidio y contribuyen moderadamente a una mejor aceptación social de las personas con depresión y otras enfermedades mentales¹⁰⁴.

Medida 7. Conmemorar anualmente (10 de septiembre) el Día Mundial para la Prevención del Suicidio.

El día mundial para la Prevención del Suicidio se celebra cada año el día 10 de septiembre. Este día fue designado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) para dar a conocer y promover medidas y acciones para prevenir el suicidio. Como elemento identificativo se ha creado un símbolo que consiste en una cinta de color amarillo en forma de lazo.

Durante este día deberían promoverse eventos en recuerdo de las personas que murieron por suicidio, a la vez que debería servir como evento divulgativo y de concienciación de los grandes avances y estudios relacionados con este tema.

Medida 8. Promover la divulgación y sensibilización sobre la conducta suicida y la forma de identificar e intervenir sobre ella en la web y redes sociales institucionales del SERGAS/Consellería de Sanidade y de otras instituciones y organizaciones.

El desarrollo de una página web promueve los comportamientos de búsqueda de ayuda. Además, este tipo de páginas ha demostrado ser una

herramienta eficaz y servir como paso previo en las personas con ideación suicida para posteriormente acceder a los servicios de salud mental^{105,106}. El carácter anónimo de la comunicación y la facilidad de acceso a internet parece favorecer, en un principio, el contacto con grupos de alto riesgo y rompe las barreras (principalmente relacionadas con el estigma) para acceder posteriormente a los servicios profesionales¹⁰⁷.

A la hora de desarrollar la web se debería tener en cuenta: la calidad de la información incluida que debería estar basada en la evidencia y estar adaptada claramente diferenciando los grupos a los que irá dirigida¹⁰⁸. Así mismo, se debe valorar el enfoque preventivo, si se dirige a un individuo o a la formación de un grupo de apoyo. Definir los medios de contacto (a través de correo electrónico, chat, foro en línea, etc.). Si bien el uso de chat y/o foros debería estar supervisado por personas capacitadas¹⁰⁹, de lo contrario han demostrado ser perjudiciales¹¹⁰.

Medida 9. Supervisar y alertar sobre contenidos prosuicidas en webs, blogs y foros.

Una inmensa cantidad de información sobre el tema del suicidio está disponible en internet y a través de las redes sociales. Al hacer una búsqueda por un motor de Internet, en las primeras páginas se suele encontrar información general sobre el suicidio (31%), prevención (29%) e información prosuicidas (11%)¹¹¹.

Existe una evidencia creciente de que las redes sociales pueden influir en los comportamientos prosuicidas. La aparición de nuevos medios y formas que alientan los comportamientos suicidas puede llegar a ser un riesgo potencial para muchas personas vulnerables¹¹².

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

Línea Estratégica 3: PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA

Medida 10. Introducir en el sistema de información sanitaria un código de identificación de pacientes en riesgo de suicidio.

Uno de los mayores problemas a la hora de identificar un paciente con riesgo de suicidio es la inexistencia de códigos diagnósticos específicos para la conducta suicida. De esta manera, pacientes atendidos en urgencias son dados de alta con diagnósticos diferentes que no permiten la correcta filiación del paciente, ni su adecuado seguimiento en el resto de niveles de asistencia sanitaria. Se hace por tanto necesaria la implantación de un tipo de código, que puede ser complementario a otros, que permita asociar el acto sanitario con la conducta suicida dentro del sistema de información sanitaria. Este código se deberá consensuar entre los expertos y la administración sanitaria y servirá de base para la identificación, control y seguimiento posterior del paciente al que este asociado.

Medida 11. Establecer un código de activación que inicie el proceso asistencial del paciente con riesgo de suicidio.

Independientemente de la existencia de un código asociado a la presencia de conducta suicida en un paciente, los distintos procesos de actuación ante ella podrán ser iniciados a través de un código de activación. En estos procesos se definirá la forma y los profesionales responsables de su activación, seguimiento y en su caso desactivación. Este sistema de activación será integrado también en los sistemas de información sanitaria.

Medida 12. Asegurar una respuesta rápida y eficaz para la atención de pacientes con riesgo de suicidio en salud mental.

Una de las claves para el adecuado abordaje de la conducta suicida es proporcionar una respuesta rápida y eficaz por parte de sus servicios sanitarios, a tal fin, hay que identificar el tiempo de respuesta máximo en las derivaciones entre los distintos niveles asistenciales. Más concretamente el tiempo de derivación entre:

- Atención Primaria y Salud Mental,
- Urgencias y Salud Mental,
- Alta en la Unidad de Hospitalización y Salud Mental.

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

Medida 13. Evaluar de forma sistemática el riesgo de suicidio en la población de riesgo, en Atención Primaria, Servicios Hospitalarios y en Salud Mental.

Si existe un nivel asistencial clave en la detección y abordaje precoz de la conducta suicida, es el de Atención Primaria. La presencia de la conducta suicida en este nivel de atención es mucho más alta de lo que pudiera parecer. De hecho, estas personas realizan el triple de visitas a estos servicios que la población general. Dependiendo del método de evaluación utilizado, las tasas de ideación suicida se han mostrado mayores, por ejemplo, en adultos mayores en centros de Atención Primaria, con estimaciones que van desde el 1% al 10%, comparado con la población general¹¹³. En torno al 75% de las personas que consuman el suicidio contactaron con los servicios de Atención Primaria en el año previo a su muerte (hay estudios que registran incluso el 100% si la paciente es mujer), el 45% en el último mes y hasta el 18% el mismo día¹¹⁴.

La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración de riesgo de suicidio, sin embargo, el uso de instrumentos psicométricos ha demostrado ser útil para aumentar la exhaustividad clínica y mejorar la forma en la que se documenta la información.

Existen diferentes instrumentos de evaluación recomendados para cada nivel asistencial. Entre ellos se destacan:

- Atención Primaria:
 - Escala SAD PERSONS, Escala IS PATH WARM, escala MINI.
- Urgencias:
 - Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz (RSQ).
- Salud Mental:
 - Escala de Valoración de la gravedad de la conducta suicida de Columbia (C-SSRS).
 - Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS).
 - Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).

Para facilitar su uso y el seguimiento de la evolución de este riesgo, estas escalas podrán estar disponibles dentro del sistema de información sanitaria.

Estas escalas también permiten obtener información para su uso investigador y epidemiológico.

Medida 14. Mejorar la detección precoz y la atención de los trastornos afectivos y los trastornos por consumo de alcohol.

La depresión mayor es el trastorno mental que de forma más común se asocia a la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general¹¹.

El abuso de alcohol ejerce un papel muy significativo en el riesgo suicidio ya que uno de cada cuatro suicidios presenta abuso de alcohol. No sólo es un factor de riesgo, sino también un precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida¹¹.

La colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental es fundamental para una adecuada prestación sanitaria, las consultas conjuntas, los protocolos comunes, la creación de vías de comunicación efectivas, enriquecen y comprometen a los profesionales para una mejora continua de la atención a la salud mental, y en concreto a los pacientes con trastornos depresivos.

Medida 15. Elaborar protocolos de detección, abordaje y derivación de la conducta suicida en todos los ámbitos:

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

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

Medida 16. Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes con riesgo de suicidio.

La realización de intervenciones breves post- alta, asegurar el contacto y la continuidad asistencial, es una estrategia que ha demostrado un efecto estadísticamente significativo en la reducción de la conducta suicida¹¹⁵.

El seguimiento es especialmente importante ya que el 70% de los pacientes que realizaron un intento de suicidio nunca asisten a su primera cita o mantienen el tratamiento solo algunas sesiones¹¹⁶. Si bien el riesgo de suicidio es más alto en la primera semana después del alta de hospitalización del paciente. Este riesgo es 102 veces mayor en hombres y 246 veces mayor en las mujeres, si se compara con la población general¹¹⁷.

El seguimiento puede implicar métodos como visitas a domicilio, cartas, llamadas telefónicas, correos electrónicos o mensaje de textos, diseñados para comprobar y evaluar el estado de bienestar y el nivel de riesgo de personas que recientemente han llevado a cabo una conducta suicida. Generalmente, el seguimiento se realiza por medio de llamadas telefónicas y se produce entre 24 y 48 horas después del primer contacto¹¹⁸.

Los estudios indican que el seguimiento de pacientes dados de alta de un servicio de urgencias o del entorno hospitalario tiene resultados positivos en la prevención del suicidio. El uso de equipos anti-crisis 24 horas y programas de 7 días de seguimiento muestran una reducción significativa de los intentos de suicidio en los 3 meses posteriores al alta del paciente hospitalizado¹¹⁹. El seguimiento de los pacientes por teléfono dentro del primer mes del alta del servicio de urgencias reduce significativamente la probabilidad de que una persona vuelva a llevar a cabo un intento de suicidio¹²⁰. El seguimiento telefónico podría considerarse una estrategia útil para retrasar más intentos de suicidio y en la reducción de la tasa de reintentos en el primer año¹²¹. Los pacientes que reciben seguimiento tienen una tasa de suicidio significativamente menor en los dos primeros años después del alta¹²².

A través de esta medida, se incluye el seguimiento proactivo de los pacientes con riesgo suicida (tanto los dados de alta en los servicios de urgencia y en las unidades de hospitalización como lo que deben acudir a las consultas de atención primaria y de salud mental) por parte de los servicios sanitarios en la forma establecida en los protocolos de actuación.

Medida 17. Mejorar la seguridad de pacientes ingresados con riesgo de suicidio.

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

Dentro de estas medidas preventivas se deben incluir:

a) la eliminación de objetos potencialmente peligrosos, en donde es útil disponer de una lista de verificación de objetos (puede incluir cinturones, medias, cordones, bolsas, cables, medicamentos, objetos punzantes o cortantes, fármacos). Es importante valorar la realización de registros periódicos de las pertenencias de los pacientes (útiles de aseo, armarios, etc.) e informar a los familiares con instrucciones específicas para evitar que se acceda a algún objeto por su intermediación; b) restringir el acceso a espacios de riesgo mediante sistemas de bloqueo, previa identificación y valoración de los riesgos ambientales; c) establecer un nivel de vigilancia: las personas con ideación, intención o planes suicidas requieren ser sometidos a vigilancia continuada, estableciendo tiempos y momentos, lugar y responsable de la vigilancia; d) toma controlada de medicación: verificando la ingesta adecuada de medicamentos.

Medida 18. Implantar intervenciones psicoterapéuticas, individuales y grupales, para pacientes con riesgo suicida.

El abordaje psicoterapéutico en pacientes con riesgo suicida está recomendado en la GPC del SNS¹¹. En pacientes adultos se recomiendan sesiones individuales y se contemplan las sesiones grupales como complemento, en pacientes adolescentes la recomendación es de terapias en formato grupal y específicas (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor) y en mayores de 60 años se recomienda la terapia interpersonal.

Medida 19. Implantar el Plan de Seguridad como herramienta de prevención de la conducta suicida.

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

suicidas o conductas suicidas en el futuro¹²³. El Plan de Seguridad, realizado entre el profesional y el paciente, debería incluir: a) Reconocimiento de señales de alerta, describiendo los signos que preceden a un posible intento de suicidio, b) Estrategias de afrontamiento, donde se explica a los pacientes lo que pueden hacer para detener la ideación suicida, c) Estrategias para la distracción y soporte, que enumera una lista de posibles actividades que el paciente puede hacer para evitar las conductas suicidas, d) Contactos sociales, que incluye una lista de contactos sociales (familiares y amigos) que puedan servir de soporte si las ideas de suicidio se mantienen e) Contactos profesionales, compuesta por una lista de profesionales capacitados con los que puede contactar para solicitar ayuda, f) Limitación de medios, que aborda la forma de reducir la disponibilidad de medios letales.

Medida 20. Introducir las nuevas tecnologías (webs, apps y weblines) como instrumento de abordaje de la conducta suicida.

En la actualidad, las intervenciones en prevención del suicidio y nuevas tecnologías se están realizando en tres ámbitos¹²⁴: a) Internet: esta herramienta puede ser utilizada para identificar posibles personas en riesgo de suicidio y ayudar a que estas personas accedan a recursos de ayuda (tradicionales o a programas online¹²⁵, b) Aplicaciones web (tanto guiadas y no guiadas) que se han desarrollado para proporcionar intervenciones psicológicas y ayudar a reducir la conducta e ideación suicida. Las intervenciones guiadas implican la presencia de un terapeuta que ayuda al usuario ya sea a través de correo electrónico o por teléfono. Las intervenciones no guiadas son programas de autoayuda que son utilizados directamente por las personas interesadas¹²⁶, y c) Apps-Redes Sociales, que son utilizadas con personas que se consideran en alto riesgo de suicidio y que son utilizadas para monitorizar a una persona en tiempo real¹²⁷.

Medida 21. Editar y divulgar guías de orientación para pacientes y allegados.

La edición y divulgación de documentos informativos y orientativos para pacientes y allegados busca sensibilizar acerca de la trascendencia del suicidio brindando información sobre cuestiones acerca del suicidio, mitos e ideas erróneas, señales de alerta y sucesos o circunstancias que podrían precipitar la conducta suicida. Estas guías tienen como meta

favorecer la prevención del suicidio mediante la mejor comprensión de la conducta suicida por parte de las personas que la padecen y sus allegados.

Medida 22. Realizar guías de consulta rápida para profesionales.

Las realizaciones de documentos con recomendaciones basadas en la evidencia

disponible son fundamentales para orientar la toma de decisiones de los profesionales, unificar los criterios de atención y disminuir la variación en la práctica clínica.

Las guías de consulta rápida, en especial en el nivel de Atención Primaria, facilita la accesibilidad a estas recomendaciones y su aplicación en la práctica diaria.

Línea Estratégica 4: LIMITACIÓN DE ACCESO A MEDIOS LETALES.

La limitación o restricción del acceso a medios altamente letales, puede ayudar a retrasar un intento de suicidio, principalmente en los periodos de alto riesgo de actuación. Igualmente, al reducir el acceso a estos métodos, incluso si se produjera una sustitución por otro método menos letal, es probable que se incremente el porcentaje de personas que sobreviven a un intento de suicidio¹²⁸.

La proporción de intentos con resultado de muerte (cociente de letalidad) varía dramáticamente dependiendo del método, desde un máximo de 85%-90% al utilizar armas de fuego, a un mínimo de 1%-2% para los métodos más comúnmente utilizados (sobredosis de medicación y heridas con un objeto cortante)¹²⁹.

Medida 23. Identificar los puntos negros arquitectónicos y geográficos de suicidio y crear barreras de acceso.

Saltar desde un lugar elevado es el segundo método más utilizado en Galicia (50 muertes en 2014, INE). Aunque las características arquitectónicas de las ciudades hacen que haya muchos sitios potenciales para saltar, existen ciertos lugares que tienden a ganar notoriedad como puntos negros de suicidio. La instalación de barreras de acceso ha demostrado ser eficiente a la hora de reducir las tasas de suicidio en estos puntos¹³⁰. Aunque el número de incidentes en estos lugares no desaparece, las barreras sirven para ganar tiempo de respuesta y posible intervención¹³¹. Por otra parte, puede haber un riesgo bajo de sustitución, ya que muchas veces el intento de suicidio por este método, está relacionado con el simbolismo asociado a un sitio específico¹³².

Esta medida persigue identificar estos puntos negros en Galicia y, en colaboración con Diputaciones y Ayuntamientos, limitar el acceso a su uso como medio de suicidio.

Medida 24. Aumentar el control de prescripción, dispensación, tomas y acopio de fármacos.

En Galicia el envenenamiento por fármacos es la tercera causa de suicidios (24 suicidios en 2014, INE). La limitación del acceso a fármacos ha mostrado su eficacia a la hora de disminuir el número de suicidios por este método. Los envenenamientos con fármacos convencionales (por ejemplo, paracetamol y salicilatos) han mostrado una reducción significativa en los países donde se han limitado los tamaños de los envases de medicamentos¹³³.

Medida 25. Controlar el acceso a pesticidas y otros tóxicos letales.

El envenenamiento con ciertos pesticidas de uso común es el medio más habitual de suicidio en muchos países¹³⁴. Tres de cada cuatro personas utilizan pesticidas disponibles en su hogar¹³⁵. En Galicia es el sexto método más utilizado (7 suicidios en 2014, INE). La limitación de acceso a los pesticidas se ha aplicado con éxito en varios países y ha generado una disminución en el número de suicidios por este método después de limitar su disponibilidad, sin embargo, se observó un aumento en la tasa de suicidio por otros métodos¹³⁶. El uso de pesticidas debería estar regulado, por ejemplo, controlando la cantidad de residuos permitidos en un cultivo dado.

Línea Estratégica 5: FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Promover la creación de programas integrales de formación de profesionales sanitarios y no sanitarios para proveerles de herramientas que les permitan identificar a la población vulnerable y les faciliten las intervenciones a realizar, así como ayudarles a aumentar la confianza a la hora de tomar decisiones en una situación de riesgo inminente.

Medida 26. Capacitar a los profesionales sanitarios, sociales y educativos en la detección, abordaje y seguimiento de personas en riesgo de suicidio.

Diversos estudios han demostrado que la formación de los profesionales mejora la adherencia de los profesionales a los protocolos y guías específicos sobre suicidio, ayudando a clarificar el rol del profesional frente a la atención que requiere un paciente con riesgo de suicidio y aumentando la confianza en la toma de decisiones¹³⁷. Los programas de formación y capacitación desarrollados hasta la fecha buscan aumentar el conocimiento y reconocimiento de las señales de alerta, mejorar la adherencia al tratamiento de prácticas e intervenciones validadas¹³⁸ y cambiar las posibles actitudes negativas de los profesionales hacia el suicidio¹³⁹.

Medida 27. Capacitar a profesionales de las fuerzas y cuerpos de seguridad y de primera intervención en manejo de intentos de suicidio y primeros auxilios psicológicos.

Los agentes de policía local y nacional, guardia civil, bomberos y otro personal de primera línea de intervención, son los primeros en responder ante una situación de emergencia por riesgo de suicidio, por lo que sus habilidades y capacidades son fundamentales para determinar el curso y resultado en dichas situaciones⁵⁸. Es necesario, por tanto, capacitar a estos profesionales en diferentes tareas y crear estrategias y protocolos para el manejo de situaciones de riesgo de suicidio⁴⁹. Esta capacitación debería estar orientada al conocimiento de los posibles cauces de actuación y derivación, eliminación al acceso a medios letales y reconocimiento de señales de alerta en situaciones que pueden derivar en un potencial suicidio¹¹.

Medida 28. Impartir talleres para medios de comunicación sobre el tratamiento informativo de la conducta suicida.

El modo de informar sobre el suicidio puede tener una influencia directa en la percepción hacia el suicidio y los problemas de salud mental relacionados^{52,140}. La información sobre el suicidio es un facilitador para la conducta suicida especialmente cuando se hace una narración detallada de los hechos (se especifica el método de suicidio y la forma de acceder al método letal), y es aún más directo y significativo dicho efecto facilitador cuando se publican detalles del suicidio (por ejemplo, fotografías, titulares sensacionalistas y se informa repetidamente del suceso)¹⁴¹. Por el contrario, la información sobre el suicidio ayuda en la prevención cuando se cumplen las siguientes características: presentar el suicidio como un hecho y no como un logro, resaltar las alternativas al suicidio, proporcionar información sobre las líneas de ayuda o aportar información sobre factores de riesgo y señales de alarma.

Medida 29. Capacitar a otros agentes sociales (asociaciones, empresas, sindicatos y otros) en la identificación de factores de riesgo, precipitantes y señales de alerta del riesgo de suicidio.

Los programas integrales de prevención del suicidio adaptados a la cultura del entorno laboral pueden ser eficaces para mejorar las actitudes, conocimientos y comportamientos y pueden reducir significativamente las tasas de suicidio¹⁴². Existen muchos factores de riesgo y precipitantes de la conducta suicida que se producen en los entornos de trabajo, aunque en la comunidad se desconocen datos fiables (en EE.UU., por ejemplo, entre 2003 y 2010 se registraron un total de 1.719 suicidios en el lugar de trabajo)¹⁴³.

La OMS recomienda que la formación de agentes clave debería estar dirigida a aumentar las habilidades de comunicación sobre cuestiones relativas al suicidio, mejorar la capacidad para identificar síntomas depresivos y conducta suicida y aumentar el conocimiento sobre los recursos disponibles⁵³.

Línea Estratégica 6: POSTVENCIÓN EN SUPERVIVIENTES

El fallecimiento a causa de un suicidio supone una situación de gran impacto vital en sus familiares y allegados. El duelo tras una situación de suicidio puede llegar a ser más complicado debido a los estigmas e implicaciones emocionales que pueden derivarse (sentimientos de culpa, búsqueda de explicaciones, etc.)¹¹.

Estas posibles características confieren un mayor riesgo de aparición de trastornos como la depresión, trastorno por estrés postraumático y un posible riesgo de suicidio de entre dos y diez veces mayor comparado con la población general^{144,145}.

Medida 30. Fomentar el asociacionismo y la ayuda mutua entre supervivientes.

El asociacionismo y el apoyo mutuo entre iguales es muy útil como vía de intercambio de experiencias, consejos, creación de relaciones y desarrollo de estrategias que ayudan a validar las reacciones y emociones entre supervivientes. Se fundamenta en un sistema de dar y recibir ayuda basada en los principios fundamentales de respeto, responsabilidad compartida y acuerdo mutuo^{146,147}.

Estas intervenciones son un componente importante del sistema de soporte. Varios estudios señalan que ayudan a reducir el aislamiento, proveen una mayor sensación de aceptación, favorecen la normalización de las experiencias y permiten una mejor racionalización de las mismas^{148,149}. Los grupos de autoayuda han mostrado ser muy beneficiosos en casos de duelo complicado^{144,150}. En muchos casos, los supervivientes tras la participación en estas intervenciones fueron capaces de desarrollar nuevos comportamientos más positivos, lo que contribuyó a prevenir estos duelos complicados¹⁵¹.

A través de esta medida se pretende promover y facilitar la formación de grupos de supervivientes y fomentar su actividad como recurso de ayuda mutua.

Línea Estratégica 7: INVESTIGACIÓN Y ALERTA EPIDEMIOLÓGICA SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

La investigación y alerta epidemiológica suponen una herramienta importante en la prevención del suicidio, ya que no solo permiten la recogida de datos, análisis y evaluación de los mismos, sino que, a su vez ayudan a tomar decisiones basadas

Medida 31. Proporcionar atención específica para supervivientes de suicidio.

El duelo complicado se describe como aquel que está marcado por la angustia persistente, deterioro en el funcionamiento diario y una incapacidad para reanudar el funcionamiento cotidiano¹⁵².

Algunos estudios sugieren que entre un 10% a un 20% de los supervivientes pueden llegar a desarrollar un duelo complicado¹⁵³.

A pesar de que no existe un gran número de estudios¹⁵⁴, los resultados coinciden en que el papel de la farmacoterapia y la psicoterapia son fundamentales en aquellos casos que muestran alto riesgo de problemas de salud mental. Por ello, es conveniente disponer de una atención específica a este grupo de riesgo a través de intervenciones preventivas y terapéuticas.

Medida 32. Implantar técnicas de briefing y debriefing entre profesionales.

Las reacciones de los profesionales supervivientes al suicidio de pacientes incluyen una amplia gama de emociones como: culpa, tristeza, depresión, desmoralización, ira, shock, negación, dolor y en algunos casos pueden derivar en inseguridad profesional^{155,156}. Algunos estudios han señalado la importancia de proporcionarles a los profesionales herramientas o técnicas para reducir el impacto personal y profesional de un suicidio¹⁵⁷. Algunas experiencias señalan la eficacia de las técnicas de debriefing para disminuir los efectos y emociones negativas, en algunos casos ayudan a que éstos sean procesados más rápidamente¹⁵⁸.

Los equipos de gestión de incidentes críticos (Critical Incident Stress Management "CISM") se han utilizado como equipos de soporte y atención tras un evento crítico. Estos grupos utilizan técnicas de intervención psicológica donde se ayuda a los profesionales en un "cierre psicológico" después de un evento traumático y si es necesario se facilita la referencia a un profesional especializado¹⁵⁹.

en la evidencia que luego pueden ser implementadas y ejecutadas en los diversos programas de prevención de la conducta suicida.

Medida 33. Registrar y analizar los intentos suicidas en los servicios sanitarios.

El intento de suicidio es una de las principales causas de demanda de atención en los servicios de atención psiquiátrica. Los intentos de suicidio registrados en los hospitales se estiman en 11 altas por 100.000 habitantes y presentan una elevada variabilidad entre las CC.AA⁷. Estudios de población general en España cifran una prevalencia de 1,5% de tentativas de suicidio, más frecuentes en mujeres jóvenes y con nivel educativo bajo¹⁶⁰. Las cifras actualmente registradas en los servicios sanitarios inducen a pensar en un “infraregistro” en las historias clínicas y/o “infra-codificación” de los mismos, y la posible presencia de diferentes criterios a la hora de su registro y codificación¹⁶¹. Es fundamental establecer criterios de codificación y registro homogéneos en toda la comunidad que garanticen una correcta identificación y contabilización de los casos para su posterior análisis y prevención.

Medida 34. Mejorar los procedimientos de tramitación estadística de las defunciones por suicidio en Galicia.

Actualmente el registro de las muertes por suicidio no está libre de problemas metodológicos^{13,43}. El proceso administrativo de adscripción de una defunción judicial a una causa o a otra es complejo e implica a varias administraciones. La mejora de este proceso conlleva una información más exacta del número de suicidios en Galicia.

Medida 35. Fomentar la realización de autopsias psicológicas.

La autopsia psicológica es considerada como el método más directo para estudiar la relación entre los diversos factores explicativos y el suicidio consumado¹⁶². Sin embargo, a la hora de llevarla a cabo es importante evitar los sesgos en la recogida y análisis de la información.

Revisiones recientes señalan que este método debería ser realizado mediante varias entrevistas cualitativas a un gran número de supervivientes relacionados con la persona que se suicidó, permitiéndoles a cada uno de ellos contar su versión¹⁶³. Esta información recogida debería posteriormente ser analizada sistemáticamente en términos de la relación entre el informante y el fallecido (no sólo considerando el parentesco). De esta forma, se pretende alcanzar una comprensión general del suicidio y específicamente analizando

los contextos particulares de cada persona que se suicidó, contribuyendo así a identificar elementos comunes que en la práctica puedan ser usados en la prevención del suicidio.

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

Medida 36. Crear el Observatorio Gallego del Suicidio, que analice y difunda la información sobre conducta suicida y las buenas prácticas sobre prevención y abordaje.

El Observatorio Gallego del Suicidio se quiere crear con el objetivo de potenciar la investigación y la prevención de la conducta suicida en Galicia. A través de él, se pretende garantizar la promoción, producción y divulgación de la investigación y del conocimiento científico generado en esta materia. Además, servirá de soporte para la planificación de nuevas acciones de investigación y actualización de los conocimientos y capacidades de los profesionales.

Medida 37. Priorizar la investigación sobre la conducta suicida en los programas y convocatorias de investigación institucionales.

Como una forma para impulsar y apoyar proyectos de investigación en Galicia sobre la conducta suicida, se priorizará la inclusión de líneas de investigación en suicidio en las convocatorias autonómicas. Atendiendo a las recomendaciones de la GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida en el SNS¹¹ entre las líneas de investigación prioritarias destacan:

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

LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y MEDIDAS DE ACTUACIÓN.

1

COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

- Medida 1. Comisión Interdepartamental.
- Medida 2. Protocolos intersectoriales.
- Medida 3. Protocolo de prevención en Educación.
- Medida 4. Programas de prevención en el ámbito social.

2

SENSIBILIZACIÓN Y CONCIENCIACIÓN

- Medida 5. Guía de estilo.
- Medida 6. Campañas de concienciación.
- Medida 7. Día Mundial.
- Medida 8. Redes sociales institucionales.
- Medida 9. Supervisión de contenidos prosuicidas.

3

PREVENCIÓN Y ABORDAJE

- Medida 10. Código de riesgo suicida.
- Medida 11. Código de activación.
- Medida 12. Tiempos de respuesta.
- Medida 13. Evaluación sistemática.
- Medida 14. Detección precoz de trastornos afectivos y alcohol.
- Medida 15. Guías y protocolos de actuación.
- Medida 16. Continuidad asistencial.
- Medida 17. Seguridad hospitalaria.
- Medida 18. Intervenciones psicoterapéuticas.
- Medida 19. Plan de seguridad.
- Medida 20. Nuevas tecnologías.
- Medida 21. Guías pacientes y allegados.
- Medida 22. Guías profesionales.

4

ACCESO A MEDIOS LETALES

- Medida 23. Puntos negros arquitectónicos.
- Medida 24. Control de fármacos.
- Medida 25. Control de pesticidas y tóxicos.

5

FORMACIÓN DE PROFESIONALES

- Medida 26. Profesionales sanitarios, docentes y sociales.
- Medida 27. Profesionales de fuerzas de primera intervención.
- Medida 28. Talleres a medios de comunicación.
- Medida 29. Agentes y facilitadores sociales.

6

POSTVENCIÓN A SUPERVIVIENTES

- Medida 30. Fomento del asociacionismo.
- Medida 31. Atención específica.
- Medida 32. Briefing y debriefing profesionales.

7

INVESTIGACIÓN Y ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

- Medida 33. Intentos suicidas.
- Medida 34. Tramitación estadística.
- Medida 35. Autopsias psicológicas.
- Medida 36. Observatorio Gallego del Suicidio.
- Medida 37. Priorización de la investigación.